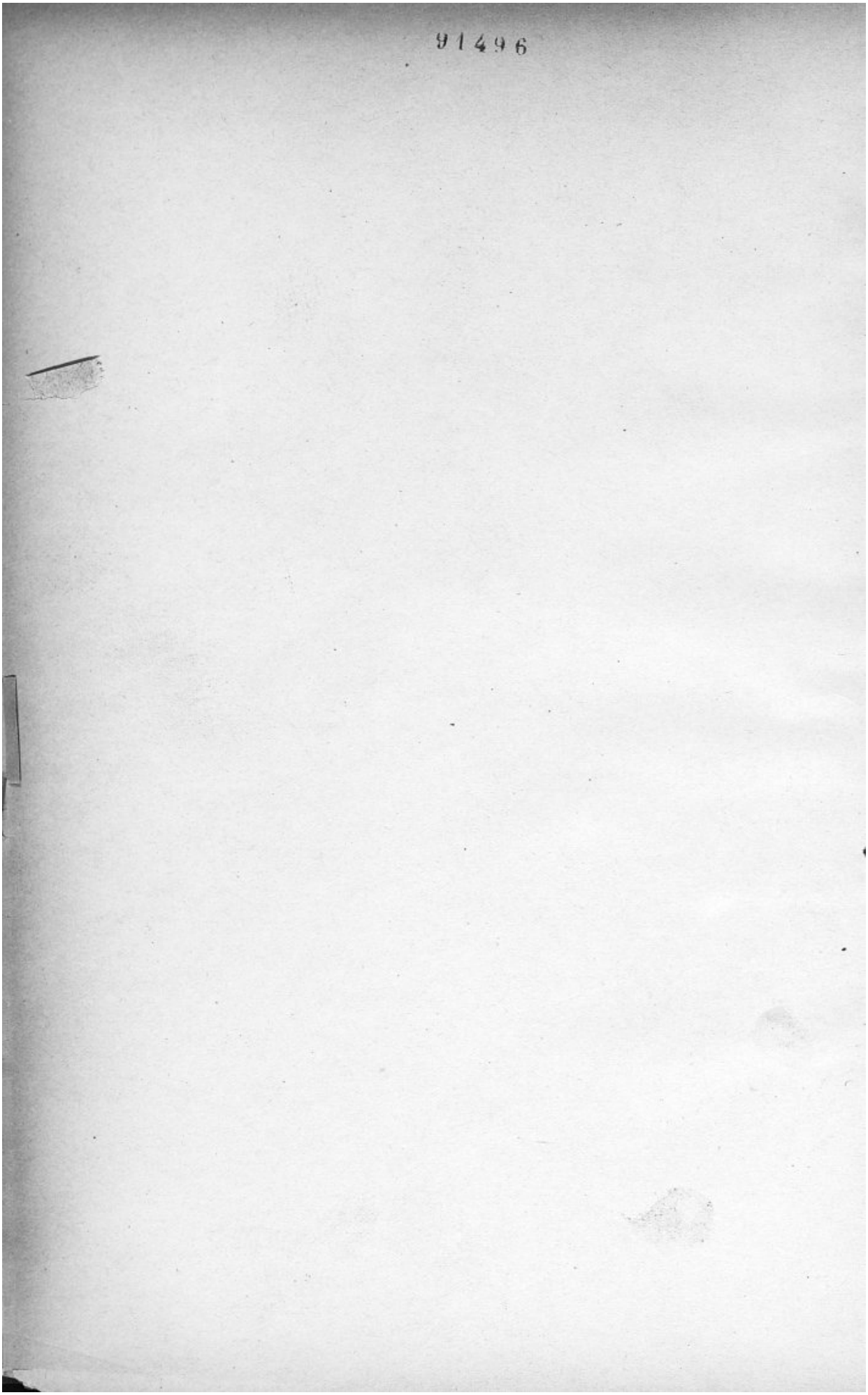
Bibliothèque numérique
medic@

Le Concours médical

32ème année. - 1910.
Cote : 91496

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?91496x1910


91496

Trente-deuxième année. N° 1 Dimanche 2 JANVIER 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

ropos du jour.
Les conflits médico-mutualistes à Montauban, à Angers, à la Rochelle. Les affichages de postes médicaux dans les facultés..... 1
linique chirurgicale.
La tuberculose du testicule..... 3
hirurgie pratique.
Abcès froids pottiques fistulisés. Traitement pratique.. 5
a semaine médicale.
Procédé de Kocher modifié pour la réduction des luxations de l'épaule. — L'Hectine comme moyen abortif local contre la syphilis.— Séméiologie de la langue et de l'angine scarlatineuses. — La ponction aseptique dans les épanchements aigus du genou, suivie de la marche immédiate..... 7
ormulaire raisonné
Les iodures de potassium et de sodium. Leur administration..... 9
phtalmologie du Praticien
Corps étrangers de la conjonctive..... 10
iberculose.
Généralités sur l'emploi des tuberculines..... 12
Revue de bactériologie.
Un moyen simple et facile de diagnostiquer la rage chez l'animal..... 1
Les trouvailles du praticien.
Appareil inamovible pour fractures. — Saignée improvisée..... 14
Intérêts professionnels.
Le médecin de campagne et l'exercice de la spécialité : Les accouchements. — Réponse au Dr C. de Potainville. Indemnités allouées aux médecins civils requis pour soigner les militaires..... 15
Correspondance.
L'encombrement et les écoles de médecine militaire. — Un nouveau syndicat médical. — Un blâme..... 18
Chronique de la Prévoyance
Au conseil de l'A. G..... 20
Jurisprudence médicale.
Poursuites pour déclaration tardive d'une maladie transmissible. Condamnation. Appel. Acquittement.. 21
Reportage médical..... 21
Nécrologie..... 22

PROPOS DU JOUR

ES CONFLITS MÉDICO-MUTUALISTES

Montauban, à Angers, à La Rochelle. Les affichages de postes médicaux vacants dans les Facultés.

Si, en ce premier jour de l'année, nous avions à esser des vœux aux mutualistes, nous leur haiterions, pour diriger leurs sociétés, des s de bonne volonté et surtout de bonne foi.

Nous avons déjà dit comment à Montauban Pontifes de la Mutualité comprenaient le libre oix du médecin par le malade. Ce libre choix ité aux médecins agréés par les Sociétés, deait illusoire, si ces dernières n'accordaient agrément qu'à un seul praticien et le ma- avec la plus grande liberté n'aurait plus du t de choix à exercer. La liberté de confiance si comprise rappelle quelque peu la liberté de Presse, telle que la décrivait Beaumarchais s le *Mariage de Figaro*.

os confrères de Montauban n'ont pas cédé, conflit est à la période aiguë. Les grands mutualistes parisiens ont beau envoyer leurs secrétaires réclamer des médecins à la Faculté, à l'Association cororative, ils ont beau annoncer *urbi et orbi* une belle situation avec un fixe important dans une grande ville du Sud-Ouest, les jeunes docteurs avertis font la sourde oreille, car ils se doutent bien que si le fixe est important, la situation ne saurait être de tout repos et il se gardent avec raison de faire à leurs dépens une décevante expérience.

A Angers, le conflit depuis plusieurs mois latent entre médecins et sociétés de secours mutuels vient enfin d'éclater.

Les médecins depuis de longs mois réclamaient une indemnité de 1 fr. 50 par visite et 1 fr. par consultation.

En toute bonne foi, leur était-il possible d'être plus conciliants ? Les mutualistes, qui comptent parmi eux d'excellents hommes d'affaires, ont essayé de les rouler. Voici ce qu'ils leur ont proposé : une union mutualiste serait formée, dans la caisse de laquelle les mutualistes verseraient 5 francs par famille, ou 3 francs par individu isolé

et les médecins seraient payés au taux de 1 fr. 50 par visite et 1 fr. par consultation avec les fonds amassés dans cette caisse ; le malade aurait le libre choix absolu de son médecin. « — Mais, répliquèrent les médecins, si la caisse est insuffisante ? — C'est bien simple, firent les mutualistes, les médecins subiront sur leurs honoraires une réduction proportionnelle ».

Le Syndicat médical refusa d'accepter pareilles conditions. L'Union mutualiste tenta alors de traiter avec les médecins isolés, mais ces derniers, fidèles au pacte syndical, refusèrent toute négociation individuelle et renvoyèrent les mutualistes anu bureau de leur syndicat. Furieux de cet échec, les mutualistes firent une Assemblée générale dont le compte-rendu fut communiqué aux mutualistes et aux médecins.

Au nom du Syndicat d'Angers, le président, notre distingué confrère, le Dr Gripat, répondit en des termes très modérés.

Les choses en sont là. Les mutualistes, après réflexion, se rendront-ils compte que les médecins ont moins à perdre qu'eux à la rupture de toute entente ? Nous l'ignorons. Mais c'est notre conviction tellement absolue, que nous ne faisons aucun vœu pour la résolution de ce conflit.

A La Rochelle, la rupture est complète. Nous avons déjà raconté comment les chefs des mutualistes de cette ville, ayant voulu *bluffer* avec les médecins, se sont pris à leur propre piège. Ils adressèrent un ultimatum au Corps médical rochellois ; celui-ci prit la chose au sérieux et les services médicaux mutualistes furent supprimés. Poussant le *bluff* jusqu'au burlesque, certains osèrent parler d'intenter des poursuites aux médecins pour brusque rupture de contrat. Les médecins, croyons-nous, en haussèrent les épaules.

Comme à Montauban, les présidents de sociétés cherchent des médecins, ils en réclament dans toutes les facultés, le Syndicat médical de la Rochelle a adressé un peu partout l'avis suivant :

Le Syndicat des médecins de La Rochelle, en conflit avec les Sociétés de secours mutuels de la ville, met en garde les jeunes confrères contre les offres qui leur seront faites et les prie dans leur intérêt de se renseigner auprès de M. le Dr Brard, président du Syndicat (2, *rue du Cordouan, à La Rochelle*), *avant de prendre une détermination.*

A propos de cet avis, nous nous permettrons de revenir sur une question qui mérite d'attirer l'attention de tous les Syndicats de villes où il existe une Faculté et de l'Union des Syndicats médicaux de France. Il s'agit de l'affichage des postes médicaux dans les locaux des Facultés.

L'Administration universitaire permet l'affichage sur les murs des Ecoles de médecine de toutes les demandes de postes médicaux réels ou fictifs, il suffit pour cela que la demande ait reçu l'approbation du maire et du préfet. Nous avons déjà protesté contre pareille publicité qui, avec son apparence officielle, engage de jeunes confrères à aller s'établir dans des bourgs perdus où un médecin ne peut absolument pas gagner sa vie. Mais lorsque les Syndicats médicaux adressent aux Facultés des avis mettant en garde les jeunes médecins, l'Administration de certaines Facultés refuse de les afficher en se retranchant derrière des ordres venus du Ministère de l'Instruction Publique.

Nous avons pu nous assurer que les avis envoyés par les Syndicats de Montauban et de la Rochelle n'avaient pas été apposés sur les murs de la Faculté de Paris, tandis que bon accueil était fait à la demande des Mutualistes.

Il faut croire que les instructions ministérielles ne sont pas partout les mêmes. A Bordeaux, la Faculté de médecine, ayant un souci plus grand des liens de confraternité qui doivent unir aux médecins praticiens a placardé l'avis du Syndicat de la Rochelle.

A Lille, l'affichage a été refusé à la fois aux mutualistes et aux médecins. Nous approuvons cette dernière manière de faire. Les Ecoles de médecine, centres d'enseignement, ne doivent pas devenir de louches bureaux de placements et des officines sans garantie, ni responsabilité, de ventes de prétendues clientèles.

Mais il nous est difficile d'expliquer la conduite anti-confraternelle de l'administration de la Faculté de médecine de Paris.

Nous avons cependant entendu jadis le doyen actuel, M. Landouzy, dénoncer aux médecins en termes véhéments le péril mutualiste et nous avons lu quelque part, dans la relation d'un voyage en Danemark (1), croyons-nous, sous la signature de M. le Prof. L. Landouzy, des protestations indignées contre l'exploitation du médecin par les collectivités, notamment par les mutualités.

Est-ce que M. le doyen de la Faculté de Paris ne partage plus en 1909, les opinions qu'émettait le Pr Landouzy en 1904 ?

Quant aux braves mutualistes, pauvres diables, auxquels des ambitieux promettent pour rien monts et merveilles, quand donc voudront-ils bien ouvrir les yeux et se rendre compte qu'ils servent de tréteaux à beaucoup de gens dont le bien public est le derner souci ?

J. Noir.

(1) Pr L. Landouzy. — Notes d'un voyage médical en Danemark. (Paris, 1904, imprim. Marétheux pages 12, 13 et 14.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le Prof. Pierre DELBET.

La tuberculose du testicule.

Je vous présente un malade atteint d'une affection du testicule. Cet homme, que j'ai déjà opéré il y a quelques années pour une épididymite blennorrhagique, offre dans son observation des particularités contradictoires. Il a d'abord des antécédents collatéraux et héréditaires très chargés en tuberculose. D'un autre côté, dans ses antécédents personnels, nous trouvons deux blennorrhagies.

Lorsque vous voyez un malade porteur d'une lésion de l'épididyme et du testicule, qui accuse dans son passé pathologique une blennorrhagie, la première idée venant à l'esprit est qu'il s'agit d'une localisation épididymaire de la blennorrhagie. C'est souvent vrai, mais, si vous ne voulez pas faire une erreur de diagnostic et de pronostic, ne vous en tenez pas à ce renseignement du malade. Il existe des écoulements uréthraux dus à des granulations bacillaires de l'urètre postérieur, de la région prostatique. Il ne suffit pas que le patient déclare avoir eu la blennorrhagie ; il faut chercher si cette blennorrhagie a été réelle. Vous arrivez assez facilement, dans la plupart des cas, à trancher la question. Au point de vue subjectif, l'écoulement tuberculeux ne s'accompagne, en général, d'aucune espèce de phénomènes douloureux, alors que la blennorrhagie légitime engendre des douleurs vives. Objectivement, l'écoulement tuberculeux est peu abondant, séreux, à peine coloré, alors que l'écoulement blennorrhagique est abondant, opaque, jaune verdâtre.

L'épididymite blennorrhagique porte toujours au début, et souvent jusqu'à la fin, exclusivement sur la partie terminale du canal déférent et sur la partie suivante de l'épididyme (queue de l'épididyme). Ces lésions produisent une oblitération des tubes épididymaires. Toutes les fois où l'affection a eu une allure véritablement aiguë, l'oblitération est définitive, de telle sorte que les spermatozoïdes peuvent pénétrer dans la tête et le corps de l'épididyme, mais ne peuvent traverser le noyau d'oblitération de la queue de l'organe, ne peuvent plus gagner le canal déférent. Le malade est frappé de stérilité, mais non d'impuissance. Ce qui maintient la puissance, ce n'est pas l'évolution des cellules sécrétant les spermatozoïdes, c'est l'évolution des cellules interstitielles du testicule. Celles-ci, dans l'épididymite blennorrhagique, ne meurent pas, et bien que les spermatozoïdes ne puissent sortir, le sujet conserve sa virilité. Il est seulement infécond. On s'est demandé s'il ne serait pas possible de rendre à un tel individu sa fécondité. On peut y arriver, en pratiquant des anastomoses. Le canal déférent, en effet, n'est pas oblitéré, le corps de l'épididyme l'est rarement, la tête jamais. Il est donc possible, par une anastomose, d'amener le canal déférent en un point non oblitéré de l'épididyme. Cette opération est assez facilement réalisable. Elle n'est susceptible de donner de résultat que si le testicule peut encore produire des spermatozoïdes. Or, il semble que le testicule conserve longtemps, des années même, cette faculté. Dans des cas que j'ai opérés, j'ai pu constater la présence, dans l'épididyme, de spermatozoïdes vivants. Donc, certaines cellules interstitielles du testicule continuent à fonctionner, puisque le sujet conserve sa puissance. Les tentatives destinées à rétablir la continuité de l'épididyme et du canal déférent sont, dans ces conditions, parfaitement légitimes. C'est ce que nous avons fait chez ce malade : nous avons réséqué la partie inférieure de l'épididyme et pratiqué une anastomose épididymo-déférentielle. L'opération n'a pas dû donner un grand résultat, car d'autres accidents morbides sont apparus. Une nouvelle blennorrhagie, au dire du malade, s'est produite, et à nouveau, les bourses ont augmenté de volume. Mais, s'est-il agi véritablement d'une nouvelle blennorrhagie ? Quand on a affaire à un urèthre vierge, les caractères de la blennorrhagie sont nets, mais quand l'urèthre a déjà été antérieurement contaminé, il peut se faire des recrudescences sans phénomènes très aigus. L'expression du canal, depuis l'urèthre périnéal jusqu'au méat, si elle ramène du pus, peut guider le diagnostic. Ici, le malade vient d'uriner et il nous est impossible, maintenant, de rechercher ce signe. Mais d'autres éléments vont nous éclairer.

Nous trouvons, en effet, des lésions, qui ne relèvent pas de la blennorrhagie. J'ai dit que l'épididymite blennorrhagique ne suppure jamais. Cette notion n'est pas exacte au point de vue microscopique, mais elle l'est au point de vue clinique. La blennorrhagie épididymaire ne suppure en aucun cas. Gosselin avait publié trois observations d'épididymite blennorrhagique suppurée sur lesquelles on a longtemps discuté ; elles concernaient, en réalité, des bacilloses réchauffées à l'occasion d'une blennorrhagie.

Chez notre malade, la peau des bourses est soulevée par une tuméfaction appréciable et offre des modifications très apparentes. La lésion est suppurée et a déjà envahi la peau, ce qui suffit à dire qu'il ne s'agit pas de blennorrhagie.

Le siège de la tuméfaction, il est vrai, n'est pas celui observé ordinairement dans l'infection tuberculeuse. Le siège de la collection purulente et des fistules a, au niveau des bourses, une importance capitale. Quels sont les points sur lesquels porte la tuberculose ? Lorsqu'on trouve des lésions dans les bourses, on doit penser à la tuberculose ou à la syphilis. Le siège de la lésion est un guide de premier ordre. Voici la formule générale : la tuberculose frappe l'épididyme et la syphilis le testicule. Il existe des exceptions à cette règle, mais elles sont rarissimes. La syphilis peut, parfois, intéresser l'épididyme ; c'est là un point très obscur sur lequel on discute. La syphilis épididymaire serait précoce, apparaîtrait à la période secondaire, ne suppurerait pas. Quand on est en présence d'une lésion suppurée, on peut

garder intacte la formule que je viens d'énoncer.

La tuberculose frappe l'épididyme. Existe-t-il des exceptions ? Il faut distinguer les enfants et les adultes. Chez les enfants en bas-âge, il n'est pas rare de voir la tuberculose frapper le testicule. Il s'agit d'infections hématiques, se faisant par voie sanguine. Cette tuberculose testiculaire a une évolution particulière. Il est des cas où elle suppure, où il y a fonte du testicule, ramollissement de celui-ci. Il est des cas, où elle guérit *in situ* par résorption, et le résultat est une sorte de castration pathologique. Il ne reste rien du testicule, à peine un petit noyau fibreux.

Cette tuberculose du testicule est, paraît-il, assez fréquente. On ne l'observe jamais chez l'adulte. Chez l'adulte, l'épididyme est toujours touché.

Les lésions suppuratives de la syphilis se localisent, au contraire, sur le testicule. Quel est le siège de la collection ? C'est en avant qu'elle vient se faire jour, le testicule étant normalement en avant. Pour la tuberculose, s'il se fait une fistule, elle s'ouvre à la partie postérieure, puisque les lésions intéressent l'épididyme. Le siège de la fistule a donc un intérêt considérable. Quand vous voyez une fistule à la partie antérieure, il y a de grandes chances pour qu'il s'agisse de syphilis. Quand elle siège en arrière, il y a de grandes chances pour qu'il s'agisse de tuberculose. C'est une probabilité énorme et non une certitude, car la certitude clinique ne s'obtient guère que par l'ensemble des symptômes. Il peut se produire une fistule syphilitique en arrière et une fistule tuberculeuse en avant, lorsqu'il y a inversion du testicule, que celui-ci est en arrière et l'épididyme en avant. Dans ces cas-là, le diagnostic offre plus de difficultés, mais par la palpation on parvient généralement à reconnaître l'épididyme et le testicule.

Je suppose la lésion localisée à l'épididyme. Nous sommes en présence, par exemple, d'un gros épididyme non ramolli, sans suppuration. La question est de savoir s'il est d'origine tuberculeuse ou d'origine blennorrhagique. Il y a bien quelques petits kystes de l'épididyme auxquels on pourrait penser. Ils sont indolents, s'observent surtout chez les vieillards et ont peu d'intérêt. Pourrons-nous tirer une indication du siège des noyaux ? La blennorrhagie frappe la partie terminale du canal déférent et la queue de l'épididyme. Elle peut remonter plus ou moins haut, mais il est rare qu'elle occupe le corps dans sa totalité. Quand vous trouvez des noyaux dans la tête de l'épididyme, vous pouvez être sûr qu'il ne s'agit pas de blennorrhagie. Les noyaux localisés à la tête ne relèvent jamais de la blennorrhagie, mais l'inverse est-il exact ? Est-il vrai que les noyaux frappant la queue ne sont jamais tuberculeux ? Pas du tout. On avait donné comme règle que la tuberculose frappe la tête de l'épididyme. Eh bien ! il existe des lésions tuberculeuses siégeant dans la queue. Même dans ces cas, on peut souvent faire le diagnostic. Ces lésions n'ont pas les mêmes caractères au point de vue tactile. Dans la tuberculose, elles sont irrégulières, ce sont des mamelons.

Je reviens à notre malade. Il a une lésion de la partie supérieure et antérieure des bourses. Le siège n'est pas suffisant pour conclure à la syphilis. Il faudrait que les altérations portassent sur le testicule. Or, en faisant la palpation, je sens le testicule situé nettement à côté de la lésion et très horizontal. La lésion ne porte pas sur le testicule mais vraisemblablement sur la tête de l'épididyme. On ne sent plus l'épididyme parce que je l'ai enlevé et ai fait une anastomose épididymo-déférentielle, intervention qui a causé d'ailleurs le basculement du testicule. Etant donnés les antécédents opératoires, nous pouvons conclure que la lésion siège dans la tête de l'épididyme, seule partie restante de l'organe. On reconnaît avec netteté le canal déférent qui vient se jeter dans le noyau.

Quelle est la nature de la lésion ? Nous ne sommes pas là dans des conditions normales, l'épididyme ayant été enlevé en partie. Si le malade fait de l'épididymite blennorrhagique, il ne peut en faire que dans la tête de l'organe. Donc ici, en raison de ces conditions particulières, il serait possible qu'il y ait dans la tête épididymaire des noyaux blennorrhagiques : toutefois, l'évolution de l'affection, le caractère suppuratif qu'elle présente, montrent bien qu'il s'agit de bacillose, de tuberculose déjà arrivée à la période de ramollissement avec adhérences cutanées et fistules.

Nous avons le diagnostic de siège, de nature. Le diagnostic est-il complet ? Non. D'abord, il faut toujours examiner le sujet au point de vue de son état général, d'une tuberculose d'autres organes en particulier. De plus, quand on a affaire à une tuberculose de l'épididyme, on doit examiner le reste de l'appareil génito-urinaire. Pour palper le canal déférent, on saisit, en passant au ras de la verge, toute la masse du cordon et l'on perçoit un petit cordon dur qui s'échappe comme un noyau : c'est le canal déférent. Ici, il est manifestement épaissi. Les altérations du canal déférent s'observent dans la tuberculose et aussi dans la syphilis. En général, quand la syphilis a altéré le canal déférent, celui-ci est uniformément épaissi, comme une baguette de verre ou un tuyau de pipe. La tuberculose frappe au contraire par places et détermine une série de nodosités. D'un côté, un cordon induré cylindrique, de l'autre un chapelet. L'examen est facile à faire à la racine des bourses, mais cela ne suffit pas, il faut le poursuivre dans le canal inguinal, en déprimant en arrière. Dans la fosse iliaque, le canal déférent normal n'est plus perceptible ; il ne le devient que lorsqu'il est altéré. On peut apprécier encore la portion terminale du canal déférent au point de sa réunion avec le conduit éjaculateur. C'est le toucher rectal qui renseigne ainsi sur l'état de la partie terminale du déférent, sur l'état de la prostate et des vésicules séminales. Presque au-dessus du sphincter anal, on arrive sur le bec de la prostate. Chez notre malade, il y a du côté droit des lésions considérables, de grosses nodosités dans le canal déférent.

Ce n'est pas encore fini. Il faut savoir si le bas-fond de la vessie ou la portion prostatique de

l'urèthre ont été touchés par l'infection bacillaire. C'est très commun. Je ne discuterai pas la question confuse de l'infection épididymaire tuberculeuse : est-elle d'ordre hématique ou d'origine ascendante? Le fait certain, c'est qu'en clinique, on trouve souvent des troubles qui prouvent que le bas-fond de la vessie est lésé. Deux symptômes sont à rechercher. L'hématurie en premier lieu. Elle n'est pas exceptionnelle et peut être la première manifestation de la tuberculose du bas-fond vésical. Il est des hématuries vésicales précoces, comme il est des hémoptysies prémonitoires de tuberculose pulmonaire. Sans prodromes, alors, l'urine contient à un moment donné du sang. Il peut se faire que l'hématurie ne se reproduise jamais et que la tuberculose vésicale apparente éclate seulement des années après. Cherchons, en second lieu, les phénomènes réactionnels, l'irritation vésicale, les envies fréquentes d'uriner. Notre malade a eu une blennorrhagie, peut-être deux, et a droit d'avoir une irritation vésicale. Depuis un mois, il urine fréquemment, se lève plusieurs fois la nuit pour uriner — la fréquence nocturne des mictions a plus d'importance que la fréquence diurne, celle-ci pouvant être psychique — ce qui prouve qu'il se passe quelque chose au niveau du col vésical, de nature bacillaire évidemment.

Le pronostic, chez cet homme, est grave. Il n'a pas seulement des lésions de tuberculose épididymaire — qui, localisées, ne comportent pas un pronostic particulièrement grave —, il a des lésions étendues aux voies urinaires, au canal déférent. Au point de vue chirurgical, cela nous lie les mains.

La question du traitement chirurgical de l'épididymite tuberculeuse est une grosse question dont l'intérêt pratique est considérable. Les chirurgiens, sur ce sujet, se divisent en deux camps : les temporisateurs et les interventionnistes. Les uns se contentent d'attendre, en donnant un traitement général, un régime, en conseillant les bains salés de Salies-de-Béarn, la mer, etc. J'ai confiance dans un tel traitement pour certaines tuberculoses chirurgicales, mais quand il s'agit de tuberculose épididymaire, j'ai été frappé de son inefficacité !

On a vanté les injections modificatrices. On les a proposées dans deux buts, pour ramollir le caséum et faciliter son élimination, ou pour déterminer une sclérose. En matière de tuberculose épididymaire, tout le monde est d'accord pour rejeter les substances qui provoquent le ramollissement. Ce sont donc les agents sclérosants, et surtout l'iodoforme (dans l'éther, la glycérine, la vaseline), que l'on a préconisés. Cette méthode a des partisans, qui vont jusqu'à qualifier l'opération chirurgicale de monstruosité, comme déterminant une castration. J'ai dit, que, dans la majorité des cas, le testicule était respecté et n'était intéressé que dans les formes ultimes. Il n'y a pas lieu de l'enlever en général. Jadis Verneuil disait que l'on gardait ainsi un testicule « moral ». C'est plutôt un testicule « immoral », qu'il faudrait dire puisque le malade reste puissant, conserve des cellules interstitielles et est capable d'apprécier sa puissance. Après résection de l'épididyme, les spermatozoïdes ne passent plus, c'est entendu, mais on peut avoir un moyen d'y remédier par les anastomoses. On ne peut pas faire l'anastomose épididymo-déférentielle puisque la totalité de l'épididyme est enlevée, mais on peut implanter le canal déférent dans le corps d'Highmore. En admettant, d'ailleurs, que l'on guérisse les malades par des injections, est-ce qu'on leur conserve le cheminement des spermatozoïdes ? Non, puisque l'épididyme est oblitéré. Le traitement, d'autre part, met des mois et des années à guérir. Au contraire, lorsqu'on pratique la résection au début — et c'est à ce moment où il faut la faire — on peut intervenir aseptiquement, guérir le patient en huit jours, et, par une implantation du canal déférent dans le corps d'Highmore, conserver la possibilité de la fécondité.

Je suis partisan convaincu de l'intervention, Cela ne veut pas dire que j'opérerai ce malade. qui n'est plus dans les conditions où l'opération est indiquée. Chez lui, la tuberculose étant trop étendue, le traitement médical doit être le seul institué.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

CHIRURGIE PRATIQUE

Abcès froids pottiques fistulisés. Traitement pratique.

Par A. CHALIER,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

La fistulisation des abcès froids pottiques constitue une véritable complication qu'il faut savoir éviter, principalement lorsque l'abcès est profond (voir *Concours médical*, 21 novembre 1909, p. 892). Il est des circonstances encore trop fréquentes, et dues le plus souvent à l'insouciance des malades, dans lesquelles l'abcès est en imminence d'ouverture ou bien se trouve fistulisé ; le danger est imminent ou existe : la conduite du praticien doit être, dans ces cas, très prudente et très méthodique. Envisageons séparément les deux cas.

I. ABCÈS FROID POTTIQUE EN IMMINENCE D'OUVERTURE. — Vous êtes en présence d'un abcès froid volumineux, faisant saillie à la partie supéro-interne de la cuisse, ou au-dessus de l'arcade de Fallope (abcès lombaire) ; la peau est violacée, amincie, donnant la sensation de la rupture prochaine. Que faire ? Plusieurs conduites ont été suivies ; toutes ne sont pas recommandables.

a) *Ouverture et nettoyage de la poche.* — Ménard préconise l'ouverture large, le curettage soigneux de la poche, « poursuivant le nettoyage aussi loin que possible vers le rachis, que l'on

parvient à peine quelquefois à toucher avec l'extrémité de l'instrument ». Méthode défendable pour quelques petits abcès postérieurs ; méthode très dangereuse pour la plupart. Vous craignez l'infection diffuse, la mort par granulie, ne l'utilisez jamais.

b) *Evolution spontanée de l'abcès.* — On a recommandé aussi de « laisser aller » l'abcès, sous le couvert de l'asepsie préventive de la région. La collection s'ouvre sous pansement ; on se contente de prendre les précautions les plus rigoureuses dans la suite.

Cette méthode a réussi et peut réussir ; elle exige une surveillance quotidienne ; de plus, l'abcès s'ouvre quelquefois mal ; la peau se nécrose sur une grande étendue. C'est pourquoi dans la pratique courante, vous devez préférer le procédé suivant.

c) *Ponction de l'abcès.* — Ici, l'abcès est ponctionné comme il a été décrit dans l'article précédent, avec les mêmes précautions. Choisissez pour la ponction une région cutanée saine ; on peut voir, dans la suite, la peau, très compromise apparemment, reprendre sa vitalité, on évite la fistulisation. C'est le procédé de choix qui permet de guérir simplement cet abcès en imminence d'ouverture, après une ou plusieurs ponctions, suivies d'injection modificatrice (glycérine iodoformée 1/10).

II. Abcès froid pottique fistulisé. — Ici, la situation est plus critique : on voit des sujets qui perdent parfois, par une ou plusieurs fistules, à bords violacés, décollés, des litres de pus tuberculeux ; bien rares sont ceux qui ne présentent pas des menaces d'infection secondaire : interrogez le thermomètre, il vous indiquera 38°5 et plus, le soir. Ces malades sont des « tuberculeux ouverts » au même titre que les cavitaires pulmonaires. Scrutez leur état général : ils maigrissent ; examinez les urines : vous trouverez souvent une albuminurie discrète, indice de la dégénérescence amyloïde du rein.

Il est certain que, chez de tels malades, l'état général doit être remonté ; donnez des toniques, de l'arséniate de soude, de l'huile de foie de morue ; les séjours à la mer, s'ils sont possibles, donnent de surprenants résultats. Il est inutile d'insister davantage, sinon pour rappeler son importance capitale, sur ce traitement général connu de tous, bien formulé, moins bien suivi par les malades.

Traitement local. Méthode de Beck. — Le traitement local présente un grand intérêt, à l'heure actuelle, surtout depuis l'apparition d'une méthode, sinon nouvelle, du moins bien exposée et parfaitement conçue par les frères Beck.

Elle consiste à injecter, dans la cavité de l'abcès froid, un mélange de pâte bismuthée.

Utilisant ce procédé pour déceler, par la radiographie, la topographie des vastes abcès pottiques, les chirurgiens de Chicago reconnurent bien vite la valeur curatrice de leur mélange, et s'efforcèrent, depuis 1908, à vulgariser leur procédé. Bien qu'ayant été peu utilisé en France, il mérite d'être recommandé sans hésitation ; car, employé suivant les règles, il n'est nullement dangereux et se montre très efficace.

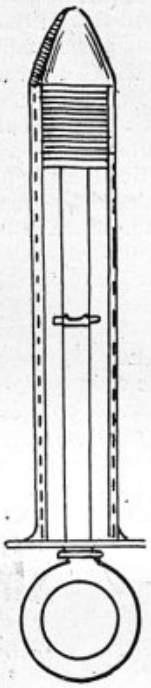


Fig. 1.— Seringue en verre pour injection de pâte bismuthée (Beck).

Technique. 1° *Ce qu'il faut préparer.* — Le praticien doit avoir à sa disposition :

a) Ce qui est nécessaire pour l'asepsie de la région (alcool, éther, teinture d'iode) ;

b) Ce qu'il faut pour le pansement (gaze, coton, bande) ;

c) Une *seringue en verre*, du modèle ci-contre (Fig. 1), analogue aux seringues à injections urétrales ; elle doit être en verre. La seringue de Luer peut suffire ; sa contenance doit être de 20 à 30 cmc. La stérilisation à sec est nécessaire ce qui est réalisable parfaitement dans la plupart des localités, où les pharmaciens possèdent presque tous, aujourd'hui, une petite étuve.

d) La *pâte bismuthée*, la formule est la suivante :

Sous-nitrate de bismuth.....	33 gr.
Vaseline.....	67 gr.

Beck recommande de chauffer la vaseline à 100° et d'y verser petit à petit le bismuth. Le médecin doit faire lui-même son mélange extemporanément, dans une petite capsule. On attend que la température du mélange soit suffisamment basse pour injecter le mélange.

2° *Opération proprement dite.* — L'opération est des plus simples.

a) *Asepsie de la région.* — Elle doit être scrupuleuse, vous pouvez même, les jours précédents, à diverses reprises, nettoyer le trajet fistuleux ; on ne saurait trop faire. Exprimez l'abcès.

b) *Injection.* — Chargez la seringue avec la pâte descendue à 35°, injectez lentement. Arrêtez si le malade ressent une douleur. On peut injecter ainsi 100 cmc. ne dépassez pas 50 cmc.

S'il y a des fistules multiples communicantes, laissez s'écouler le pus ; dès que la pâte apparaît, retenez avec un tampon. Si les fistules ne communiquent pas, injectez successivement tous les trajets.

c) *Le pansement.* — Après l'injection, maintenez un tampon sur l'orifice ; la pâte se solidifie et ne s'écoule plus. Recouvrez d'un pansement simple.

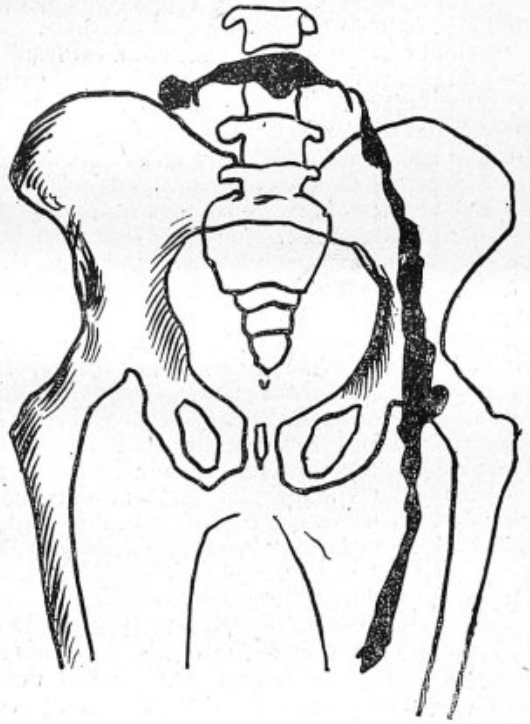


Fig. 2. — Abcès par congestion ; injection de pâte bismuthée ; radiographie (Beck).

Suites opératoires. 1° *Suites immédiates.* — Laissez le malade au repos ; le soir, on observe un peu de température ; elle cesse le lendemain.

2° *Suites éloignées.* — Il est rare qu'une seule injection suffise. Si la fistule réapparaît, Beck préconise l'injection d'une pâte plus consistante.

Sous-nitrate de bismuth	30 gr.
Vaseline	60 gr.
Cire blanche	5 gr.
Paraffine à 40°	5 gr.

Elle s'exécute comme la précédente.

Il est certain que, grâce à cette méthode, la cure des abcès pottiques fistulisés sera plus facile, elle est presque certaine s'il n'y a pas de séquestres osseux trop volumineux. En tous cas, il est indiqué d'y recourir lorsque la fistule n'a aucune tendance à se fermer ; peut-être arrivera-t-on ainsi à supprimer les interventions sanglantes, toujours dangereuses, auxquelles on n'aura recours qu'en désespoir de cause.

LA SEMAINE MÉDICALE

Procédé de Kocher modifié pour la réduction des luxations de l'épaule.

M. le Dr Paul Gallois a fait dans le *Bulletin médical* une très intéressante étude du traitement des luxations récentes de l'épaule par le procédé de Kocher modifié.

« Si le Kocher se montre inefficace parfois, c'est qu'il est appliqué trop brutalement. Pour ma part, dit M. P. Gallois, je l'applique avec une extrême douceur, et je mets en fait qu'il peut être exécuté avec deux doigts.

« On sait, d'ailleurs, que le principal obstacle à la réduction d'une luxation, c'est la contraction musculaire ; il ne sert à rien de s'exercer à réduire une luxation sur un cadavre, car la résistance musculaire n'existant plus, la tête humérale rentre presque toute seule. Il est donc extrêmement important, sur le vivant, de ne causer aucune douleur au blessé pour éviter qu'il ne contracte ses muscles. Là est tout le secret du succès.

« On décrit au procédé de Kocher quatre temps : 1° appliquer le coude contre le corps en fléchissant l'avant-bras à angle droit ; 2° porter la main en dehors de façon à provoquer une rotation de la tête humérale dans ce sens ; 3° tout en maintenant la main en dehors, porter le coude en avant, en dedans et en haut : 4° porter brusquement la main sur l'épaule saine. A ce moment, la tête doit rentrer dans la cavité.

« Or ce quatrième temps, pour moi, est une erreur. La tête doit rentrer dans la cavité *dès le troisième temps*, mais, pour cela, ce troisième temps doit être exécuté avec une lenteur presque insensible. Il suffit de maintenir le bras dans la position indiquée pour que, en un temps variable de quelques secondes à quelques minutes, la réduction s'opère.

« Pour éviter que le blessé ne soit en défiance et contracte ses muscles, on ne lui annonce pas qu'on va tenter la réduction. On lui laisse croire qu'on va seulement l'examiner. On le fait asseoir bien enfoncé dans sa chaise, on s'assied en face, assez près pour que les genoux de l'un touchent la chaise de l'autre. On exécute assez rapidement les deux premiers temps et l'on place presqu'aussitôt le bras blessé dans la 3e position.

« Supposons maintenant qu'il s'agisse d'une

✦✦

luxation de l'épaule *gauche*. Pour conserver libre la main gauche avec laquelle on suit le déplacement de la tête humérale, on fait placer la main *gauche* du blessé sur l'épaule droite de l'opérateur, la paume de la main appliquée sur le côté droit de son cou. Par raison de propreté, on fait recouvrir cette main d'un gant ou d'un linge. C'est avec la tête et le cou que l'opérateur maintient l'avant-bras du blessé dans la rotation en dehors. De la main droite, entre le pouce et l'index, il saisit le coude du blessé et *tout doucement*, il le pousse, *en haut*, *en avant* et *en dedans*, ces directions étant comptées par rapport au blessé. On doit faire ce mouvement très lentement et très régulièrement, gagnant tout au plus un centimètre par seconde. Quand on ne peut plus avancer, on s'arrête et on attend, pas bien longtemps en général, car, tout d'un coup le petit ressaut caractéristique se produit et la tête rentre dans sa cavité ».

L'hectine comme moyen abortif local contre la syphilis.

MM. *H. Hallopeau* et *L. Brodier* ont expérimenté récemment cinq médicaments différents en injections sous le fourreau de la verge : l'atoxyl, l'arsacétine, l'hectine, le bibromure de mercure et l'amalgame connu sous le nom d'arquéritol. Les deux premiers sont actifs et bien supportés aux doses quotidiennes de 0,10 et 0,20 centigrammes, mais on sait qu'ils sont dangereux ; on a vu des doses minimes provoquer, après un petit nombre d'injections, des troubles graves de la vision ; aussi n'y ont-ils eu recours qu'exceptionnellement. L'*Hectine*, à la dose quotidienne de 0,20 à 0,10 centigrammes, donne les meilleurs résultats ; c'est surtout avec elle qu'ils ont réussi à faire avorter presque tous les cas de syphilis chancreuse qu'il leur a été donné d'observer. Le bibromure d'Hg.. si bien toléré dans la région fessière, ne l'est pas sous le fourreau ; il donne lieu à une induration cylindroïde dans presque toute la longueur de l'organe ; elle est douloureuse et persiste pendant plusieurs semaines ; il en est de même avec l'amalgame désigné sous le nom d'arquéritol ; à la dose minime de deux centigrammes on voit se produire la même réaction qu'avec le bibromure. Il faut donc renoncer aux mercuriaux dans ce traitement local intensif. Nous sommes ainsi amenés à conclure que, pour le traitement abortif de la syphilis, l'Hectine est l'agent qui, de beaucoup, mérite la préférence.

Séméiologie de la langue et de l'angine scarlatineuses.

La contagiosité de la scarlatine par les squames, déjà contestée en 1865 par Girard, est de nouveau fortement battue en brèche par Comby Sticker, Lesage. C'est, en réalité, le mucus bucco-pharyngé, qui paraît être le principal véhicule du germe contage.

« Donc, dit le Dr Lesage (*Gaz. des Hôp.*) la contagion de la scarlatine est facteur de la persistance plus ou moins longue de l'infection de la bouche et de la gorge.

« Les phénomènes buccaux dominent l'histoire clinique de la scarlatine. L'exanthème n'est au contraire qu'un signe accessoire. Il y a de nombreuses formes frustes ou larvées de la maladie, dans laquelle la scarlatine est uniquement *gutturale*, 35 pour 100 sur une étude de 2000 cas.

« Il est donc absolument nécessaire de connaître bien exactement l'état de la langue et de la gorge dans la scarlatine et particulièrement leur *cycle évolutif*.

« Au premier jour, la LANGUE, qui n'est pas large comme dans l'embarras gastrique, présente deux parties, qui, par rapport l'une à l'autre, forment contraste.

« Sur tout le dos est un enduit *blanc* pultacé, et sur les côtés et à la pointe, l'entourant, est une *bordure très rouge*. Blanc sur rouge vif est la caractéristique de la langue au premier jour.

« Quand on examine à distance, on est frappé aussi du contraste qui existe entre la peau de la figure, qui est pâle, et la langue qui, tirée, tranche par son bord rouge vif, enflammé.

« Les deuxième, troisième, quatrième jours, peu à peu, la surface blanche du dos de la langue diminue d'étendue, se retire, vers le fond de la bouche, alors que le liséré rouge, congestif, gagne du terrain et s'élargit. L'organe présente alors *deux V*, l'*un rouge*, qui circonscrit le *second*, *blanc*. Ce que l'un perd, l'autre le gagne.

« Vers le septième jour, la langue est entièrement rouge, enflammée, écarlate : c'est la *langue framboise* qui apparaît, car la desquamation, après l'enduit blanc, continue à enlever l'épithélium sous-jacent. Les papilles sont dénudées d'où l'aspect légèrement mamelonné, framboisé.

« Vers le dixième jour, la langue devient *lisse*, vernissée, par suite de la disparition des saillies papillaires. Peu à peu, vers le douzième jour, la teinte écarlate s'atténue, et vers le 15e jour la langue reprend sa teinte normale.

« Le cycle évolutif est terminé : congestion de l'organe, prolifération intensive de l'épithélium, puis chute de ce dernier, tels sont les éléments caractéristiques de la scarlatine, qui est *une véritable glossite exfoliatrice, aiguë, microbienne*.

« Le même processus se passe dans la gorge, comme nous le verrons dans un instant.

« La *langue de l'embarras gastrique* est large, étalée, pâle, anémique, épaisse recouverte d'un enduit blanc jaunâtre, limoneux.

« Dans la rougeole, pas de contraste entre deux zones, l'une blanche, l'autre rouge. Elle est uniformément *rose*, recouverte d'une légère couche blanchâtre. On n'observe pas de cycle évolutif.

« La langue *grippale* peut être simplement saburrale, blanchâtre ou blanc bleuté, rappelant les plaques muqueuses.

« La *langue typhique* est bien blanche au cen-

tre, rouge sur les bords, mais elle reste telle ou peu s'en faut. Elle devient enfin sèche, dure, cornée, c'est la langue de perroquet.

« *A la fin des maladies aiguës* (fièvre typhoïde, méningite), la langue est souvent dépouillée. L'anamnèse suffit au diagnostic.

« La scarlatine, a dit Trousseau, est une maladie essentiellement angineuse.

« Elle peut rester à l'état d'angine pure sans se compliquer.

« Au début, existe une simple sensation de cuisson légère dans la gorge et un peu de sécheresse, la déglutition est un peu pénible. A l'examen, teinte rouge à peu près uniforme, tapissant les amygdales, les piliers, le voile du palais, la luette. Sur les amygdales, quelques productions pultacées s'enlevant très facilement et ne laissant aucune trace saignante sur la muqueuse. Au bout d'un ou deux jours, ces productions se désagrègent, tombent, et la teinte devient rouge sombre, écarlate, et la muqueuse apparaît sèche, comme enduite d'un vernis. A ce moment, les phénomènes accusés par le malade sont au minimum : cuisson, sécheresse, déglutition, absence de salivation. Au bout de six à douze jours, la gorge revient à la normale.

« C'est là ce qu'on observe dans la scarlatine pure, ne présentant aucune des complications de l'angine.

« Autour de ce centre formé par la langue et l'angine, on constate un léger malaise et des *troubles digestifs* qui sont la signature de la nature scarlatineuse de la maladie. Les vomissements sont constants : la diarrhée est fréquente ; il y a du météorisme, de l'hyperesthésie de la paroi abdominale et souvent un point appendiculaire.

C'est, en somme, toute une gamme de symptômes qui démontrent que la scarlatine est une maladie de la gorge et des voies digestives.

La ponction aseptique dans les épanchements aigus du genou, suivie de la marche immédiate.

A l'Académie de Médecine de Bruxelles, M. Ch. Williams a fait une communication sur les beaux résultats que donne la ponction des épanchements aigus (hémarthrose et hydarthrose) du genou, immédiatement suivie de marche. La ponction ayant été pratiquée sous anesthésie à la stovaïne, et un simple pansement ayant été appliqué, on fait descendre le malade de la table d'opération et on lui ordonne de marcher. Le malade constate avec étonnement que la douleur a disparu et que l'articulation a retrouvé, en grande partie, sa fermeté et sa souplesse. A partir de ce moment, la marche doit être continuée.

L'auteur a soigné de la sorte 33 traumatismes articulaires, dont 23 hémarthroses et 10 hydarthroses aiguës. L'effet fut d'autant plus rapide et complet que la quantité de liquide était plus abondante.

Les suites immédiates furent d'une bénignité absolue. Il y eut bien dix récidives, mais si légères, dans la plupart des cas, que trois fois seulement on fut obligé de procéder à une nouvelle ponction.

Chez ces malades, la durée de l'incapacité de travail fut, en moyenne, de neuf jours, avec un minimum de cinq et un maximum de seize jours. L'écart par rapport à la durée des cas traités par les anciennes méthodes est donc considérable.

Les résultats éloignés furent tout aussi bons. Les opérés que l'auteur a revus plusieurs mois après leur guérison avaient tous un membre absolument normal.

On peut donc conclure, dit l'auteur, que dans les épanchements intra-articulaires récents du genou, la ponction suivie immédiatement de la marche constitue une méthode de traitement infiniment supérieure à tous les autres ; qu'elle est inoffensive, à condition d'être pratiquée, avec les précautions requises d'antisepsie ; qu'elle guérit beaucoup plus rapidement que les autres traitements et avec une perfection que ceux-ci n'atteignent pas toujours.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Les iodures de potassium et de sodium. Leur administration,

Par le Dr André Lombard.

On peut administrer l'iodure par la voie gastrique, la voie rectale ou la voie hypodermique. La forme pilulaire n'est certainement pas à recommander, cependant il est certains malades à qui ce mode d'administration convient et dont l'estomac n'en souffre pas trop ; on prescrit (Barié) :

Iodure de potassium	0 gr. 15
Térébenthine de Bordeaux	0 gr. 05
Opium brut	0 gr. 01

en 1 pilule

ou bien les pilules ou dragées répandues dans le commerce.

Le plus souvent, on utilise les solutions, et on formule :

Iodure de potassium	20 gr.
Eau distillée	300 gr.

dont une cuillerée à soupe contient un gramme et une cuillerée à café 0 gr. 33. En raison de l'élimination très rapide de l'iodure et de l'importance, pour l'organisme, à en être toujours imprégné, la dose quotidienne d'iodure devra être prise en un grand nombre de fois ; aussi peut-on la faire avaler avec chaque prise d'aliments, diluée dans du lait, ou de la bière qui en masque assez bien la saveur désagréable ; mieux encore peut-on faire mettre cette dose dans une carafe d'eau qui sera bue à tous moments de la journée,

même sans tenir compte des repas. La saveur est ainsi masquée, mieux peut-être que par de l'anisette ou du sirop (café, écorces d'oranges amères) :

Iodure de potassium	10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères...	200 gr.

dont une cuillerée à soupe contient un gramme.

La voie rectale est à recommander souvent ; les lavements sont préférables aux suppositoires :

Iodure de potassium	10 gr.
Laudanum	XXX gt.
Eau distillée.....	150 gr.

une cuill. à soupe dans 200 gr. d'eau bouillie tiède pour un lavement à conserver.

L'injection hypodermique en solution à 2 ou 3 p. 100, et à la dose quotidienne de 3 à 4 cm., convient très bien comme traitement local de certaines lésions tertiaires ; elle agit rapidement et est bien tolérée, mais très douloureuse.

Le traitement ioduré a toujours une durée prolongée ; mais le mode d'administration varie avec l'affection qui en est justiciable : dans l'asthme, il se fait dans l'intervalle des crises ; 15 à 20 jours par mois, ou bien une semaine suivie de trois jours de repos, et ainsi de suite. Toutes les 3 ou 4 semaines, on interrompt le traitement pendant 10 à 15 jours. On associe souvent l'iodure à la lobélie :

Iodure de potassium.....	10 gr.
Teinture de lobélie.....	10 gr.
Eau distillée q. s. p.....	300 c.c.

dont on prend une à 3 cuill. à soupe par jour, la faible dose étant souvent suffisante. Chez les asthmatiques nerveux on l'associe au bromure. De même pour combattre les douleurs précordiales dans les myocardites chroniques. Mais, dans l'asthme et l'emphysème pulmonaire, on peut, dans les cas aigus, donner la potion suivante :

Kermès.....	0 gr. 15
Iodure de potassium.....	0 gr. 50
Sirop thébaïque	30 gr.
Eau de laurier-cerise.....	3 gr.
Julep q. s. p.	200 c. c.

à prendre par cuill. à soupe dans les 24 heures.

Tant pour calmer la douleur que pour modérer son action irritante sur les muqueuses, on prescrit souvent l'iodure avec l'extrait thébaïque :

Iodure de potassium.....	10 gr.
Extrait thébaïque.....	0 gr. 10
Eau distillée.....	300 c.c.

à laquelle solution on peut adjoindre du bromure de potassium. Dans le même but, on s'est adressé à la belladone.

Iodure de potassium	5 gr.
Teinture de belladone.....	3 gr.
Eau distillée q. s. p.....	150 c.c.

dont une cuill. à soupe contient 0 gr. 50 d'iodure), et 0 gr. 30 de teinture de belladone (Codex 1908). Il faut surveiller la tolérance à la belladone.

Dans la syphilis, la dose utile est de 3 gr. chez l'homme, 2 gr. chez la femme ; cette dose peut être portée à 8 et 10 gr., mais il n'y a aucun avantage à atteindre les doses énormes de 15, 20 grammes et plus, qui ont été données.

L'OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par le Dr CHABRUT.

Corps étrangers de la conjonctive.

La paupière une fois retournée, avec l'aide de la cocaïne (solution au 1/30 ou au 1/20), ou de l'holocaïne (solution au 1/100), si le blépharospasme ou l'enfoncement du globe l'exigent, on voit le plus souvent apparaître le corps étranger sur le bord supérieur du tarse renversé de la paupière ou au niveau du sillon tarsal, d'où il est facile de l'enlever à l'aide d'un tortillon d'ouate, d'un stylet mousse, ou bien d'une pince ou d'un aiguille à manche, s'il est enclavé dans les tissus (fig. 1). Les grains de poussière, de charbon, de



FIG. 3.

cendres, les éclats de pierre, mais surtout les éclats métalliques provenant des outils des tailleurs de pierre, des cantonniers, des mineurs, des remouleurs, etc., sont les corps étrangers les plus fréquents. Chez les maçons, la chaux arrivant dans l'œil à l'état de mortier, et non com-

plètement éteinte, se reconnaît à son aspect de masse grise, rugueuse, recouvrant une surface brûlée, escharotique, dont la couleur blanc grisâtre et l'aspect fongueux tranchent sur les parties rouges et tuméfiées du voisinage. La cicatrisation de cette plaie peut se faire par adhérence des deux conjonctives palpébrale et bulbaire (*symblépharon*) ou amener une rétraction secondaire qui diminue la profondeur du cul-de-sac conjonctival et pourra même causer dans la suite, si la plaie est étendue et voisine du bord libre, un *entropion*. Les mêmes complications peuvent se rencontrer après toutes les brûlures de la conjonctive quelle que soit leur origine, et acides par exemple.

La conjonctivite aiguë traumatique qui succède à l'introduction des corps étrangers dans les culs-de-sac disparaît le plus souvent avec le corps du délit, ou cède rapidement à l'emploi de l'eau bouillie chaude ou d'une solution de cyanure de mercure en lavage. Les soins à donner aux brûlures de la conjonctive doivent être inspirés de cette considération que leur guérison aseptique réduit au minimum les risques d'adhérences et de cicatrices vicieuses et par suite les troubles qui en résultent pour la mobilité du globe. Il faudra donc pour ces raisons s'en remettre le moins possible à l'initiative du malade et faire soi-même des irrigations fréquentes qui permettront la cicatrisation de la plaie sous un balayage incessant. Au moment de l'organisation du tissu cicatriciel, les massages, en contrariant la continuité des tissus palpébraux et bulbaires, s'opposeront efficacement aux adhérences. Ils devront encore être l'œuvre du médecin.

Une autre forme de conjonctivite assez fréquente dans les villes, où la coquetterie garde jalousement ses droits, chez les femmes surtout, mais aussi et malheureusement chez les hommes que leur profession oblige à sauver la face et qui ne doivent pas blanchir prématurément sans risquer la perte de leur situation, est due aux teintures employées pour les cheveux et la barbe, qui étendent souvent leur action irritante aux conjonctives par les doigts, les véhicules de la matière nocive. Il s'agit là d'une conjonctivite de forme banale, le plus souvent double, qui sera facilement dépistée à la trace de l'érythème simple ou de la dermite pustuleuse des paupières et de la face, du front surtout et du cuir chevelu.

Ainsi se trouve terminée l'étude des causes ordinaires des conjonctivites. Restent les états graves qui peuvent être groupés sous le nom de *conjonctivites infectieuses*, c'est-à-dire *blennorrhagique*, *granuleuse*, *diphtérique*. Entre ces deux classes, artificielles d'ailleurs, de conjonctivites banales et infectieuses il convient de placer certains états spéciaux que leur nature est insuffisante à classer, mais que la pratique classe cependant entre les deux à cause de leur gravité moyenne. Il s'agit des conjonctivites *folliculaire*, *phlycténulaire* ou *eczémateuse* et *printanière*.

Conjonctivite folliculaire.

La *conjonctivite folliculaire* tire son importance surtout de sa confusion possible et fréquente avec la forme granuleuse vraie. Elle se présente en effet, à l'examen objectif, sous un aspect très voisin et souvent même absolument semblable à celui du trachome à son début. La muqueuse des culs-de-sac, rouge, et qui a perdu son aspect lisse, est soulevée par de petites granulations de la grosseur d'un grain de semoule, semi-transparentes, isolées ou groupées. Comme le trachome, d'ailleurs, cette granulation est une hypertrophie circonscrite du tissu adénoïde de la muqueuse. Mais elle a une prédilection marquée pour le cul-de-sac inférieur, elle est ordinairement unilatérale, elle ne s'accompagne jamais des symptômes subjectifs du trachome, car c'est à peine si le malade en est gêné, mais surtout elle ne présente jamais les cicatrices blanchâtres qui zèbrent la conjonctive dans le trachome évolué. Elle n'en a jamais non plus les complications graves, lésions de la cornée, ulcères, pannus, entropion, etc. Elle n'a pas non plus pour origine un centre d'ophtalmie granuleuse connu. Mais si le diagnostic différentiel est facile à faire avec la granulation à sa période d'état, classique, avec tout son cortège de signes ou de lésions secondaires, encore une fois il est loin d'en être de même au début, et la confusion entre les deux granulations intactes est très facile. Dans ce cas l'unilatéralité de la lésion, la prédominance dans le cul-de-sac inférieur, le peu d'importance des signes subjectifs, l'absence de renseignements positifs sur le lieu d'origine et la contagion, sont les seules données en faveur de la granulation folliculaire simple.

C'est une affection sans gravité, mais tenace, qui évolue parfois pendant des années. Elle semble être le résultat anatomique d'une irritation chronique de la muqueuse. Bien qu'elle ne soit pas contagieuse au même titre que le trachome, c'est-à-dire, si l'on veut, dans le sens grave du mot, il arrive assez souvent cependant qu'elle évolue dans les écoles où elle se transmet d'un enfant à l'autre. Mais cette contagion a lieu en dehors de toute évolution trachomateuse avérée.

(*A suivre.*)

TUBERCULOSE

Généralités sur l'emploi des tuberculines,

Par le Dr René MARTIAL.

(*Première partie.*)

Il existe aujourd'hui beaucoup de tuberculines, on en fabrique un peu partout, chacune a son titrage particulier ; on ne saurait trop cependant prétendre absolument que, malgré que leur existence soit connue, leur emploi soit passé dans le domaine de la pratique. Un grand nombre de praticiens doutent de leur valeur curative et se privent ainsi d'un puissant et précieux moyen thérapeutique.

Nous allons essayer ici de résumer quelques notions simples au sujet de leur emploi.

I

Tuberculines.

Tuberculines. — Il serait difficile et oiseux de les énumérer toutes. Il y a les deux tuberculines de Koch, celles de Marmorek, Denys, Sahli, Beraneck, celle de nos Instituts Pasteur, celle de l'Institut catholique de Louvain et, d'autres encore. Elles sont fort nombreuses. Toutes dérivent en somme de la première, découverte par Koch, et connue aujourd'hui sous le nom de : tuberculine ancienne : AT, en allemand « Alttuberculin ».

L'AT de Koch est un liquide brunâtre, sirupeux, d'odeur pénétrante, filtré sur papier, et recueilli, obtenu en prenant une culture de bacilles tuberculeux en bouillon de glycérine à 4 %, vieille de 6 semaines et donnant un voile à la surface du milieu nutritif.

La nouvelle tuberculine de Koch T. R., est un liquide d'une culture virulente de bacilles tuberculeux, desséchée dans le vide, broyée dans un mortier jusqu'à ce qu'on obtienne une masse qui ne contienne plus qu'une petite quantité de bacilles colorables. Cette masse, émulsionnée dans de l'eau distillée et triturée, est centrifugénée, ce qui la dispose en deux couches : une inférieure et une supérieure. C'est la couche inférieure T. R. (ou résidu) qui est reprise, séchée, broyée, centrifugée. Les liquides résultant de ces diverses centrifugations constituent la T. R., on les utilise après addition de 20 % de glycérine.

La tuberculine de Beraneck est formée d'un mélange à parties égales de toxines — bouillon et d'extrait orthophonique, mélange qui, dilué au 1/20e, constitue la solution mère des différentes concentrations destinées aux usages thérapeutiques. La tuberculine de Beraneck est une de celles dont l'application se recommande le plus dans la pratique à cause de la commodité de son échelle de graduation.

Celle de Denys est un liquide absolument transparent obtenu en filtrant sur une bougie de porcelaine une culture bien développée du bacille de la tuberculose humaine. Le liquide qui est produit est employé tel quel ou dilué dans du bouillon stérilisé.

La tuberculine brute de nos Instituts Pasteur est un liquide transparent limpide d'aspect jaune brunâtre ; la « tuberculin-test » en est un dérivé titré.

II

Modes d'emploi.

Modes d'emploi. — La tuberculine sert à deux usages :

a) Le traitement de la tuberculose ;
b) Le diagnostic différentiel et topographique.

a) *La tuberculine comme moyen de traitement.*

Après l'échec retentissant des premières tentatives de Koch, la tuberculine avait été complètement abandonnée, en France du moins, dans la cure de la tuberculose. Mais on a appris à la doser et on peut aujourd'hui employer les diverses tuberculines en évitant tout accident grave et en écartant presque entièrement les effets nuisibles. En Angleterre et en Allemagne, son usage est courant. Toutes les localisations de la tuberculose relèvent du traitement par la tuberculine mais non pas tous les cas. Le traitement par la tuberculine est surtout employé dans la tuberculose pulmonaire et dans la tuberculose cutanée.

Ce traitement doit obéir à certaines *règles générales* que nous allons exposer aussi brièvement que possible.

L'action de la tuberculine ne peut s'expliquer que par une mithridatisation. Il y aurait stimulation de la production des anticorps (1) qui se combinent au poison tuberculeux.

Pour opérer cette mithridatisation il est absolument indispensable d'éviter toutes les réactions cliniques visibles. Il s'agit d'introduire dans l'organisme une quantité de tuberculine suffisante pour neutraliser les poisons nés dans les foyers malades, et favoriser dans les organes sains la production des anticorps. Dans la tuberculose à marche normale, la production d'anticorps est très faible à cause de la production continue de toxine.

(1) **Anticorps (définition) : S'il vient à pénétrer dans le milieu intérieur qui caractérise une espèce, des corps, figurés ou dissous portant la marque d'une espèce étrangère, l'être qui est l'objet de cette intrusion oppose, en général, à ces corps des anticorps spéciaux, doués d'une réactivité extrêmement délicate à l'égard des corps étrangers.** (L. HALLION. *Presse médicale*, nos 78 et 82, 1906.)

Traitement de

l'ARTHRITISME

et de la DYSPEPSIE

par l'Eau de

VALS SOURCE REINE

UN VERRE LE MATIN A JEUN

Un Verre une heure avant le Déjeuner

Un Verre une heure avant le Dîner

Le reste de la Bouteille consommé aux Repas

Toutes Pharmacies ou s'adresser à M. CHAMPETIER, à Vals-les-Bains (Ardèche)

NARCYL
GRÉMY

DÉFINITION — Le Narcyl estle chlorhydrate d'éthylnarcéine.

FORMULE — Il a pour formule $C^{25}\ H^{31}\ AzO^{8}\ HCl$.

DESCRIPTION — Il se présente sous la forme d'une poudre blanche cristallisée, soluble à 1 p.120 à froid, très soluble à chaud.

PRÉPARATION — Il a été introduit en thérapeutique par la maison Grémy. On l'obtient en éthylant la narcéine préparée par voie synthétique.

TOXICITÉ — Sa toxicité est de 0 gr. 12 centigr. par kilogr. d'animal, en injection intra-veineuse, c'est-à-dire nulle aux doses thérapeutiques (Pouchet et Chevalier).

PHYSIOLOGIE — Ses propriétés modératrices particulières sur le pneumogastrique et le splanchnique en font un antispasmodique de premier ordre surtout au point de vue pulmonaire comme sédatif de la toux.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES — Par suite de son action thérapeutique remarquable sur le pneumogastrique et le laryngé, le Narcyl est le médicament spécifique de la toux des laryngites bronchites et en particulier de la toux de la Tuberculose.

TOUX DE LA TUBERCULOSE — Contre la toux de la Tuberculose il est le médicament de choix parce qu'il s'adresse au symptôme toux exclusivement. Il la calme sans troubler aucune des fonctions digestives.

AVANTAGES DU NARCYL

Il n'a pas d'action sur les digestions gastrique et intestinale et par conséquent ne diminue pas l'appétit. Il ne constipe pas.
Il ne diminue pas la sécrétion urinaire.
Il n'entrave pas l'expectoration et consequemment ne favorise pas l'encombrement des bronches.
Il est dépourvu d'effets narcotiques et naturellement des actions secondaires qui en résultent.
Il ne détermine ni nausées, ni vomissements. Son usage ne contre-indique pas l'usage des autres préparations qui constituent la base habituelle de la thérapeutique des voies respiratoires.

FORMES PHARMACEUTIQUES

Sirop de Narcyl Grémy dosé à 0,03 centigr. de Narcyl par cuillerée à bouche.
Dose : 3 à 4 cuillerées à bouche par jour.
5 à 6 dans les cas rebelles.
Granules de Narcyl Grémy dosés à 0.02 centigr. de Narcyl par granule.
Dose : 5 à 6 granules par jour.
7 à 8 dans les cas rebelles.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

G. GRÉMY, 16, Rue de la Tour-d'Auvergne PARIS (IXe Arr.)

Ceci suppose un organisme encore en état de fabriquer des anticorps, c'est-à-dire un cas où l'envahissement tuberculeux n'est pas trop avancé ou un cas où la localisation est très limitée. La mithridatisation favorise le processus curatif qui se développe dans l'organisme sous l'influence du repos absolu, et de la cure de plein air, tels qu'on les applique dans les sanatoria. Ce qui explique l'emploi habituel de la tuberculine dans ces établissements sanitaires.

Lorsque le traitement par la tuberculine est bien conduit, on ne doit observer aucune réaction clinique ou des réactions extrêmement faibles. Pour fixer les idées, nous dirons que la température buccale normale étant admise être de 36°5, à 37°3, il y aura réaction si la température atteint 37°4 et *a fortiori* au-dessus. Le maximum admissible, et encore une fois de temps à autre seulement, sera de 37°8, surtout de 2 h. de l'après-midi à 6 et 8 h. du soir. Ceci est la réaction thermique, mais la réaction peut ne pas se manifester par de la température, et le praticien devra noter en outre les moindres malaises éprouvés par le malade, en se souvenant que la susdite réaction peut ne survenir qu'au bout de 48 heures. Donc, injection seulement tous les 3 jours. Les phénomènes suivants devront être considérés comme réactionnels, à moins d'évidente autre cause : pouls plus rapide, dyspnée après injection, malaise général, inappétence, diminution de poids, maux de tête, insomnie ; des symptômes objectifs ou fonctionnels qui se produisent au niveau des organes tuberculeux peuvent être dus à la tuberculine ; dans le doute sur l'origine, on les lui attribuera par prudence.

Toute indisposition, toute affection intercurrente exalte la sensibilité à la tuberculine et déterminera la suspension du traitement. A la reprise on se souviendra de reprendre avec des doses plus faibles que la dernière dose injectée et d'autant plus faibles que l'intervalle aura été plus prolongé. Parfois il faut reprendre le traitement depuis la dose la plus faible donnée au début.

Le traitement par la tuberculine est naturellement un traitement de longue durée exigeant de la continuité de la part du malade, une observation minutieuse et soutenue de la part du médecin.

Le dosage des diverses tuberculines destinées à la thérapeutique varie suivant les auteurs. La règle générale est de commencer par la plus faible dose de la plus faible concentration et d'augmenter lentement et progressivement les doses : Dès que des phénomènes réactionnels apparaissent, on diminue la dose ou on augmente l'intervalle entre les injections ; on monte ensuite avec la plus extrême prudence.

La dose thérapeutique optima sera la dose maxima qui, à un moment donné, sera tolérée sans entraîner d'effet nocif.

Le meilleur moment pour administrer la tuberculine est le matin, et elle s'administre par la voie hypodermique, en injections aseptiques, de préférence dans la région dorsale.

REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

Un moyen simple et facile de diagnostiquer la rage chez l'animal.

La rage est généralement transmise à l'homme par la morsure d'animaux ; elle l'est plus rarement par la souillure d'érosions muqueuses ou de plaies cutanées. Or, dans la série animale, cette maladie atteint surtout le *chien* ; c'est par lui qu'elle se perpétue et qu'elle se transmet au chat, au loup, aux bovidés, exceptionnellement au cheval.

Le chien donne la rage à l'homme dans 92,53 pour 100 des cas ; le chat dans une proportion de 6,06 pour 100 ; les bovidés et le cheval dans 1 pour 100 des cas seulement.

Quoique la morsure de l'homme par un chien enragé ne soit suivie de rage que dans 15 à 16 pour 100 des cas, dès qu'un animal de cette espèce a mordu, il faut se demander si celui-ci n'est pas atteint de rage.

C'est là un problème des plus importants, dont la solution peut offrir de sérieuses difficultés.

Parfois un chien absolument sain a mordu parce qu'il se croyait menacé ou parce qu'il croyait les biens de son maître menacés. Parfois encore l'homme a été l'objet d'une véritable agression de la part d'un animal atteint de rage furieuse, et alors la maladie est relativement facile à reconnaître. Néanmoins, il peut aussi avoir été mordu ou léché à une période à laquelle il était encore impossible de soupçonner l'affection ; c'est le cas pour la rage tranquille ou muette, au début de laquelle l'animal, simplement triste ou inquiet, montre une tendance à flairer ou à lécher tout ce qu'il trouve, devient même plus caressant.

Quoi qu'il en soit, un diagnostic ferme de rage ne peut être porté à simple vue ; aussi est-il nécessaire, lorsqu'un chien est soupçonné, de le séquestrer et de l'observer pendant un certain temps pour voir évoluer chez lui la maladie.

Le diagnostic est tout aussi délicat s'il doit être porté après la mort, et par le seul examen du cadavre d'un chien. Les lésions de la rage ne sont en effet nullement spécifiques ; disséminées dans tous les appareils, elles sont très limitées, superficielles, inconstantes mêmes, ou communes à d'autres affections. On doit donc toujours être très réservé dans ses appréciations. Si, par exemple, l'estomac renferme des corps étrangers chez un animal qui de son vivant a présenté quelques

symptômes suspects, on peut quasi affirmer la présence de la rage. Mais il faut savoir que l'estomac peut être complètement vide chez un animal notoirement rabique.

***

Il y a cependant un moyen *rigoureux* d'établir l'existence ou la non-existence de la rage chez un chien suspect. Décrit par Kelsch et Vaillard, il est basé sur les découvertes de Pasteur.

Ce moyen a le grand mérite d'être *simple, facile, à la portée de tous* et *praticable dans toutes les circonstances.*

Il consiste dans l'inoculation d'une parcelle des centres nerveux du chien soupçonné, soit dans l'arachnoïde, après trépanation, soit dans la chambre antérieure de l'œil d'un chien ou d'un lapin.

Si l'animal sacrifié était infecté, la rage apparaît chez le chien au bout de 13 ou de 17 jours après l'inoculation cérébrale, et de 15 ou 20 jours après l'injection oculaire. Il faut savoir que chez le lapin, fait caractéristique, la rage est paralytique d'emblée dans les mêmes délais.

Ces inoculations expérimentales doivent être faites avec la plus grande asepsie, sinon les animaux succombent prématurément à une affection autre que la rage.

L'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil se recommande par sa simplicité ; elle n'exige d'autre instrument qu'une seringue de Pravaz.

Certaines précautions sont de rigueur absolue dans le manuel opératoire. Le bulbe de l'animal suspect ayant été sectionné et enlevé avec des instruments préalablement flambés, un fragment en est prélevé avec pureté, puis trituré dans une petite quantité d'eau *bouillante* ; pour cette opération il est recommandé de se servir d'un verre et d'une baguette de verre, stérilisés soit par le chauffage, soit par une ébullition prolongée.

L'émulsion obtenue est ensuite filtrée sur un linge fin, soumis au préalable à l'ébullition. On en injecte alors 4 à 5 gouttes dans la chambre antérieure de l'œil, au moyen d'une seringue de Pravaz bouillie. L'inoculation est rendue plus facile par l'instillation sur la cornée de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne.

***

Dans les cas où cette inoculation expérimentale ne pourrait être réalisée sur place, le bulbe des animaux suspects de rage devrait être envoyé à l'Institut Pasteur dans la *glycérine neutre*, qui n'altère pas sensiblement la virulence de l'organe, du moins pendant un certain temps.

Dr Georges.

LES TROUVAILLES DU PRATICIEN

Appareil inamovible pour fractures,

Par le Dr Guillou (de la Tremblade).

Un jour d'été, en pleine saison balnéaire, dans le tramway de Royan à Saint-Georges, je voyais défiler sous mes yeux ravis le joli panorama que présentie la Grande Conche, couronnée par la jolie cité balnéaire, se mirant dans les flots qui ont fait sa réputation et sa fortune.

Je ne pensais à rien, ce qui est presque le bonheur, et dans tous les cas, je me croyais bien, au moins pour quelques heures, à l'abri des vicissitudes si variées et si pénibles de la profession ; quand tout à coup, des cris épouvantables se font entendre, et le train s'arrête presque aussitôt. Tout le monde se précipite hors des wagons, et je fais comme tout le monde.

Un jeune homme inanimé, couvert de poussière et de sang, gisait sous la locomotive. La mère, présente, jetait des cris désespérés. Tout le monde réclamait un médecin.

Après un examen sommaire du blessé, je rassurai la mère, car le cœur battait faiblement, mais régulièrement.

La victime de l'accident, vélocipédiste ardent et imprudent, avait voulu lutter de vitesse avec la locomotive, et était tombé avec sa machine devant les chasse-pierres, qui les avait poussés l'un et l'autre une cinquantaine de mètres, broyant la bécane, et mettant son possesseur en triste état.

Je fis porter le blessé à la maison la plus proche, pour lui donner les soins nécessaires.

Le corps, mis à nu, était couvert de blessures contuses, souillées de quantité de poussières et de graviers.

Le bras droit pendait lamentablement, brisé en plusieurs endroits.

L'oreille droite, entièrement décollée, tombée sur l'épaule, ne tenait plus que par un faible ligament. L'œil du même côté semblait exorbité, rempli de sable et de sang.

La joue droite, presque arrachée, énorme, descendait jusqu'à la clavicule.

Le reste du corps présentait des plaies innombrables, de toutes sortes et de toutes formes, toutes souillées par les matériaux de la voie.

Profitant de l'évanouissement du blessé, et sans tenir compte des cris et des prières de la mère qui voulait avant tout voir son fils reprendre connaissance, je m'occupai de la toilette complète de mon blessé, et ce ne fut pas une mince besogne.

Avec de l'eau bouillie alcoolisée, je nettoyai soigneusement toutes les plaies, m'aidant plutôt du tact que de la vue, car, au fond de toutes ces plaies sanglantes et souillées, mes doigts trouvaient une foule de graviers que la vue n'indiquait pas.

Je suturai ensuite l'oreille, la joue, etc., et je m'occupai du bras blessé.

J'avais eu le temps d'y réfléchir.

Avisant sur les murs de la chambre des car-

tons portant des inscriptions diverses, je m'en emparai. Puis avec de l'alun, de la gomme arabique, du coton hydrophile et quelques bandes roulées apporté par un vélocipédiste de la pharmacie la plus proche, j'imaginai un appareil de fortune, proche parent évidemment de plusieurs autres connus, mais qui m'a paru pratique et commode.

Le membre était réduit et maintenu en bonne position, recouvert d'une bonne couche de coton hydrophile, je le recouvris longitudinalement d'une double épaisseur de carton découpé en bandes de 7 à 8 centimètres de largeur, et de la longueur du membre.

Ces bandes avaient été préalablement ramollies en les trempant un instant dans une solution bouillante d'alun et de gomme arabique.

Les faisant tenir momentanément en place par un aide, je les saisis et les maintins par des bandes roulées. Moins d'une heure après, l'appareil était déjà suffisamment sec et solide.

Quelques jours après, le malade se promenait avec son appareil ; et six semaines plus tard, le blessé ne gardait de son aventure qu'un mauvais souvenir, et quelques traces légères de toutes ses blessures.

Les éléments de cet appareil ne sont pas chers, et se trouvent partout.

Du carton ordinaire, provenant des boîtes à chapeaux, calendriers, etc., 500 gr. d'alun, 250 gr. de gomme arabique, 2 litres d'eau, du coton hydrophile, et quelques bandes roulées.

Faire bouillir l'alun et la gomme arabique une demi-heure.

Pour un bras d'adulte, par exemple, une douzaine de bandes de carton de 7 à 8 centimètres, de la longueur du membre, ramollies un moment dans la solution bouillante ci-dessus, et appliquées longitudinalement en les imbriquant sur le membre recouvert d'une bonne couche de coton hydrophile.

Faire tenir, au fur et à mesure de leur application, par un aide.

Maintenir le tout par une première bande appliquée assez lâchement, et arrêter avec une épingle de sûreté. Appliquer une deuxième bande plus serrée, et arrêtée aussi séparément ; cette manière de faire permet, lors d'un gonflement ultérieur presque inévitable du membre, de desserrer l'appareil, sans le défaire entièrement.

Avoir soin que la ouate dépasse les extrémités de l'appareil. Profiter de ce que le carton est encore malléable, pour arrondir avec les doigts, les bords du carton, surtout du côté de la flexion du membre.

J'ai eu l'occasion d'employer cet appareil pour diverses fractures, et l'ai trouvé, surtout pour les membres supérieurs, préférable à tous les autres.

Il est léger, solide, d'une application facile, épouse toutes les formes, et se solidifie promptement.

Les clients en sont enchantés.

Saignée improvisée.

Monsieur le Rédacteur en chef.

Vous faites appel aux confrères connaissant quelques procédés pratiques, non classiques, dans certains cas d'urgence. Je relève à votre intention dans le *Journal des Praticiens* du 6 nov. sous la signature du Dr Chadzynski un procédé élégant simple et facile de saignée sans bistouri.

Je résume l'article qui est un peu long.

Prendre une aiguille de Pravaz, de préférence forte et à biseau court, appliquer la bande compressive comme pour la saignée ordinaire, pas de nettoyage de la région. Enfoncer légèrement l'aiguille, aseptisée par ébullition, obliquement de bas en haut et un peu de côté, au point classique, recueillir dans un verre placé près du pavillon de la seringue la quantité de sang voulue, desserrer la bande, retirer vivement l'aiguille. Pas de pansement.

Notre confrère donne d'excellentes raisons en faveur de ce procédé. Simplicité, pas d'accidents possibles, propreté, acceptation facile dans les milieux qu'effraye une saignée, et que n'effrayera pas une simple piqûre, enfin en cas d'urgence un praticien aura bien plus souvent sur lui une seringue de Pravaz qu'un bistouri ou une lancette.

J'ai lu également il y a quelques semaines, mais je n'ai pas conservé l'article et ne puis vous vous en indiquer l'origine, un procédé de cathétérisme d'urgence chez une femme au moyen d'une plume d'oie, plus solide qu'une paille ou qu'une pipe de terre, et aussi facile à trouver à la campagne.

Percer un œil à côté du gros bout de la plume dont l'extrémité conique sera conservée. Couper la plume à la longueur nécessaire. Vider l'intérieur avec une tige de fil de fer quelconque, stériliser par ébullition.

Bien à vous,

Dr Panis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le médecin de campagne et l'exercice de la spécialité,

Par le Dr Boudin (d'Oyonnax),
Ancien interne des hôpitaux de Lyon

Les accouchements.

Dans toutes les campagnes, il est un médecin qui, parmi tous les autres, acquiert, auprès du public, la réputation d'être très entendu dans l'art des accouchements. C'est lui de préférence que l'on fait venir dans les cas difficiles ; c'est lui que ses confrères appellent, lorsqu'il faut être deux pour terminer un accouchement dystocique.

Cependant, ce praticien s'est parfois trouvé

dans des cas qui l'ont fort embarrassé ; il lui a parfois manqué un instrument et il a dû intervenir avec des instruments de fortune et il est rentré chez lui ayant la secrète sensation que l'on aurait pu mieux faire en pareil cas. Il serait donc désirable de voir un confrère posséder, en plus d'une réputation réellement due au savoir, une instrumentation lui permettant d'aborder les cas les plus difficiles.

Ces instruments n'auront pas souvent à lui servir ; peu fréquent est l'emploi du cranioclaste ou du basiotribe. Il est pourtant très utile qu'un médecin, dans la région, puisse posséder ces instruments et qu'il sache s'en servir.

A la vérité, les accouchements sont rares, au cours desquels on rencontre de grandes difficultés. Dans l'immense majorité des cas, les parturientes préfèrent la sage-femme au médecin : celui-ci n'est appelé que si le travail ou la présentation sont anormaux.

C'est alors une simple application du forceps, une extraction par le siège, une version.

Néanmoins, certains forceps, quelques versions, sont très difficiles et je connais plus d'un confrère qui, embarrassé et anxieux, serait bien content d'avoir recours à un spécialiste voisin.

Que faire pour acquérir cette maîtrise ? Assister pendant une quinzaine de jours aux cours de vacances, avoir l'outillage nécessaire et savoir s'en servir ; la dépense occasionnée par tout cela sera vite récupérée, car l'accouchement est encore une des rares choses de notre profession qui soit assez bien rémunérée.

INSTRUMENTATION.

Forceps, Pajot brisé ou Tarnier....	42 ou 54 fr. »
Basiotribe Tarnier	84 »
Perforateur de Blot.....	13 »
Crânioclaste de Braun	23 »
Pince de Museux	6 »
Pince molaire de Bonnaire.....	10 »
Pince-mouchette de Bonnaire.....	25
Ciseaux de Dubois droits et courbes, à 7,50	15 »
Crochet de Braum.....	10 »
Ballon de Champetier.....	9 »
Colpeurinter de Braun.....	4 50
Pince pour colpeurinter.....	12 »
Pompe id.....	2 50
Curette de Bonnaire.....	9 50
Aiguille d'Emmet.....	4 50
Serre-fines de Boissard.....	1 50
Bougies d'Hégar, du n° 2 au n° 15, la série.	37 »
Valves, 2 à 8 fr.....	16 »
Insufflateur de Ribemont, avec poire.....	9 »
Ecouvillons de Budin.....	0 50
Drain métallique de Mouchotte.....	5
Spéculum	10 »
Sonde vésicale métallique.....	1 50
Sonde intra-utérine de Fochier.....	3 »
Sonde dilatatrice de Reverdin.....	22 »
Pince à pansements.....	4 »
Lacs à version, la paire.....	4 »
Total : Le tout fait un devis d'environ..	383 »

Réponse au Dr C. de Potainville.

Je suis de votre avis, mon cher confrère : oui, je suis jeune et plein d'illusions ! On m'a même appelé apôtre, mais le plus fort, c'est que je prends cette appellation au sérieux et vous me voyez allant parmi les confrères, prêchant une confraternité nouvelle et une félicité future.

Comme tout apôtre qui se respecte, j'ai l'âme sensible et je compatis aux misères de mes frères en médecine, qui végètent et endurent parfois la faim.

Ils sont malheureux et ce n'est pourtant pas leur faute. Ils suivent les saines traditions qu'on leur a enseignées : « Souviens-toi, jeune néophyte de cette maxime, qui doit être toujours ta ligne de conduite : *medicus medici lupus* : le confrère, voilà l'ennemi. »

Et sitôt prononcé le « *dignus es intrare* », les jeunes se précipitent à la curée ; à coups de dents, ils cherchent à attraper un des os que détiennent les anciens. Ceux-ci se défendent et c'est de bonne guerre. Résultat : les mutualités, les associations de toutes sortes, jusqu'à l'Etat profitent de la lutte pour faire passer leurs petits tarifs au rabais.

Vraiment, mon cher confrère, ne seriez-vous pas d'avis que l'expérience a bien assez duré ? Puisque, par le culte de l'*Invidia*, nous n'avons pas abouti à grand'chose, pourquoi ne chercherions-nous pas un autre moyen ? Puisque beaucoup crèvent de faim, tout en mangeant le foie de leur confrère, pourquoi n'essayeraient-ils pas le régime de l'*optima concordia* ? Crever de faim d'une manière ou d'une autre, qu'auraient-ils donc à perdre ?

Si j'étais prédicateur, je prendrais comme sujet de mon sermon : « *Ab uno disce omnes* » et je vous raconterais de suite la petite histoire suivante :

Lorsqu'en 1900, je me suis installé dans ce bon pays d'Oyonnax, j'ai eu la réception dite du chien dans un jeu de quilles. Il y eut déclaration de guerre et, ma foi, la lutte fut menée avec conscience, de part et d'autre. Quelle joie que d'enlever un client au voisin, même lorsque le malade ne payait pas ! Quelle aubaine que de pouvoir colporter une erreur de diagnostic de cet âne de X ! Avec quelle complaisance avide n'accueillait-on pas les racontars sur cette nullité de Z !

Ces mœurs bien douces et pleines d'aménité durèrent six années. A la fin, exploités de partout et par tous, geignant sur les tarifs de misère consentis pour enlever la clientèle aux autres, il nous arrivait parfois de désirer *in petto* la paix. Mais, bien entendu, personne ne voulait faire les premiers pas.

La mise en adjudication d'un service médical d'une commune fut un prétexte de réunion et la paix se fit d'elle-même, car il y avait trop d'intérêts communs qui souffraient de cet état de lutte.

Les sanctions prévues dans les statuts du syndicat furent au début les garants de notre bonne foi commune et maintenant, après trois ans de paix, les combattants sont devenus des amis qui regrettent d'avoir perdu six années à semer la

ruine autour d'eux. La paix sera durable, parce que nous avons obtenu des résultats depuis notre entente et parce que nous avons maintenant la preuve certaine d'avoir été les jouets par trop crédules de ceux qui avaient grand intérêt à notre division.

Je vous cite donc le nom de ce pays d'utopie où vous pourriez voir des médecins être des amis.

Morale : faites-en autant.

Vous pourrez alors augmenter vos honoraires annuels, relever les prix et même vous entendre pour faire de la spécialité.

Mais, sur ce dernier point, permettez-moi un mot d'explication. Il ne faudrait pas croire que le spécialiste de campagne doive être un pontife au petit pied. Non, il sera toujours l'égal de ses confrères, car délaissant la vaine gloriole, il s'arrêtera à cette conception plus pratique de son rôle, et qui est la suivante :

Avec votre manière de faire, et qui est celle que vous préconisez, que voyons-nous ? Le départ, l'exode de beaucoup de nos malades vers la grande ville pour aller aujourd'hui voir un spécialiste pour les maladies de l'oreille ; puis ils iront demain vers un spécialiste des maladies de l'estomac, de l'intestin, du rhumatisme ou de l'albuminurie. Pourquoi, grands dieux, laisser échapper cette clientèle et cet argent ? Pour que les malades ne vous soient pas enlevés par votre voisin ? Ah ! le bon billet ! c'est le médecin de grande ville qui va vous le souffler, votre client, avec la manie qu'a de plus en plus ce bon public de croire qu'à chaque maladie correspond un spécialiste déterminé.

Alors, pourquoi ne pas essayer de mon système et considérer les deux cas suivants :

1° Un confrère, négligeant la médecine générale ou la pratiquant peu, se spécialise en tout ; il va faire un placement d'argent dans ses instruments, et, après avoir acquis les notions suffisantes, il s'achètera l'outillage pour la pratique des spécialités qui ont chance d'être, pour lui, une source de profits, suivant la région qu'il habite.

Il examinera dès lors, avec le médecin traitant, le malade que celui-ci lui aura procuré ou l'opèrera avec le concours du confrère. Résultat : une consultation pour chacun d'eux ou une opération.

2e Cas. Parmi les praticiens, l'un exerce une spécialité, l'autre, une autre. Résultat : « Passe-moi la casse, je te passerai le séné ». Oh ! en tout bien et tout honneur.

Mais, me dites-vous, ferez-vous tirer au sort l'exercice de chaque spécialité ? Non pas ; mais pourquoi n'y aurait-il pas entente ? Je pourrai de plus ajouter que, dans une petite localité un médecin pourra exercer plusieurs spécialités à la fois, et, dans une grande agglomération, la même spécialité pourra se trouver exercée par plusieurs praticiens.

« J'admire votre candeur, me dit votre sourire sceptique, mais ne tentez pas votre voisin ». Eh bien, croyez-vous que, ce faisant, vous perdriez beaucoup de vos clients ?

Toute clientèle se compose de deux parties l'une fixe, fidèle et qui reste ; l'autre flottante variable et changeante, comme une jolie femme. Celle-ci, ne cherchez pas à la retenir : elle aime le nouveau, elle sera la clientèle de la première heure du débutant ; elle court le spécialiste de la ville ; elle croit au sorcier, au rebouteur.

En réalité, mon cher confrère, cette clientèle flottante est de beaucoup la plus nombreuse, et pour un client de perdu, il y en a un de retrouvé. A la fin de l'année, le chiffre d'affaires est sensiblement le même que celui des années précédentes.

Ce qui fait notre malheur à nous, médecins, c'est que nous avons l'épiderme trop chatouilleux ; de grâce, un peu plus de philosophie, de je-m'en-fichisme. Ayons l'oreille moins ouverte, moins avide du racontar sur le voisin. Apprenons à nous voir souvent, d'abord en conférences, puis en agapes fraternelles. Faisons comme les curés qui se réunissent chaque semaine pour deviser ensemble de leurs intérêts matériels et..... spirituels.

Puis même trouveriez-vous la chose impossible que je vous crierais quand même ma foi dans les jeunes générations : nous allons tenter leur éducation syndicale, nous leur prouverons la faillite de l'*invidia medicorum*.

Nous leur montrerons leurs anciens et nous leur dirons : la médecine ne nourrit plus son homme parce que la guerre fratricide ne peut que semer la ruine ou la médiocrité. Seules, la paix, l'union et la concorde vous donneront la prospérité. Vos luttes ont été stériles ; bien plus, à cause d'elles, on vous exploite et l'on vous refuse l'ancien prestige de la profession.

Unissez-vous donc, à l'abri des sanctions de vos syndicats. Oubliez les torts réciproques pour ne songer qu'à vous défendre contre ceux qui vous exploitent.

Oui, l'encombrement est réel ; mais parez-y, non par la lutte, mais par une meilleure compréhension des ressources que vous pouvez retirer de votre art.

Vos anciens vous montrent la faillite de la guerre ; n'attendez pas que l'Etat vienne vous mettre d'accord, en faisant de vous des fonctionnaires : syndiquez-vous, unissez-vous ! *Optima medicorum concordia* !

Dr Boudin.

Indemnités allouées aux médecins civils requis pour soigner les militaires

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler à nos confrères quelles sont les indemnités qu'ils sont susceptibles de recevoir quand on les requiert pour soigner des militaires.

I. Leurs services sont demandés pour un certain temps ;

II. Leurs services sont purement occasionnels.

I

Pour avoir droit à une indemnité quelconque, les médecins civils doivent avant tout être *requis*.

C'est le *général commandant le corps d'armée* qui les requiert, sur la proposition du directeur du service de santé du corps d'armée, en cas d'insuffisance de personnel militaire.

Il leur est alloué, suivant le cas, l'une des indemnités ci-après :

A) *Dans les hôpitaux militaires ou les hospices mixtes* :

a) 800 francs par an aux médecins requis dans le lieu de leur domicile ;

b) 1200 francs par an aux médecins requis hors le lieu de leur domicile. Ces derniers auront droit, en outre, à l'indemnité de route pour l'aller et le retour.

B) *Dans les corps de troupe* :

3 francs par homme et par an. La somme à payer ne doit jamais dépasser 100 francs par mois alors même que le décompte ferait ressortir une somme supérieure. Afin de mettre le montant de la rétribution en rapport avec la position sociale de celui qui exerce la profession de médecin, le minimum au-dessous auquel il n'y aura rien à payer est fixé à 15 francs, à moins d'une réclamation formelle du médecin requis pour les soins qu'il aura pu donner à des militaires.

La somme maximum de 100 francs par mois pouvant être atteinte, en raison de l'importance du service, pour une période inférieure à un mois, il y a lieu, dans ce cas, de payer la somme due au médecin requis, et dans la limite de 100 francs pour un laps de temps moindre de 30 jours pendant lequel il aurait exercé ces fonctions.

Dans le cas où le médecin civil aurait fait simultanément le service dans plusieurs corps ou détachements, les déclarations du service fait dans chaque corps sont récapitulées dans un décompte général établi *par le directeur du service de santé, qui toujours ordonnance la dépense*, c'est-à-dire signe le mandat qui doit être touché par le médecin civil requis.

C) *Dans les hôpitaux ou hospices mixtes et dans les corps de troupe* :

1200 francs par an aux médecins civils requis pour assurer simultanément, dans le lieu de leur domicile, le service dans les hôpitaux militaires ou les salles militaires des hospices mixtes et dans les corps de troupe.

Dans les cas exceptionnels où il serait nécessaire de déroger à ces diverses fixations, le général commandant le corps d'armée adresserait au ministère des propositions pour le taux de l'indemnité à allouer (1)

II

A. Quand *des détachements topographiques* sont de passage dans une localité, *les chefs de ces détachements* sont autorisés, le cas échéant, à *requérir directement* les médecins civils pour eux et leurs hommes ; les honoraires dus à ces médecins, ainsi que les médicaments nécessaires aux hommes de troupe, seront *payés par les chefs de détachements* puis remboursés à eux ultérieurement, par le service de santé. Les officiers doivent se procurer à leurs frais les médicaments qui leur sont prescrits.

B. Les directeurs des directions d'artillerie, les chefs des chefferies du génie sont également autorisés à requérir des médecins civils pour les gardiens de batterie titulaires et les portiers-consignes, à l'*exclusion de leur famille*, lorsque ceux-ci se trouvent dans des postes trop éloignés pour leur permettre d'avoir recours, comme les militaires résidant dans une ville de garnison, aux soins des médecins militaires. Toutefois, ces réquisitions n'auront lieu *que pour les premiers soins* ; dans les cas de maladie grave ou de longue durée, les intéressés devront être dirigés sur l'hôpital militaire ou l'hospice mixte le plus rapproché. Les honoraires dus aux médecins civils requis pour ces gardiens de batterie et ces portiers-consignes, ainsi que les frais de médicaments, seront *payés par les directeurs du service de santé* d'après les tarifs habituellement admis.

(1) Notice n° 2 du règlement sur le service de santé à l'intérieur.

CORRESPONDANCE

L'encombrement et les écoles de médecine militaire.

Toulouse, le 29 novembre 1909,

Monsieur le Rédacteur en Chef,
du *Concours médical*.

Il n'est pas un étudiant en médecine qui, au terme de ses études, ne soit inquiet en pensant à l'encombrement toujours croissant de la carrière médicale. Chacun s'est ingénié à reconnaître les causes et à porter remède à cet état de choses lamentable.

La presse médicale a entassé de nombreux articles ; des réunions corporatives, des syndicats ont été créés, et cependant cet état persiste ; nous devons nous en montrer émus. On a reconnu le mal et on n'a pas réagi.

Je sais bien que la réforme récente des études médicales en arrêtera plusieurs. La faculté ne sera ouverte qu'à un petit nombre de privilégiés qui ne reculeront pas devant les frais. Cela n'est pas un remède salutaire, et je crois (il est bien permis à chacun d'émettre son opinion) qu'il est une autre façon d'enrayer le mal. Voici :

Chaque année, un nombre de plus en plus considérable de jeunes gens entreprennent le P. C. N. Ont-ils tous l'intention de préparer la médecine civile ? Je puis affirmer qu'ici, dans la ville de Toulouse, les trois quarts des étudiants en médecine commencent leurs études avec le désir de se présenter aux écoles du service de santé, regardant comme un pis-aller les études civiles. Certains réussissent, mais le plus grand nombre restent dans nos facultés et encombrent nos rangs, sans l'avoir voulu.

On peut réagir contre cet état de choses et je crois être ici l'interprète de la plupart de mes camarades en vous soumettant ces solutions :

1° Suppression de l'Ecole de santé militaire de Lyon, et recrutement des médecins militaires parmi les civils.

2° Suppression de l'école, mais persistance du concours du Val-de-Grâce,ce qui, je l'avoue, en arrêterait un très grand nombre.

3° Ou comme pis-aller, concours direct avant le P. C. N.

Cette réforme s'impose ; si on ne peut arriver à la première éventualité qui est la meilleure, on peut du moins suivre la filière de ces propositions pour ménager, comme l'on dit, les transitions.

J'espère que vous voudrez bien être l'interprète de ces idées, car il importe d'arrêter le mal, dans l'intérêt professionnel des médecins.

Un membre de l'Association corporative des étudiants en médecine de Toulouse.

Un nouveau Syndicat médical.

Cher et honoré confrère,

Vous rappelez-vous, il y a de cela deux ans déjà, le sort qu'eut mon étude sur les « Syndicats médicaux » dont j'avais eu la téméraire idée de faire mon sujet de thèse.

Pas un professeur n'eut le courage d'apposer sa signature au bas de cet exposé impartial de la situation et du rôle de nos associations professionnelles ; il me semble même entendre encore certain grand accoucheur, philanthrope pourtant, me jeter à la face tout ce qu'avait de révoltant (pour lui) la pratique du « libre choix ». Devant les allures menaçantes de ceux qui tenaient alors en mains les fils de ma destinée, il fallut bien me résoudre et les aborder avec un sujet plus « médical » — j'allais dire banal.

Seraient-ils maintenant ce qu'ils furent en 1907 ; je voudrais bien croire que non.

Car ils ont eu et ils auront beau faire, ces messieurs n'empêcheront point la marche progressive et imposante de l'idée syndicale chez les médecins.

Le Dr Noir nous apprenait il y a huit jours qu'un seul département ne lui avait fait part de la formation d'aucun syndicat. Aujourd'hui, j'ai le plaisir de vous annoncer la naissance du Syndicat médical suburbain d'Angoulême comprenant une trentaine de médecins des environs d'Angoulême, réunis sous l'égide de statuts analogues à ceux du Syndicat de Versailles.

La Charente se réveille : Angoulême ville, ses environs, l'arrondissement de Cognac, celui de Barbézieux, forment un groupe compact de praticiens dont les énergies ne demandent qu'à fusionner. Nous marchons à grands pas vers une fédération départementale. C'est d'ailleurs là mon plus cher désir et le meilleur vœu que je puisse former pour le corps médical charentais tout entier.

Dr Viroulaud,
Secrétaire du Syndicat médical suburbain d'Angoulême.

Un blâme.

Le médecin de campagne, entre deux visites, rédige en hâte un article syndicaliste et n'a pas le temps de choisir ses expressions ; sa plume suit sa pensée : n'écrivant pas pour l'académie, il n'a cure du mot choisi Il sait, du reste, que les confrères qui liront sa prose sont esprits larges et bienveillants (tolérants) qu'un mot osé n'effarouche pas. Dans la bataille des idées, les opinions les plus diverses, les plus opposées, se heurtent, celles qui nous sont chères sont tour à tour flétries, combattues ou glorifiées. Vaincus, nous ne prenons pas la mouche et dans le banquet qui termine nos réunions, nous fraternisons gaiement avec nos adversaires. Notre effort commun, c'est l'effort pour le mieux être, l'effort des bonnes volontés suivant l'idéal particulier de chacun. Nous allons à la bataille tout de go, animés des meilleures intentions et si notre attitude est mal interprétée : Honni soit qui maly pense. J'ai lu, non sans étonnement, le réquisitoire miel et sucre du ministère public : « Tolérance, soyons tolérants. »

Vous n'avez pas la prétention, mon cher ami Noir, de transformer le *Concours* en maison de tolérance (sans jeu de mots). Lorsque vous passez en correctionnelle avec vos amis, et cela vous arrive quelquefois, que pensez-vous de la tolérance des confrères, des faux frères qui vous font condamner pour diffamation ?

La seule tolérance possible, ce n'est pas celle de l'écrivain qui soutient une thèse, c'est celle du lecteur.

Où irions-nous, si nous prenions vos conseils à la lettre.

Pontifes ? — Je vous en prie, n'en parlez pas, j'ai le plus grand respect pour mon maître.

Magnétiseurs ? — Eh ! Eh ! Mais j'en fais tous les jours de la suggestion.

Rebouteurs ? — Plus d'un confrère en compte parmi ses proches ancêtres.

Sages-femmes ? — Oh ! Monsieur ! la galanterie française.....

Pharmaciens ? — Qui n'en a point dans sa famille ?

Instituteurs ? Vous n'y pensez pas, les apôtres de la démocratie,.... !

Curés médecins ? — Ah ! de grâce ! Ne froissez pas mes opinions religieuses !

Compagnies d'assurances ? — Modérez vos expressions, et n'allez pas prétendre que les dividendes que j'encaisse comme actionnaire sont grossis de la sueur du médecin et des douleurs de l'assuré.

Politiciens ? — Vous allez faire de la peine à notre ami Petitjean.

Tolérance ! Tolérance ! Tolérance ! C'est très beau.

Pour être tolérant, pour ne froisser personne, soignez vos malades, faites de l'auto, buvez des bocks, mais n'écrivez pas.

Saint-Germain-du-Bois, 21 décembre 1909.

Dr P. Goyon.

P. S. — Pour ne pas vous compromettre, ne signez jamais.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Au Conseil de l'A. G.

Du dernier « Bulletin de l'Association générale des médecins de France » nous extrayons les passages suivants (30 novembre 1909, page 11) :

Assurances contre les risques professionnels.— M. le Secrétaire général donne lecture d'une lettre d'un membre de la Société du Tarn (Albi et Gaillac), qui demande un avis au sujet d'une police d'assurances qu'il a contractée avec une Compagnie le garantissant contre la responsabilité civile dont il peut être l'objet « à raison des accidents corporels involontairement causés aux malades, par suite d'erreurs résultant de son fait personnel, au cours de traitements et d'opérations chirurgicales ».

D'après un article de cette police, l'assuré doit transmettre à la Compagnie toute réclamation d'indemnité dans les deux jours, à partir de celui où il en a eu connaissance. Mais le même article spécifie qu'aucune déclaration ne sera plus recevable passé le délai de deux mois, à compter du jour de l'accident ».

Notre confrère assuré demande combien de temps, au point de vue légal « un médecin peut être exposé à un procès, à des dommages -intérêts, de la part d'un client qui prétend avoir été mal soigné, ou de la part de la famille d'un client décédé, qui accuse le médecin d'être responsable de la mort ».

Le Conseil décide de transmettre le dossier de cette affaire à Me Liouville, conseil judiciaire (Voir la suite page 19 et la réponse de Me Liouville, page 25).

Médecins contrôleurs. (Interdiction de soigner les familles des malades visités). — M. Créquy. — La « Société du Gaz de Paris », qui a remplacé l'ancienne « Compagnie du Gaz », ne donne plus à ses agents de soins médicaux ; ceux-ci reçoivent leur solde entière pendant la durée de la maladie et sont libres de faire appel au médecin de leur choix. Il en est résulté de nombreux abus et la nouvelle Société dépense annuellement de un million et demi à deux millions pour son service médical, alors que l'ancienne Compagnie ne dépensait que 500.000 francs en donnant à son personnel soins et médicaments, ce que ne fait pas la nouvelle Société. Pour remédier à ces abus, la Société du Gaz de Paris a créé un nombreux personnel médical uniquement chargé de vérifier si les agents sont réellement malades avec recommandation de ne leur donner aucun soin. Ceci se comprend, mais, en même temps, elle leur a intimé l'ordre de refuser également leurs soins à la femme et aux enfants de ses agents. J'estime, d'une part, qu'une administration qui pose de telles conditions porte atteinte à notre liberté individuelle, et d'autre part, qu'un médecin qui accepte un tel engagement manque de dignité professionnelle.

M. Henri Barbier s'associe aux critiques formulées par M. Créquy ; il demande ce que devient le libre choix du médecin et de quel droit une société industrielle défend à une famille de choisir tel ou tel médecin.

M. le Secrétaire général. — Ce n'est pas à la famille que l'administration défend de choisir son médecin, c'est à son médecin-contrôleur qu'elle défend de soigner la famille de ses employés. Le médecin peut parfaitement, sans manquer à la dignité professionnelle, accepter une telle clause de son engagement. Je pourrais citer une administration dans laquelle les médecins chargés du contrôle soignaient toutes les familles des employés. En tolérant cette manière de faire, la Société du Gaz ne porterait-elle pas préjudice aux autres médecins ?

M. le Président partage l'opinion de M. le Secrétaire général ; il estime que l'idée de contrôle implique, pour le médecin-contrôleur, l'obligation de ne pas se substituer, dans les familles, au médecin traitant habituel.

A la question posée au sujet de la police d'assurance en responsabilité civile, le même *Bulletin* répond à la page 25 par la consultation suivante signée de Me Liouville, avocat-conseil de l' A. G.

M. le Dr X... (du Tarn) fait connaître qu'il vient de contracter une assurance sur risques professionnels et demande, au point de vue légal, combien de temps un médecin, accusé d'avoir commis un homicide par imprudence ou des blessures involontaires à la suite d'une faute professionnelle, pourrait être l'objet d'une demande de dommages-intérêts.

L'action en réparation du préjudice causé par un délit est soumise à la même prescription que le délit lui-même, c'est-à-dire, dans le cas envisagé, que l'action en dommages-intérêts ne s'éteindrait qu'au bout de trois ans à partir du jour où la faute professionnelle, constitutive du délit d'homicide par imprudence ou de blessures involontaires, a été commise.

On peut même, en théorie, entrevoir que la prescription soit plus longue et ne soit acquise que par trente ans. Cette éventualité se produirait dans le cas où le médecin serait accusé, non pas d'une faute lourde, d'une négligence, d'une maladresse, d'un manquement grave aux règles de l'art, mais d'une erreur légère constitutive non plus d'un des délits susindiqués, mais d'un quasi-délit.

Ces renseignements suffiront sans doute au Dr X..., pour prendre parti sur la question toute personnelle qu'il a cru devoir soumettre au Conseil général de l'Association.

J'ajoute, à un point de vue plus général, que les polices d'assurance de responsabilité civile, qui limitent à deux mois, comme celle du Dr X..., le délai pendant lequel les assurés peuvent exercer leur recours contre l'assureur et qui font partir ce délai, non pas du jour où une réclamation leur est adressée, ce qui serait la seule limitation possible, mais du jour de « l'accident » *ne doivent constituer pour les médecins qu'une garantie absolument illusoire.* Dans la plupart des cas, c'est en effet au bout d'un délai beaucoup plus long que le médecin apprendra que sa responsabilité est mise en jeu par un malade atteint d'infirmité ou par les héritiers d'un malade décédé à la suite de ses soins.

Il serait de l'intérêt du corps médical de ne pas accepter des polices contenant une pareille clause. Avant de signer celles qui leur sont présentées, les médecins et chirurgiens feraient bien d'obtenir de la Compagnie qu'elle raye et annule la clause en question.

M. le Secrétaire Général de l'A. G. a dégagé dans les termes suivants la leçon à tirer de cette consultation (page 19 du *Bulletin*).

Il résulte de l'examen de cette affaire que les médecins, qui désireraient contracter une assurance pour se couvrir de leur responsabilité civile, feront bien de faire examiner avec grand soin par des hommes compétents les projets de police qui leur seront soumis ; il devront exiger la suppression d'un certain nombre d'articles, comme celui qui précise que la déclaration n'est plus recevable deux mois après l'acte médical ou chirurgical qui engage la responsabilité du médecin.

En réalité, tous les actes médicaux *qui ont eu*

eu pendant la période où la police d'assurance est en vigueur doivent être couverts par cette police.

Il est peut-être utile à ce sujet de rappeler aux membres de l'Association les services rendus par « le Sou Médical » et par la nouvelle combinaison de garantie professionnelle offerte aux adhérents du « Sou médical » par « l'Ancre Médicale », dont le siège est à Lyon.

Sur l'autre question (médecins contrôleurs) n'y a-t-il pas lieu de saisir sur le vif l'état d'âme de MM. Créquy et Barbier envisageant le libre choix tout comme la grande administration (Compagnie des chemins de fer de l'Est) dont M. Créquy dirige le service médical ? Et ne faut-il pas s'étonner que MM. Lepage et Lereboullet soient encore obligés de faire à leurs collègues du Conseil de l' A. G. d'excellentes leçons de catéchisme du genre de celle qu'ils improvisèrent en si bons termes à la séance de juillet 1909 ?

JURISPRUDENCE

Poursuites pour déclaration tardive d'une maladie transmissible. Condamnation. Appel. Acquittement.

Monsieur le Rédacteur en Chef,

J'ai l'honneur de vous adresser, pour le *Concours médical*, copie de l'arrêt de la cour d'appel de Nancy réformant le jugement du 19 mai 1909 par lequel le Tribunal de Mirecourt avait condamné le docteur Forquin à 50 francs d'amende avec sursis pour déclaration tardive de maladie contagieuse.

L'importance du deuxième « attendu » ne vous échappera pas. La Cour y répond aux conclusions d'ordre général, que, sur la demande du Syndicat, les éminents défenseurs, Me de Sobirats, avoué à la Cour, et Me Perrout, d'Epinal, notre avocat-conseil, avaient présentées sous la forme suivante :

« Attendu que si la loi du 15 février 1902 énon-
« ce, dans son article 5, que la déclaration doit
« être faite quand la maladie est constatée, c'est-
« à-dire quand le diagnostic est établi, encore
« faut-il que le diagnostic le soit définitivement ;
« Attendu que le médecin traitant a, seul, qualité
« pour établir ce diagnostic et qu'il doit être cru
« quant à l'époque où il affirme l'avoir établi ;
« que si son affirmation peut être contrôlée, ce
« ne peut être, en tous cas, qu'avec une ex-
« trême prudence et une égale réserve ».

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef, l'assurance de mes sentiments les meilleurs et les plus dévoués.

Dr Legras,
Président de l'Association syndicale des médecins des Vosges.

COUR D'APPEL DE NANCY

Chambre correctionnelle

11 *novembre* 1909.

Attendu que le Dr Forquin, qui soignait depuis le 7 avril 1909 la demoiselle X. pour une forte grippe, voyant l'état de la malade empirer et après avoir envisagé avec son confrère, le docteur Henry, de Saux, ami de la famille X., appelé en consultation, diverses hypothèses de maladies consécutives, sans s'arrêter à aucune, affirme n'avoir formé, de manière ferme, son diagnostic, que le 25 ou le 26 avril, jour où il reconnut l'existence d'une fièvre typhoïde à forme anormale ; — que le 27 avril, au matin, la déclaration de maladie contagieuse, faite conformément à la loi du 30 novembre 1892, parvenait à la Sous-préfecture ;

Attendu que l'affirmation du médecin traitant doit être tenue pour vraie, à moins que la prévention ne fasse, nettement, la preuve contraire ;

Attendu qu'un arrêt de cette chambre, en date du 29 juillet 1909, a prescrit une enquête à l'audience, afin de rechercher si M. Forquin n'avait pas, antérieurement au 25 et même au 20 avril, déclaré sa maladie atteinte de la fièvre typhoïde, et ne lui avait pas fait suivre, dès le début, le traitement en usage contre cette maladie ;

Attendu que les nombreux témoins entendus sont unanimes à déclarer qu'à aucun moment, avant le 26 avril, il n'a dit, laissé entendre, ou manifesté, d'une manière quelconque et à qui que ce soit, qu'il savait ou supposait que la demoiselle X. fût atteinte de fièvre typhoïde ;

Que dans ces conditions, la prévention n'est pas, suffisamment établie ;

Par ces motifs :

La cour réforme le jugement dont est appel et renvoie le prévenu des fins de la poursuite.

REPORTAGE MÉDICAL

Le livre d'or des stations thermales et climatériques de France. — L'Union des Etablissements thermaux de France, qui contient déjà les 54 villes d'eaux les plus importantes de France et que préside avec la compétence que nous lui connaissons en matière hydrominérale, notre excellent confrère, M. le Dr Angelby, s'est associée avec le Syndicat des Médecins balnéaires, pour publier, à l'occasion de l'Exposition de Bruxelles, une œuvre unique en son genre et dont la portée dépassera singulièrement tout ce qui a été fait jusqu'alors dans ce sens.

Sous le nom général de : « La France thermale et climatique », elle va éditer le véritable Livre d'Or de nos Stations de cure, qui contiendra une série de monographies en trois langues : français, anglais et espagnol, sur *toutes* les villes d'eaux et sur *tous* les centres climatiques de France. Chaque notice, rédigée d'après un programme uniforme et par des compétences indiscutables et insoupçonnables, donnera les renseignements les plus précis et les plus exacts sur les conditions de vie et de séjour, sur les eaux et sur leurs indications thérapeutiques, sur les installations thermales et sur toutes les autres organisations saisonnières,

avec accompagnement de vues et de plans qui compléteront heureusement la documentation.

Luxueusement édité, avec les derniers perfectionnements de l'impression et de la reliure, il représentera assez bien le grand Larousse illustré, d'épaisseur moindre, mais d'allures plus riches, et de matières plus cossues. Il sera tiré à 40.000 exemplaires, et distribué d'abord à tous les principaux médecins de France et surtout de l'étranger ; en outre, il sera placé dans les bibliothèques et dans les salons d'attente des Sociétés savantes, des grands Hôtels cosmopolites, des Agences de voyages, des Compagnies de transport et des Syndicats de tourisme, où ils pourront être fructueusement consultés par tous ceux qui, à un titre quelconque, sont susceptibles de nous fournir ou de devenir eux-mêmes les clients éventuels de nos Stations.

Avec de telles utilisations, le Livre d'Or portera dans le monde entier la bonne parole, une parole qui fera autorité pendant dix ans et plus, en faveur de notre France thermale et climatique. Quand on assiste à l'effort prodigieux donné par l'Allemagne pour le développement et la prospérité de ses Stations, il eût été dommage que nous soyons demeurés dans une inertie et dans un silence qui seraient là plus qu'un crime, une faute, et les pouvoirs publics l'ont si bien compris ainsi qu'ils n'ont pas hésité à patronner et à subventionner cette entreprise éminemment patriotique.

Il est à souhaiter que cet exemple soit suivi et que toutes les administrations thermales et climatiques, intéressées au succès de cette manifestation grandiose, lui apportent leur concours actif et dévoué. En ce qui nous concerne, nous ne pouvons que l'encourager de toutes nos forces, et nous faisons un pressant appel à nos camarades hydrologues pour qu'ils interviennent dans la mesure de leurs moyens auprès des administrations avec lesquelles ils sont en rapport pour entraîner leur conviction et obtenir à bref délai leur adhésion.

Pour tous renseignements, écrire à l'Union des Etablissements thermaux, 69, rue de la Victoire, Paris.

Syndicat médical de Nice et des arrondissements de Nice et de Puget-Théniers. — *Ordre du jour voté à l'unanimité le* 13 *novembre* 1909. Le Syndicat médical de Nice et des arrondissements de Nice et de Puget-Théniers, en se basant sur le droit légal qu'a tout médecin français de prétendre aux emplois rétribués par l'Etat, le département et les communes.

Exprime le vœu : que toute vacance dans un de ces emplois,

Que toute nouvelle création soient immédiatement portées, *par le soin des autorités compétentes*, à la connaissance du bureau du Syndicat, qui devra aussitôt aviser de ce fait tous les syndiqués ;

Demande en même temps qu'un laps de temps suffisant soit donné aux candidats pour faire valoir leur droits.

Et décide que le vœu sera envoyé :

A l'Union des syndicats Médicaux, afin que la plus large publicité lui soit donnée,

A Monsieur le président du Conseil des Ministres, ministre de l'Intérieur,

A Monsieur le Préfet,

A Monsieur le maire,

Et à toutes les autorités es mieux placées pour faire aboutir cet ordre du jour.

Pour le Syndicat,

Le président : Dr Chini.

N. B. — Le Syndicat comprend 170 médecins.

L'élevage de l'œil du liseur.— Avant et pendant la lecture. par le docteur L.Roland. (1 volume grand in 8°,150 p..24 fig. dans le texte,2 planches. Toulouse, dans les Bureaux du *Bulletin d'Oculistique*. Paris, chez Maloine, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine. Franco contre l envoi d'un mandat-carte de 2 fr. 50.)

Dans la première partie : « Avant la lecture », l'auteur fixe la normalité de l'œil, les conditions anatomiques, les dispositions physiques génératrices de l'acuité visuelle supérieure qu'il possède quand l'hérédité l'a épargné.

Dans la deuxième partie : « Pendant la lecture » des faits, des autopsies, des chiffres, des documents nombreux et d'une valeur incontestable, montrent :

Que l'acuité visuelle supérieure de l'œil né hypermétrope se transforme en une acuité visuelle conventionnelle, dès que sa *macula* qui vaut à l'œil humain sa perfection et est seule utilisée pendant la lecture et dans tout travail nécessitant une vision précise », pénètre dans la forme emmétropique,

Et que l'acuité visuelle conventionnelle disparaît elle-même quand la *distension de la sclérotique*, provoquée et entretenue par la persistance de *l'excès de rapprochement des yeux du livre et du cahier*, refoule la rétine dans la forme ovoïde du myope axile.

Chacune de ces parties est suivie de l'indication des procédés réputés les meilleurs pour maintenir l'œil à son état normal avant et pendant la lecture.

Quand les praticiens, à la demande des parents, des communes, de l'Etat — des éleveurs et des entraîneurs de l'œil du liseur — appliqueront ces procédés dans les familles, dans les écoles, dans les lycées, « on ne verra plus cette fabrication de myopes et de bossus par scoliose, qui découle de la manière défectueuse dont les écoliers sont assis pendant de longues heures et des attitudes vicieuses que prend leur corps débile. » (Dr P. Le Gendre, médecin des Hôpitaux de Paris).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Darné, de Finhan (Tarn-et-Garonne) ; Martin, de Paris, membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 2 Dimanche 9 JANVIER 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

Avis.
M. le docteur Boudin à l'œuvre..... 23
Propos du jour.
L'action syndicale et la médecine sociale. Rapide historique de la campagne menée pour le libre choix du médecin dans les accidents du travail. — Les syndicats médicaux et le Syndicat de médecine sociale — Réponse du Dr Jeanne..... 23
Pédiatrie.
Traitement de la coqueluche en particulier, par les médications récentes..... 28
La semaine médicale.
La paralysie spinale infantile aiguë. Son origine infectieuse. – Prédisposition à la tuberculose des descendants de tuberculeux. — Influence du raccourcissement du squelette sur la contractilité et la nutrition des muscles qui s'y insèrent..... 32
Revue des Sociétés savantes.
Fièvre typhoïde. — Faux cancer — Déminéralisation organique chez les tuberculeux. — Septicémie méningococcique sans méningite..... 33
Formulaire raisonné
Les iodures de potassium et de sodium. Leurs inconvénients. Leurs correctifs..... 35
Thérapeutique.
Notes et impressions thérapeutiques. — Les dyspepsies pancréatiques et intestinales..... 35
Intérêts professionnels.
Le médecin de campagne et l'exercice de la spécialité. — Voies urinaires. — Les propharmaciens. — A propos de l'exercice illégal de la médecine : l'infirmier et le médecin..... 36
Bulletin des Sociétés d'intérêt professionnel.
Le « Sou médical »..... 44
Reportage médical.....

AVIS

Monsieur le Docteur BOUDIN à l'œuvre.

Le Conseil de Direction informe nos lecteurs que M. le Dr Boudin a quitté Oyonnax et a pris le 1er janvier au Bureau du journal, sa double fonction de « Secrétaire général du Concours *» et de « Secrétaire général adjoint du » Sou médical ». Notre camarade est particulièrement chargé en outre de diriger le service de la propagande, l'installation des «* Comités départementaux du Concours médical *», les rapports avec ces comités : il recevra avec un vif plaisir toutes indications que nos lecteurs voudront bien lui adresser à ce sujet. Il apporte, d'ailleurs, dans notre organisation déjà ancienne, une note jeune et un appoint considérable d'altruisme endiablé dont nous prions les membres du Concours d'user pour leur grand profit.*

LE CONSEIL DE DIRECTION

PROPOS DU JOUR

L'action syndicale et la médecine sociale

Rapide historique de la campagne menée pour le libre choix du médecin dans les accidents du travail.

Qu'on le veuille ou non, il faut s'incliner devant l'existence des faits et la médecine sociale est un *fait*. Le praticien actuel ne peut se dérober aux obligations qui, de ce fait, lui incombent. Les progrès de la science, l'évolution de la Société moderne, le développement de l'instruction, qui a donné aux masses populaires jadis indifférentes la conscience de leur force et de leurs droits ont créé cette médecine sociale. Ces causes ont fait que le médecin ne doit plus se contenter de considérer le malade comme un être isolé qu'il console, soulage et quelquefois guérit, mais

comme le membre d'une organisation complexe, qui pâtit elle-même du mal dont souffre chacune de ses parties.

Est-ce un bien, est-ce un mal pour la profession médicale ?

Nous sommes des gens d'action et nous ne perdrons pas notre temps à le rechercher. Le *Concours médical* n'est pas le lieu des vaines dissertations et des récriminations inutiles.

En 1904, un professeur agrégé de la Faculté de Paris, M. le Dr Rénon, terminait à l'Ecole de médecine un cours officiel sur les maladies populaires en exaltant le rôle social du médecin. Son devoir, disait-il, est de dire aux uns : patience ; aux autres, justice et bonté.

« La médecine sociale, Messieurs, ajoutait-il en s'adressant aux futurs praticiens, ses élèves, est la science de l'Avenir ; vous en serez les pontifes écoutés, respectés et aimés, si vous comprenez la grandeur et l'étendue des nouveaux horizons ouverts devant vous ».

Nous n'avons nulle envie de paraphraser cette éloquente péroraison de M. le Dr Rénon, mais si nous l'avons citée, c'est pour répondre à ceux qui nous demandent, non sans une certaine ironie, ce que c'est que la médecine sociale, comme si, pour les bescins d'une affaire ténébreuse, nous l'avions inventée ; c'est pour répondre aux gens à courte vue, aux gens à l'estomac rempli, dont la crainte continuelle est que le moindre changement de leurs habitudes rende leur digestion plus laborieuse, c'est pour répondre une bonne fois à ces gens qui nous répètent sans cesse : « Pourquoi, diable ! allez-vous lancer les Syndicats médicaux sur les pentes rapides de la médecine sociale, ils auront de la peine à les monter, en gagneront-ils jamais le faîte. Laissez-les croupir dans les marécageux bas-fonds où nous sommes enlizés ».

A ces gens, nous répondrons par des faits et par l'enseignement du passé. Nous n'aborderons pas l'histoire de tous les chapitres de la médecine sociale ; ce serait trop long et, sans avoir besoin de tout entreprendre, nous prouverons sans peine que la grande faute de nos syndicats médicaux est de s'être trop timidement et trop tardivement préoccupés du rôle social que bon gré mal gré le praticien sera obligé de remplir non pas dans la Société de demain, mais dans la Société d'aujourd'hui.

***

L'exemple que nous allons prendre est celui du rôle des Syndicats médicaux dans la question des accidents du travail. Quand nous disons le rôle des Syndicats médicaux, nous devrions dire en toute équité le rôle de Diverneresse au nom des Syndicats médicaux, car nous ne fûmes que de faibles comparses dans la lutte qu'il a dû tenir. Notre rôle a consisté plus à le protéger par derrière contre les trahisons venant de nos propres rangs, et à recueillir en partie les coups qui lui étaient destinés, qu'à combattre avec lui sur le front de bataille.

Un de nos lecteurs nous écrivait tout récemment une lettre dont l'indignation démontrait largement la bonne foi sans doute. Il y parlait sans ménagements, peut-être avec raison, des méfaits de quelques prétendus « médecins sociaux », et il concluait en disant. « Voilà où nous conduit l'abominable campagne de Diverneresse ». Certes, les compagnies d'assurances, les exploiteurs des praticiens ou les quelques médecins qu'ils salarient largement (connaissant la générosité financière, nous sommes sûrs qu'ils ne sont pas nombreux) peuvent avec raison trouver pour eux abominable la campagne de Diverneresse, mais non pas les vrais médecins praticiens. Beaucoup l'ignorent cette « abominable campagne ». En voici un court historique.

La loi de 1898 fut votée à la hâte sans discussion suffisante à la veille des élections législatives. Nos politiciens avaient fait des promesses, il fallait coûte que coûte les réaliser, avant que l'électeur pût leur reprocher d'avoir failli à leur mandat. Cela explique les imperfections de la loi. Le libre choix du médecin par le blessé était proclamé, mais de telle façon que ce dernier ne pouvait user de son droit, et que le médecin librement choisi était absolument certain de n'être jamais payé.

A la fin de 1900, la multiplicité des abus fut telle que la prompte revision de la loi devint indispensable. M. Dubuisson, vice-président de l'Union des Syndicats médicaux et député, donna l'alarme au Conseil de l'Union, qui chargea une commission dont nous fîmes partie avec Diverneresse de faire toutes démarches nécessaires au triomphe des desiderata du Corps médical.

Diverneresse, qui n'avait et n'eut jamais aucun intérêt personnel en cette affaire, car St-Mandé, où il exerçait et où il exerce encore, n'est pas un centre ouvrier, se voua entièrement à la tâche qu'on lui avait confiée. C'est alors qu'il rédigea sa brochure : *Les lacunes de la loi sur les accidents du travail*, mémoire qui fut la première attaque dirigée contre les intérêts des assureurs. Des modifications furent votées à la Chambre, mais ne donnèrent qu'une médiocre satisfaction aux médecins. Le projet de loi leur assurait comme indemnité le tarif de l'Assistance médicale gratuite et l'on sait ce qu'est encore ce tarif dans nombre de départements. Diverneresse ne perdit pas courage, il songea à agir avec plus de méthode et d'énergie devant le Sénat.

Connaissant le manque d'influence au Parlement du corps médical organisé, il chercha un appui dans les milieux ouvriers et au cours de l'année 1902, il faisait des conférences dans les Universités populaires et préparait le terrain dans les groupements ouvriers. Une commission, comprenant MM. Diverneresse, Louis Gourichon et Noir, fut chargée d'aller s'entendre à la Bourse du Travail avec le Conseil judiciaire de l'Union des Syndicats ouvriers pour concerter une action parallèle, ouvrière et médicale. De là, naquit le bruit faux,si souvent exploité, que les Syndicats médicaux voulaient aller s'installer dans les Bourses du travail.

Les Compagnies d'assurances menacées lancèrent alors contre nous et surtout contre Diverneresse la meute déchaînée de ses médecins salariés. Plusieurs collègues du Conseil de l'Union démissionnèrent en protestation de leur impuissance à arrêter une campagne préjudiciable à leurs propres intérêts. Une tentative fut faite pour nous chasser du Conseil du Syndicat des médecins de la Seine ; mais Diverneresse, admirablement documenté et ayant déjà en main des preuves redoutables, n'eut pas de peine, en Assemblée générale,à confondre ses adversaires qui subirent une lamentable et ridicule défaite (30 novembre 1902).

Nous ne ferons que signaler les démarches faites auprès de M. Chaumier, sénateur, premier rapporteur de la loi, et auprès de M. Millerand, alors ministre du Commerce, qui nous reçut avec une certaine froideur, bien que nous fussions accompagnés de délégués des Syndicats ouvriers. Le Sénat allait aborder la discussion de la loi ; M. le Dr Petitjean, sénateur de la Nièvre, membre du Conseil de l'Union (qui depuis..... ! !), nous remit lui-même le rapport de M. Chovet, rapporteur de la Commission, rapport dont Diverneresse fit une critique minutieuse,comparant la loi belge à la loi française. Muni d'un album de ses documents photographiés, documents capables d'imposer au plus prévenu le dégoût des actes de certains assureurs, il se rendit avec nous à la commission du Sénat qui fut vivement impressionnée et grâce à MM. les Sénateurs Pédebidou et Piettre, nos dévoués collègues du Conseil de l'Union, grâce à M. Strauss, influencé par les ouvriers, grâce encore à M. le Sénateur Gourju, converti à notre cause par le Syndicat des médecins du Rhône, la plupart de nos revendications triomphèrent. On juge de la haine que vouèrent à Diverneresse les Compagnies d'assurances, quand en 1905, le libre choix du médecin, garanti par des sanctions pénales dans la loi, avec un tarif sinon parfait, du moins préférable au tarif de l'Assistance, put enfin être appliqué.

Elles cherchèrent dès lors à détruire l'œuvre de Diverneresse et pour cela ne reculèrent devant rien. Des procès systématiques furent intentés aux médecins lors des règlements des notes d'honoraires. Le *Sou médical* tint tête, améliora une jurisprudence en voie de formation, et finit par démontrer que le praticien n'était pas toujours le mouton bêlant, qui se laisse docilement tondre. Elles cherchèrent à dégoûter l'ouvrier blessé du libre choix. Diverneresse fut partout démontrer les avantages de la liberté de confiance, il continua auprès des ouvriers son utile propagande. Elles renouvelèrent leurs assauts contre nous, au sein même de nos Syndicats, provoquèrent encore des troubles dans les Assemblées générales du Syndicat des médecins de la Seine, tentèrent d'atteindre Diverneresse en donnant l'ordre *par lettre* aux médecins qu'elles employaient de voter à l'Assemblée générale contre lui pour une liste dressée à leur inspiration. Des luttes violentes eurent lieu au sein de notre Syndicat parisien, qui se terminèrent par une scission. Diverneresse en sortit victorieux, et notre groupement plus puissant, allégé d'un poids mort difficile à remorquer doubla, à la suite, le nombre de ses adérents. Mais de nouvelles défections en furent la conséquence au Conseil même de l'Union des Syndicats.

Ce nouvel échec ne découragea pas les Assureurs. Ils imaginèrent alors la triste campagne des médecins marrons. Ils généralisèrent quelques rares abus, se servirent avec la complicité de médecins, dont certains haut placés, d'agents provocateurs, amenèrent ainsi des perquisitions sans résultats chez de nombreux confrères, payèrent la presse un tel prix qu'il nous fut impossible de trouver assez d'argent pour répondre aux articles qui nous diffamaient.

Diverneresse tint encore tête à toutes ces attaques. Il démontra, avec documents à l'appui, comment certains experts, évidemment gagnés à la cause des assureurs, pratiquaient les expertises ; il publia les textes de circulaires et d'ordres que certaines compagnies d'assurances ou industrielles donnaient à leurs médecins et à leurs ingénieurs pour empêcher le libre choix du médecin. Il publia quelques-uns de ces documents les plus suggestifs dans le seul journal qui voulût les accepter, dans l'*Humanité*. Tous les autres journaux étaient sous l'influence des assureurs, et un grand quotidien ne nous demandait pas moins de 35.000 francs puor nous ouvrir de temps à autre ses colonnes.

Les assureurs ne désarmèrent pas, ils s'étaient attaché un des nôtres, M. le Sénateur Petitjean, devenu depuis successivement médecin en chef, puis président de compagnies d'assurances et le Projet fameux supprimant le libre choix sous prétexte de l'organiser, fut déposé au Sénat. Diverneresse fit encore à coups de documents la critique du Projet Petitjean ; il s'en fut le

combattre dans tous les milieux ; tout en restant indépendant, il força pour cela les portes les mieux gardées des Sociétés les plus secrètes et convertit tous les hommes de bonne foi.

Il fallait trouver autre chose ; il fallait à tout prix faire taire Diverneresse ; les assureurs le rencontraient toujours, dans leurs Congrès, à Liége, à Rome, à Reims, il se dressait devant eux partout et devenait le cauchemar. En outre, dans les milieux politiques, couraient des bruits sur la nécessité de monopoliser les assurances pour faciliter l'organisation des retraites ouvrières. On essaya alors de nous faire peur. On nous poursuivit, Diverneresse et nous-même, pour avoir diffamé M. le Dr Rémy, agrégé de la Faculté, médecin d'assurances. Un jugement récent du tribunal correctionnel dont nous avons fait appel, nous condamna chacun à 500 francs d'amende, 1000 francs, de dommages-intérêts, et 10 insertions à 100 francs et malgré cela, nous ne fûmes pas désemparés et restâmes ardents à la lutte. Voilà l'« abominable campagne » que, depuis près de dix ans, mène Diverneresse ; il court partout où un médecin indépendant est menacé avec ses dossiers redoutables, partout où le libre choix est en danger.

Les praticiens y ont gagné de soigner les accidentés du travail avec un tarif, non pas parfait, mais relativement rémunérateur grâce à l'énergie de l'un des nôtres, le Dr Jeanne, qui se voua à l'ingrate besogne de discuter chiffre par chiffre tous les éléments de ce tarif dans une commission où il essuya toutes les courtoisies dont sont capables les gens d'affaires quand leurs intérêts sont compromis.

Grâce à l'abominable campagne de Diverneresse, c'est plusieurs millions de francs qui tombent, chaque année, dans la bourse plutôt plate des médecins praticiens, de ceux qui n'ont pas vendu leurs services, sinon leur conscience, pour moins de trente deniers à certaines compagnies financières.

Et qu'en a récolté Diverneresse lui-même ? Des ennemis, même et surtout parmi ses confrères, la perte de la plus grande partie de sa clientèle, des poursuites correctionnelles et une réputation tout particulièrement distinguée, dans les milieux médicaux officiels, administratifs et financiers. Et nous avons cependant entendu des confrères, dont la naïveté était grande, prétendre que Diverneresse recueillait de gros bénéfices de sa campagne ! Tant il est vrai que beaucoup de gens ont l'habitude de mesurer les autres à leur aune.

Grâce à cette « abominable campagne », grâce aux modifications de la loi de 1898, les médecins, s'ils ne l'ont pas évité, se trouvent du moins armés contre un premier danger, celui de voir la chirurgie des accidents du travail monopolisée par les assureurs au détriment du corps médical. Un second danger se dresse, c'est la monopolisation de cette chirurgie par les cliniques dites ouvrières. Il est de notre devoir, à nous champions de la défense professionnelle, d'avertir nos syndicats de ce péril et de leur proposer l'examen des moyens qui nous paraissent pouvoir le conjurer. C'est ce que nous nous proposons de faire dans un prochain article.

J. Noir.

Les Syndicats médicaux et le Syndicat de médecine sociale

Lille, le 21 décembre 1909,

Monsieur le Directeur et honoré confrère,

Dans un article intitulé : *Les syndicats médicaux et le Syndicat de médecine sociale* paru dans le *Concours médical*, du 12 décembre 1909, et revêtu de votre signature, se trouvent les phrases suivantes :

« ..... Le danger que tous aperçoivent maintenant est dû, *non pas à l'activité du Syndicat national de médecine sociale, dont le but nous est parfaitement connu, mais à l'inertie des syndicats médicaux* qui ne peuvent se défendre que par un geste : LA CRÉATION DE CLINIQUES SYNDICALES partout où surgit l'indication d'une clinique qui serait créée avant peu soit par les ouvriers, soit par les responsables de la loi accidents.

« Devant ce geste, si l'Union des Syndicats médicaux décide de le provoquer, que va-t-il se passer ?

« 1° NOS CONFRÈRES DE LILLE et de Lyon l'*ont déjà esquissé* et Diverneresse les en félicite au nom du Syndicat de médecine sociale, réclamant seulement la prompte et complète exécution, puis la généralisation dans tous les syndicats médicaux où l'indication se présente ou se fait prévoir ; il y collabore lui-même dans le syndicat des médecins de la Seine.

« 2° Le Syndicat de médecine sociale heureux de voir son programme allégé de cette irritante question, s'adonnera exclusivement aux tâches diverses qu'il s'était imposées sur son domaine où il ne peut inquiéter en rien les syndicats médicaux maintenus exclusivement sur leur terrain statutaire.

« Mais, alors, il n'y a plus de différend. Il y aura seulement un pas de plus dans la voie que nous traçait Noir : *les syndicats médicaux* ayant *leurs* cliniques et *leurs* hôpitaux, *faisant leurs affaires eux-mêmes*, accomplissant même une étape *vers l'assurance*, par leurs propres moyens, *des soins pour accidents et maladies* ».

Afin de ne pas abuser de l'hospitalité du *Concours*, je me bornerai, en ce qui concerne la pre-

mière et la dernière phrases, à faire toutes réserves.

Je ne veux, pour le moment, relever que les trois points suivants :

1° Le *Concours médical* connaîtrait parfaitement le but poursuivi par les Syndicats de médecine sociale ;

2° Des cliniques syndicales et des hôpitaux spéciaux seraient indispensables pour les accidents du travail ;

3° Le syndicat médical de Lille serait partisan de la création de cliniques syndicales.

RÉPONSE AU PREMIER POINT. — Puisque le *Concours médical* connaît parfaitement le but des Syndicats de médecine sociale, pourquoi ne nous éclaire-t-il pas ? C'est en vain que nous avons lu, relu et commenté la longue étude parrue dans le *Bulletin* de l'Union, sur les syndicats de médecine sociale ; nulle part, nous n'avons trouvé l'exposé clair du but poursuivi.

RÉPONSE AU DEUXIÈME POINT. — Je demanderai aussi au *Concours* de vouloir bien faire connaître les raisons qui nécessitent à son avis la création de cliniques syndicales et d'hôpitaux spéciaux pour accidents du travail. Il serait logique, puisque le *Concours* veut convertir le corps médical à cette thèse, qu'il fournît et développât ses arguments.

RÉPONSE AU TROISIÈME POINT. — L'affirmation du *Concours* est, ici, en contradiction formelle avec la réalité. Le syndicat médical de Lille est bien en pourparlers, pour l'application *effective* du libre choix dans les accidents du travail, avec les syndicats ouvriers, — pourparlers qui aboutiront probablement bientôt — *mais sur de tout autres bases.*

Voici, en effet, ce que le Syndicat médical de Lille a décidé dans son ordre du jour, en date du 21 octobre 1909, relatif aux syndicats de médecine sociale, ordre du jour qu'il a fait envoyer à tous les journaux médicaux de France :

« Tout médecin syndiqué qui participe d'une « façon quelconque à l'organisation ou au fonc- « tionnement d'un service médical (clinique, etc.), « installé contre les vœux du Congrès des Prati- « ciens, tenu à Lille en 1908, *est mis en demeure* « *de quitter ce service ou de donner sa démission du* « *Syndicat médical de Lille et de la région* ;

« L'ouvrier blessé, ayant légalement le libre « choix de son médecin, doit être traité par ce- « lui qu'il a choisi comme un client ordinaire, c'est « à-dire à son domicile ou dans le cabinet du mé- « decin, *et non dans une clinique quelconque* ».

Comme nous n'avons, ici, l'un et l'autre, qu'un objectif : travailler dans l'intérêt du corps médical — en tant, bien entendu, que l'intérêt médical ne se trouve pas en opposition avec l'intérêt public — j'espère, Monsieur le directeur et honoré confrère, que vous voudrez bien faire insérer dans le prochain *Concours* ces quelques lignes de réponse.

C'est dans cette pensée que je vous présente mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr A. COPPENS.

***

A la lettre ci-dessus, nous donnons la réponse suivante de M. le Dr Jeanne à M. le Dr Coppens.

Mon cher confrère,

Puisque vous vous contentez de faire des réserves sur la première et la dernière phrases du passage de notre article visé (création de cliniques par les Syndicats médicaux), nous pouvons, en effet, renvoyer l'étude et la discussion de cette question au Conseil de l'Union des Syndicats médicaux qui acceptera sans doute de s'en saisir, et dont nous sommes membres tous les deux.

Passons donc rapidement en revue les trois seuls points que vous retenez avec demande d'explications.

1° Nous savons *parfaitement* que le Syndicat de médecine sociale s'oppose autant qu'il le peut, dans les milieux ouvriers, à la création de cliniques *ouvrières*. Nous savons qu'il travaille plus activement que nos autres groupes médicaux à maintenir l'alliance des intérêts médico-ouvriers, alliance naturelle, logique, obligatoire, conclue dès 1898 et qui nous valut, entre autres succès, l'amélioration de la loi-accidents en 1905, le tarif Dubief à la place du tarif d'assistance, sans compter les plus intéressantes conquêtes de jurisprudence, etc... Nous savons qu'usant de procédés politiques qui leur sont interdits, il a rendu de signalés services aux syndicats médicaux. Nous savons que, même dans ses coups de main d'avant-garde les plus étonnants pour ceux qui ne savaient pas, il se préoccupe de maintenir le contact avec le gros de notre armée syndicale et de lui ouvrir avant tout le chemin. Nous savons qu'en dehors de cette partie de son programme, où il nous tend la main pour nous traîner en avant, le Syndicat de médecine sociale s'occupe de la défense exclusive des intérêts ouvriers dans le côté médical des lois sociales ; et nous ne pouvons y trouver à redire dès lors que cette défense ne se tourne pas contre le syndicalisme médical. Nous savons encore que tous les actes du Syndicat suspecté ont été connus et publiés. S'il y en a eu de blâmables à Lille et à Lyon, il nous paraît juste de blâmer qui les a commis, mais de réserver le blâme à qui l'a mérité personnellement.

Nous savons enfin que, sans pouvoir préciser, devant l'imprévu probable, le Syndicat de médecine sociale, imitant de ce côté l'exemple donné jadis par le *Sou médical* qui, lui aussi, fut suspect à cause de l'indétermination de son programme, veut suppléer, au moins provisoirement, à l'insuffisance d'activité (quelle qu'en soit la cause) de tel ou tel de nos Syndicats médicaux. Et, sachant bien tout cela, nous nous refusons à une excommunication préconçue autant qu'inutile.

2° Nous ne saurions mieux répondre à la deuxième question que vous nous posez qu'en repro-

duisant les premières lignes du *projet* que nous soumettrons au Conseil de l'Union des Syndicats au sujet des cliniques des Syndicats médicaux. Les voici :

Principes qui doivent dominer leur fonctionnement.

1° Le blessé ne doit être enlevé à son foyer que quand on ne peut faire autrement *dans son intérêt.*

2° Sauf le cas de nécessité ci-dessus, il doit être ainsi soigné à son domicile ou dans le cabinet du médecin qui a sa confiance.

3° La clinique du syndicat médical ne lui est ouverte que pour :

a) Recevoir des soins meilleurs donnés là par son médecin traitant, ou au moins, sous la direction de celui-ci, par des spécialistes ou des aides spécialistes, et avec un outillage supérieur à celui du cabinet de son médecin ;

b) Etre soumis là au contrôle par le médecin du responsable dans les conditions prévues par l'article 4 ;

c) Etre soumis là aux expertises contradictoires, aux radiographies, à tous examens spéciaux qui peuvent être nécessaires ;

d) Y rencontrer les hommes de loi chargés de la défense de ses intérêts, en cas ou en prévision de litige ;

e) Y être hospitalisé, pour le laps de temps limité au strict nécessaire, dans les cas de traumatisme grave, sans que l'on ait recours aux établissements de l'Assistance publique.

4° Le blessé y doit être soigné en usant pleinement de son droit de libre choix, même quand ce choix porte sur un médecin non syndiqué.

5° Il doit également choisir en toute liberté l'opérateur à substituer au médecin ordinaire pour les interventions, l'avocat auquel il désire confier la défense de ses intérêts. On ne peut lui imposer l'intervention qu'il refuse à ses risques et périls.

6° Toute dépense *utile* doit être faite pour les soins au blessé ; ne sont proscrites que les dépenses *inutiles, inefficaces* dans le traitement.

7° La gestion des cliniques syndicales ne doit pas s'inspirer de préoccupations de lucre ; mais elle a le souci de couvrir les frais largement et de consacrer ses bonis aux améliorations de l'établissement et des services. Elle ne distribue pas de bénéfices.

Nous persistons à penser que si nos Syndicats urbains ne créent pas les cliniques ainsi comprises, elles se créeront en dehors d'eux et..... contre eux.

3° En toute sincérité, nous avions cru que les Syndicats de Lille et du Rhône étaient allés s'entretenir avec leurs Bourses de travail locales de la façon de soigner les blessés sous le plein régime du libre choix réel, à domicile, au cabinet du médecin, ou dans des établissements relevant des Syndicats médicaux, qui mettraient à la disposition de ces blessés, soit pour leur traitement, soit pour la défense de leurs intérêts pécuniaires, tous les éléments qui leur sont offerts dans les cliniques ouvrières.

Si la conversation n'avait pas cet objet, au moment où elle s'est engagée, nous ne saisissons plus pourquoi, dans la discussion, Diverneresse s'en montra si satisfait. Mettez en ce cas que nous n'avons rien dit, et laissez-nous craindre que ces conversations n'arrêtent pas le mouvement de création des cliniques ouvrières, en dehors des Syndicats médicaux ..... et à leur détriment, ce qui est, ici, notre grosse préoccupation, beaucoup plus que le soi-disant danger dont l'Union des Syndicats serait menacée par le Syndicat de médecine sociale, et que bien des confrères, comme nous-mêmes, ne paraissent pas redouter assez pour sacrifier toutes leurs veilles à en discourir encore pendant des mois.

Puissent ces quelques lignes, mon cher confrère, vous dire assez nettement notre pensée et permettre à nos Sociétés respectives de reprendre leurs habituelles occupations dans un accord sacré sans lequel la défense professionnelle ne serait plus possible.

Toujours bien cordialement à vous,

Dr H. JEANNE.

PÉDIATRIE

Traitement de la coqueluche, en particulier par les médications récentes,

Par le Dr G. MOURIQUAND,
Chef de clinique infantile à la Faculté de Lyon.

Bien que l'agent spécifique reste inconnu et qu'une médication pathogénique de la coqueluche semble, pour l'instant, irréalisable, le traitement de cette affection fait chaque jour d'incontestables progrès par l'adjonction de méthodes nouvelles, les unes caduques, les autres paraissant devoir résister au temps.

Nous ferons ici, au point de vue purement pratique, la critique des diverses médications, en l'appuyant sur l'observation journalière de leurs effets.

Nous rappellerons ensuite les principes essentiels et récents de la prophylaxie de la coqueluche.

Traitement médicamenteux. — Puisque la cause du mal échappe, force est de recourir à un traitement symptomatique. La coqueluche étant avant tout une affection spasmodique, c'est aux antispasmodiques que les thérapeutes se sont de tout temps adressés. Ces médicaments sont, on le conçoit, nombreux et de valeur très diverse.

Au point de vue thérapeutique comme au point de vue clinique, l'évolution de la coqueluche comprend deux périodes généralement bien caractérisées :

1° Une *période bronchitique* de 8, 15, 21 jours, période pendant laquelle le diagnostic est des plus incertains. En l'absence de toute notion de contagion, il sera presque impossible. On tâchera, pour le faire, de s'appuyer sur la durée anormale de la bronchite, sur la fièvre plus ou moins régulière et plus ou moins marquée qui l'accompagne. Sur la présence, au niveau du poumon, à côté des ronchus et des sibilances, de petits foyers congestifs passagers et irrégulièrement disséminés (Weill). Vers la fin de la première période, sou-

vent la toux prendra un caractère quinteux sans présenter encore les caractères pathognomoniques de la coqueluche.

A cette période, le médecin se contentera donc de lutter contre les signes de bronchite. Les potions habituelles seront de mise ; il conviendra d'y joindre, si la toux est quinteuse, quelques antispasmodiques. La formule suivante pourra être employée.

Sirop de Tolu	60 gr.
Sirop diacode	20 gr.
Antipyrine	2 gr.
Bromure de K	2 gr.
Sirop de fleurs d'orangers.....q.s.p.	120 gr.

2, 3, 4 cuillerées à café par jour suivant l'âge et l'intensité de la toux.

Séjour à la chambre. S'il existe de la fièvre : suppositoire avec 0,10 de quinine par année d'âge.

2° *La période des quintes* apparaît enfin et précise le diagnostic et la thérapeutique.

Passons en revue les médications employées couramment.

A. Médication interne.

I.— *La belladone*, préconisée par Bretonneau, Trousseau, a joui d'une très longue vogue et conserve encore de chauds partisans. C'est un bon antispasmodique.

Trousseau donnait pilule avec :

Extrait de belladone Poudre de belladone	aà 0,005

1 par jour, le matin à jeun. Il considérait comme très important de prendre la dose (simple ou double) en une seule fois. Certains auteurs ont abusé de la médication belladonée et provoqué des intoxications graves. Les classiques insistent sur ce fait que pour que l'action antispasmodique soit efficace il faut que la limite de tolérance soit atteinte ; mais il est difficile de ne pas dépasser cette limite et de ne pas provoquer la mydriase, sécheresse de la bouche, rougeur des pommettes, tous phénomènes caractéristiques de l'intoxication. Il vaudra mieux, pratiquement, user de faibles doses diluées. La formule de Marfan est à recommander :

Sirop de Tolu	100 gr.
Sirop de belladone	25 gr.

on donnera de :

0 à 2 ans	1 à 2 cuill. à café
2 à 5 ans	3 —
5 ans et au-dessus	5 —

L'*atropine*, préconisée par Archambault, est à ejeter, comme la plupart des alcaloïdes, de la thérapeutique infantile.

II. — L'*antipyrine* est un bon médicament aussi efficace et plus maniable que la belladone. On donnera de 0,25 à 0,50 centigr. par année d'âge associée à du sirop d'écorce d'orange amère ou du sirop de framboise.

L'antipyrine peut être longtemps continuée pendant toute la période des quintes. Dans la *coqueluche légère*, son action est très nette, elle atténue l'intensité des quintes et diminue leur nombre. Même effet, à des doses plus fortes, dans les *formes moyennes*. Ceux qui ont l'habitude de son emploi s'aperçoivent pourtant vite que, dans les *formes intenses*, dans les « hypercoqueluches » l'action de l'antipyrine est à peine appréciable. Dans ces cas, elle n'atténue la violence, ni ne diminue le nombre des quintes. Bien plus elle entretient une inappétence, voire une anorexie, à laquelle l'enfant, fatigué par les secousses de toux, n'est que trop enclin. Souvent d'ailleurs il prend sa potion en horreur. L'antipyrine ne combat pas l'anémie et y prédispose même ; elle peut provoquer aussi des éruptions scarlatiniformes ou rubéoliformes d'ailleurs sans importance.

L'antipyrine est donc un excellent médicament des formes légères et moyennes de la coqueluche. Il échoue souvent dans les formes graves. Sa toxicité étant nulle, il sera de préférence donné à tout autre quand le traitement ne pourra pas être suffisamment surveillé par le médecin.

III.—La *quinine* est un bon antiseptique et antithermique de l'enfance. Il paraît raccourcir la longueur de la coqueluche, chose d'ailleurs difficile à apprécier en raison de l'extrême variabilité de l'évolution. L'enfant accepte d'ailleurs mal la quinine « per os » en raison de l'amertume de cette substance. Il vaudra mieux l'introduire par des suppositoires qui, trop répétés, ont parfois l'inconvénient d'irriter le rectum.

On donnera 0,10 par année d'âge. On pourra avantageusement remplacer la quinine par :

L'*aristochine* (carbonate neutre de quinine) qui se donne aux mêmes doses. C'est une poudre insipide, que les enfants absorbent volontiers dans un verre d'eau sucrée. Ce n'est pas à proprement parler un médicament de la coqueluche, mais en cas de température ou d'infection menaçante on la joindra aux antispasmodiques habituels.

IV. Le *bromoforme* a fait beaucoup parler de lui depuis que Stepp en a préconisé l'emploi. Pour les uns il serait un antiseptique, pour d'autres un anesthésique local. Il est difficilement soluble et on le donnera en émulsion dans de l'huile d'amande douce, ou dans le lait. On donnera II à III gouttes au-dessous de 6 mois, III à IV gouttes de 6 mois à 1 an. On augmentera de IV gouttes par année d'âge. C'est un médicament dont l'action est très nette dans un grand nombre de cas. Mais il comporte les dangers inhérents aux médicaments actifs. Les cas d'intoxication grave, voire mortelle, par l'emploi du bromoforme, sont aujourd'hui suffisamment nombreux pour qu'une très grande prudence soit exigée

✦✦

dans son emploi. Les premiers signes d'intoxication sont caractérisés par la tendance au sommeil, un peu de cyanose. Dès qu'ils apparaîtront le traitement sera suspendu. Contrairement à l'antipyrine, le praticien n'emploiera le bromoforme que dans les cas — assez rares — où la médication pourra être très exactement surveillée.

V. — *Bromure de potassium. Chloral*, etc. — Le *bromure de potassium* ne saurait être élevé au rang de médicament actif de la coqueluche. Il sera surtout nécessaire pour lutter contre certains symptômes de la maladie. On le donnera à dose moyenne ou forte (0. 50 à 0,75 cc.) par année d'âge quand des complications d'ordre spasmodique apparaîtront, tels que le spasme de la glotte. Lorsque ceux-ci sont particulièrement violents, l'action du bromure est à peu près nulle.

Le *chloral*, à la dose de 0,10 c. par année d'âge, sera donné contre l'insomnie. Il y aura souvent avantage à associer bromure et chloral en suppositoire.

K Br.	0 gr. 50
Chloral	0 gr. 20
Beurre de cacao	1 gr.

(enfants de 2 à ans).

Le *chloroforme* pourra être donné (V à X gouttes) en inhalation, au cours des spasmes glottiques.

VI. — *Les opiacés. La morphine.* — Depuis que Trousseau a lancé contre eux son anathème, on redoute, en médecine infantile, l'opium et ses dérivés. Les travaux les plus récents ont montré le grave inconvénient qu'il y avait à accepter, sans contrôle personnel, et surtout dans leur intégralité, les idées thérapeutiques qu'une habitude routinière a rendues classiques. Si on doit proscrire, avec discernement, l'opium brut, l'extrait thébaïque, le laudanum de Sydenham, on ne peut plus actuellement rejeter la morphine du traitement de la coqueluche. Triboulet en a montré les très remarquables effets : la morphine abrégerait la durée et l'intensité du mal. La méthode a été acceptée par beaucoup avec un certain enthousiasme. L'inconstance de ses résultats nous autorise à la critiquer avec Comby, Weill et Mouriquand, etc. La morphine, à la dose de 0,001, 0,002, 0,003 milligr. (dose forte), par année d'âge, n'atténue ni ne diminue toujours le nombre des quintes. Il s'agit le plus souvent d'un demi-succès (2 demi-succès sur 10 cas) (Weill). L'enfant somnole généralement, il est tiré de sa somnolence par sa quinte ; mais le résultat de cette thérapeutique n'est pas toujours appréciable.

Il semble pourtant que ce remède soit particulièrement précieux dans certains cas de coqueluches graves avec spasme glottique. Dans ces cas à asphyxie menaçante la morphine fait très rapidement céder le spasme, et — on peut le dire — peut sauver l'enfant. Lorsque le danger presse on aura dans ces cas recours aux injections sous-cutanées, mais leur action rapide peut être un peu brutale. Il vaudra mieux introduire la morphine par voie rectale soit en adaptant à la seringue de Pravaz la canule de Condamin, soit en mettant la dose de morphine dans un petit lavement d'eau tiède (50 à 80 cc). On aura à sa disposition la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05
Eau de laurier-cerise	5 gr.
Eau distillée	5 gr.

La seringue contient ainsi 0,005 millig. de morphine ; on en videra le 1/4, la 1/2 ou la totalité dans le lavement, suivant l'âge de l'enfant.

Dans les cas de spasme glottique, l'action de la morphine est ordinairement rapide. Au bout de 15 à 20 minutes l'enfant s'endort, de temps à autre, les quintes le secouent (car la morphine atténue peu la violence des quintes) ; mais le spasme cède vite et disparaît. S'il reparaît, une dose inférieure à la première en aura vite raison. Devant l'excellent effet de la morphine, les familles ont tendance à en renouveler fréquemment l'emploi. Le médecin doit savoir résister à leur sollicitation. L'abus serait en effet très préjudiciable à l'enfant, les doses un peu fortes prédisposent à la somnolence, empêchent les réactions de l'organisme qui sont nécessaires pour lutter contre l'infection broncho-pulmonaire menaçante.

B. Médication externe.

Elle garde chez certains médecins et chez le public une grande faveur.

A. — Les *inhalations de poudre médicamenteuses* les plus diverses sont souvent prescrites. Retenons simplement une formule simple :

Benjoin pulvérisé	àà 5 gr.
Salicylate de bismuth	
Sulfate de quinine	1 gr.

B. — Les *badigeonnages du pharynx et du larynx* par une solution de cocaïne à 1/50e ou même 1/20e auraient donné quelque atténuation passagère. De même les pulvérisations de la gorge avec eau phéniquée à 1/500.

C. — Les *inhalations de gaz médicamenteux* méritent plus de crédit.

Une mention particulière doit être accordée à la quinoléine. C'est M. Weill qui en a préconisé l'emploi : on réunit tous les coquelucheux d'une famille ou d'une salle d'hôpital dans une salle au milieu de laquelle on fait bouillir dans une casserole 100 gr. d'eau en y ajoutant X à XX

gouttes de quinoléine par enfant. On ordonne trois ou quatre séances par jour. En même temps qu'une action antispasmodique, la quinoléine aurait une action antiseptique et préventive de la broncho-pneumonie.

C'est qu'en effet si les agents de la médication interne ont généralement pour rôle d'atteindre le spasme, les agents de la médication externe ont surtout des prétentions antiseptiques vis-à-vis des complications broncho-pulmonaires.

On a préconisé diverses vapeurs médicamenteuses pour faire le balayage de l'alvéole et des bronches : les inhalations d'ozone, de vapeurs phéniquées, les inhalations d'air sous pression, etc. Ces méthodes ont des succès et des résultats divers.

L'*inhalation d'oxygène* mérite, à notre avis, toute l'attention du médecin. Son emploi vient d'être récemment précisé et systématisé par Weill et G. Mouriquand. Ces auteurs, ayant administré l'oxygène chez les coquelucheux pour prévenir l'installation des broncho-pneumonies, ont remarqué que l'oxygène avait pour effet à peu près constant de diminuer l'intensité de leurs quintes. Ils ont ensuite systématiquement employé cette inhalation chez tous les coquelucheux qui se présentaient à eux. Voici ce qu'une longue étude et expérience de 4 ans leur ont appris :

Dans les cas de coqueluches graves, ainsi que nous l'avons indiqué, les médicaments ordinaires de la coqueluche et notamment l'antipyrine, ne produisent aucune amélioration notable. La morphine elle-même échoue dans ces cas. L'oxygène employé en inhalations systématiques amène au contraire une amélioration manifeste. Si l'on donne l'oxygène au début des quintes, la quinte diminue d'intensité, le vomissement est souvent prévenu. La cyanose et l'abattement qui suivent les quintes sont, de ce fait, moins intenses. L'état général reste meilleur, et en raison des qualités « apéritives » bien connues de l'oxygène, l'appétit est souvent conservé et l'anémie habituelle est moins marquée.

L'emploi prolongé des inhalations s'il raccourcit les quintes et diminue leur intensité ne paraît pas diminuer leur nombre ainsi qu'il résulte des tableaux publiés par les auteurs de la méthode.

L'oxygène a aussi l'avantage d'assurer, sans inconvénient, sans irritation (contrairement aux diverses vapeurs médicamenteuses), l'antisepsie pulmonaire et prévient, dans une certaine mesure, l'infection broncho-pneumonique. Celle-ci peut à la vérité apparaître malgré son emploi. Dans ces cas, l'oxygène doit être donné non seulement au moment des quintes mais en dehors d'elles, 5 minutes toutes les heures, voire toutes les demi-heures dans les cas graves. Ainsi traitée, ainsi prise au début, il est rare que la broncho pneumonie devienne menaçante. On donnera l'oxygène *larga manu*. Des faibles doses sont dans ces cas insuffisantes. Il faut 100, 200, 300 litres par jour pour obtenir une désinfection suffisante du parenchyme pulmonaire. L'inconvénient de la méthode réside dans la cherté du gaz. Il est difficile de l'employer — aux doses suffisantes — en dehors de l'hôpital ou des milieux aisés.

L'*hygiène* du coquelucheux — sur laquelle nous ne désirons pas insister — sera simple, on l'installera dans une chambre facile à aérer. Il gardera le lit s'il existe de la fièvre ; si la température est normale, la saison chaude, il pourra dans les cas bénins sortir pendant les bonnes heures de la journée. Les formes moyennes et sévères resteront à la maison pendant toute la période d'état. L'hiver, aucun coquelucheux ne sera exposé au froid.

L'*alimentation* sera liquide si la fièvre est marquée. Dans le cas contraire elle sera légère mais substantielle : purées de viande, de légumes, cervelles, ris de veau, poissons, œufs ; pas de viande, etc. Quand l'enfant vomira, on le refera manger mais sans exiger trop s'il a le dégoût des aliments. — S'il s'agit d'un nourrisson, on le remettra au sein. — Les vomissements répétés seront combattus par le café noir, la caféine.

Des soins antiseptiques constants seront pris du côté de la bouche et du nez.

Faut-il changer d'air après la coqueluche ? La question est encore discutée, non résolue, Pratiquement, les coqueluches bénignes, voire moyennes, guériront sans qu'il soit nécessaire de changer de résidence. Les cas où les quintes s'éterniseront se trouveront bien d'un séjour dans une autre localité qu'on désignera suivant les exigences de la saison (littoral l'hiver, montagne l'été).

En résumé. Coqueluche légère. — Antipyrine, alimentation normale, sortie si beau temps.

Coqueluche moyenne. — Antipyrine à fortes doses ; si elle échoue, tenter avec prudence, belladone, bromoforme, etc. Inhalation de vapeurs de quinoléine.

Coqueluche grave. — En l'absence du succès des médications habituelles : inhalation d'oxygène au moment des quintes ou toutes les heures s'il y a menace de broncho-pneumonie.

Si complications redoutables spasmodiques : morphine.

Après : fréquemment, changement d'air nécessaire.

LA SEMAINE MÉDICALE

La paralysie spinale infantile aiguë. Son origine infectieuse

M. Netter a récemment signalé à la Société médicale des Hôpitaux, l'allure quasi épidémique de nombreux cas de paralysie spinale infantile. M. E. Ricklin en a publié une très intéressante étude dans la *Rev. Intern. de Clin. et de Thér.*, dont nous retiendrons les conclusions.

« La paralysie infantile aïguë ou poliomyélite antérieure aiguë de l'enfance ne serait qu'une modalité d'une maladie, très vraisemblablement infectieuse, mais dont le germe spécifique ne nous est pas encore connu.

« Cette maladie se présente assez souvent à l'état épidémique, de préférence pendant l'été et à l'entrée de l'automne. Elle s'attaque surtout aux enfants, dont l'âge est compris entre huit mois et deux ans.

« Son substratum est représenté par une inflammation diffuse des centres nerveux et de leurs enveloppes, qui intéresse dans une mesure prépondérante la substance grise : *méningo-poliomyélite* ; *méningo-polioencéphalite*. Elle s'étend, parfois, aux nerfs périphériques (*polynévrite*).

« En raison de la participation habituelle et précoce, — primitive, selon certains auteurs — des méninges (*leptoméningite*) à ce processus inflammatoire, les symptômes méningitiques prédominent, d'ordinaire, à la période initiale, fébrile, de la maladie.

« Au cours de son évolution subséquente, la maladie en question est susceptible de réaliser des syndromes ou types cliniques très variés : paralysie infantile classique ; paralysie de Landry ; méningo-myélite ; paralysie bulbaire aiguë ; hémiplégie cérébrale infantile ; myélite transverse ; polynévrite ; ataxie aiguë, types en rapport avec les localisations prépondérantes du processus inflammatoire en voie d'extension ou en voie de rétrogradation partielle.

« La maladie est susceptible de rétrocéder totalement sans laisser de traces, soit (forme abortive) à sa période initiale ou fébrile, soit à la période de paralysie.

« La maladie comporte un pronostic *quoad vitam* assez sérieux ; le taux moyen de la mortalité qu'elle entraîne peut être estimé à 12 % ; il peut s'élever jusqu'à 40 0/0. »

Prédisposition à la tuberculose des descendants de tuberculeux.

M. le Dr A. Pissavy a fait des recherches intéressantes sur la fréquence comparée de la tuberculose chez les descendants de tuberculeux et chez les descendants de non-tuberculeux. Les observations qu'il a étudiées portent sur 569 ménages pris au hasard à la campagne et à Paris.

Dans 469 de ces ménages, ni le père, ni la mère n'étaient tuberculeux. Le chiffre total de leurs descendants a été de 4.428, sur lesquels 123 ont contracté la tuberculose. Ce chiffre de 123 tuberculeux représente une proportion de 8 p. 100 environ.

« Dans les 100 ménages restants, l'un des deux conjoints, au moins, était atteint de bacillose. Ces 100 ménages ont donné le jour à 292 enfants, sur lesquels 93 sont devenus tuberculeux. Soit une proportion de 31 % environ.

« De cette statistique, il résulte donc que l'enfant issu de parents indemnes de tuberculose a 8 chances sur 100 de devenir tuberculeux, alors que l'enfant issu de parents tuberculeux, a 31 chances sur 100 d'être atteint.

« Comme deux des confrères qui ont bien voulu m'envoyer des observations ajoute M. Pissavy exercent à la campagne, j'en ai profité pour rechercher si le fait, pour les enfants, d'être élevés au grand air, leur conférerait une certaine immunité. Il m'a paru qu'il n'en était rien La morbidité bacillaire chez les descendants de tuberculeux campagnards est sensiblement égale à celle des descendants de tuberculeux parisiens.

« De même, il n'existe pas de différence appréciable, au point de vue de la proportion des cas d'infection bacillaire, entre les enfants nés à la campagne de parents sains et les enfants nés à Paris de ménages indemnes également de tuberculose.

« La conclusion générale qui se dégage de cette étude, c'est que la tuberculose des parents quadruple à peu près les chances de tuberculisation de leurs descendants ».

Influence du raccourcissement du squelette sur la contractilité et la nutrition des muscles qui s'y insèrent.

M. le Dr Just-Championnière a fait dans sa pratique hospitalière, un très grand nombre d'opérations de résections osseuses, et les résultats qu'il a observés lui ont montré que les muscles profitent habituellement du raccourcissement du squelette.

Il a résumé sous forme de loi les importants phénomènes qu'il a remarqués :

« *Toutes les fois que la suppression d'une partie du squelette laisse un muscle trop long, il se ramasse et s'adapte immédiatement à la nouvelle situation et se contracte facilement.*

« *Si le muscle est altéré ou atrophié, le fait de diminuer l'éloignement de ses attaches musculaires rend ses contractions plus faciles. Le retour à sa valeur contractile en deviendra très rapide.*

« Les conséquences de cette loi sont très nombreuses et doivent être toujours présentes à l'esprit du chirurgien.

« Voyons d'abord la question très simple des fractures : Après une fracture, loin de considérer le raccourcissement du squelette comme un accident fâcheux, il faut plutôt le considérer comme un phénomène providentiel pour la réparation des fonctions du membre.

Après les fractures, la déformation qui peut

avoir des inconvénients sérieux est la déformation d'axe. Dangereuses sont les difformités du membre, même sans raccourcissement, qui le mettent en porte-à-faux.

« Si un raccourcissement est énorme et modifie beaucoup la statique de l'individu, il peut encore avoir de sérieux inconvénients. Mais le raccourcissement, par lui-même, et s'il est de proportions modérées, n'a pas d'inconvénients pour les fonctions ; il est même favorable au rétablissement des fonctions du membre.

« En effet, le chevauchement assure la réparation osseuse en mettant largement en contact des surfaces osseuses au niveau desquelles va se produire la formation du cal.

« Puis, ce raccourcissement du squelette est favorable au rétablissement de la fonction musculaire que le traumatisme avait compromise, car la distension des muscles par le sang épanché, les déchirures variées qu'ils avaient subies, le gonflement même des tissus, qui environnent le foyer de fracture, sont choses qui disposent les muscles à l'atrophie. Le raccourcissement du squelette, qui met ces muscles en meilleure condition de contraction, facilite la vie des muscles, leurs contractions et les rend infiniment plus vite à leurs fonctions. Quel que soit l'os long sur lequel se produit la fracture avec raccourcissement, il est facile de constater la réalité de ces faits.

« Une fracture de jambe se répare très bien et très vite avec un raccourcissement de 2 à 3 centimètres. La facilité des contractions et leur puissance sont telles que bientôt le blessé ne boite plus. Il boiterait du fait d'une longue immobilisation, à cause des atrophies musculaires et des enraidissements, mais il ne boiterait pas du fait du raccourcissement.

« Au fémur, d'énormes raccourcissements ne donnent pas de boiterie, si le genou est souple. Les os qui chevauchent un peu donnent une réparation plus rapide que ceux pour lesquels on réussit à mettre les fragments bout à bout.

« La réparation d'un humérus avec chevauchement est d'une rapidité remarquable. La valeur musculaire se rétablit si promptement que les sujets traités avec peu ou point d'immobilisation du membre retrouvent bientôt toute leur puissance.

« Pour toutes les opérations r paratrices du squelette, comme les résections, loin d'être une condition défavorable, le raccourcissement du squelette est en principe une condition favorable pour les fonctions ultérieures. C'est là, un puissant argument, non seulement pour encourager à ces opérations, mais aussi pour décourager des opérations économiques ou atypiques dont le but est d'économiser le squelette pour ne pas le raccourcir. Ce sont, pour cette raison et pour d'autres, de mauvaises opérations.

« Donc, pour toutes les résections, sans exceptions, le raccourcissement du segment du membre doit être considéré comme une condition favorable du retour du membre à des fonctions utiles.

« On aura bien d'autres occasions d'utiliser en pratique et en dehors des opérations la loi que j'ai formulée plus haut, et par exemple dans l'orthopédie courante. Il faut, autant que possible, exclure les appareils et les exercices qui mettent les muscles en tension exagérée, lorsque ces muscles sont altérés. On leur enlève ainsi les chances de réparation.

« Non seulement, il n'y a aucun intérêt à lutter par l'extension contre un muscle raccourci, mais il y aurait un gros intérêt, toutes les fois que l'on veut rétablir la fonction d'un muscle, à chercher à le faire travailler dans une position dans laquelle il ne serait pas tendu et ne chercher à l'allonger que lorsqu'il a repris sa puissance contractile.

« Tous ceux qui font du massage et de la rééducation musculaire pourraient tirer de cette notion de précieuses indications. On remarquera qu'ils ont souvent une tendance à exercer le muscle en le distendant, parce que c'est alors qu'on voit le mieux le résultat de sa contraction. On a trop de tendance à le faire travailler dans une situation défavorable. Or, cette position, qui n'est pas très fâcheuse pour un muscle robuste, est déplorable pour le muscle altéré, pour lequel un travail ne doit être que l'excitation très modérée qui favorise la nutrition et reste favorable à sa circulation. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Prophylaxie de la fièvre typhoïde — Faux cancers et tumeurs inflammatoires du ventre - Déminéralisation organique chez les tuberculeux et les pré-tuberculeux — Septicémie méningococcique sans méningite.

L'Académie de médecine s'est occupée de la prophylaxie de la fièvre typhoïde. C'est là une question importante sur laquelle les hygiénistes ne sont pas tout à fait d'accord.

En 1877, Brouardel vint, au Congrès de Vienne, soutenir l'origine hydrique de la fièvre typhoïde. Son opinion, basée sur des faits indiscutables, a été néanmoins combattue comme exagérée : le bacille typhique, a-t-on dit, vit trop peu de temps dans l'eau pour rendre ce liquide dangereux. On a incriminé, en second lieu, les porteurs chroniques, latents ou sains, de bacilles. De ces porteurs, les uns sont d'anciens typhoïdiques dont l'intestin continue, après une atteinte plus ou moins grave de dothiénentérie, à récéler le germe infectant ; les autres sont des bacillifères sains, rendus bacillifères par un processus méconnu. Les sujets en question, s'ils appartiennent aux professions alimentaires (fruitiers, marchands de quatre-saisons, laitiers, bouchers, etc.), peuvent répandre des germes sur les produits d'alimentation. On a émis, encore, une troisième opinion qui est la transformation possible, dans des conditions spéciales (surmenage, débilité générale), du vulgaire coli-bacille en bacille de la fièvre typhoïde.

Suivant la théorie étiogénique adoptée, on est amené à l'une ou l'autre des mesures pro-

phylactiques suivantes : 1° assainissement des eaux potables, dans les grands centres en particulier ; 2° recherche des sujets bacillifères par des examens bactériologiques des garde-robes et stérilisation des émonctoires (tube digestif, urine) de ces sujets ; protection des aliments par le pelage des fruits, le lavage des raisins, comme le voulait Pasteur ; 3° moyens propres à éviter le surmenage, la dépression générale. Il est certain, d'ailleurs, qu'en toutes circonstances, il y a intérêt à combiner ces diverses mesures prophylactiques, la fièvre typhoïde n'étant pas provoquée, probablement, toujours d'une manière semblable.

M. Delorme, partisan convaincu de la théorie hydrique, considère que l'essentiel est la fourniture, aux habitants des villes principalement, d'une eau potable saine. Selon lui, s'enfermer dans la recherche des porteurs chroniques de bacilles est une erreur, voire un danger. L'opinion de M. Delorme n'est pas partagée par M. Chantemesse qui admet à la fois le rôle de l'eau de boisson et le rôle de la contagion interhumaine. Il rejette, ainsi que M. Widal, la possibilité de transformation du coli-bacille en bacille typhique sous l'influence du surmenage. Le surmenage agit certainement, mais il ne peut pas être l'origine d'une transformation de l'un en l'autre germes, les deux germes étant entièrement distincts.

Que faire contre les porteurs chroniques de bacilles, demande M. Chantemesse, ou plutôt comment se prémunir contre eux ? L'auteur répond : très simplement, par la *vaccination anti-typhique*, mesure prophylactique mise en œuvre par Wright, Chantemesse et d'autres hygiénistes, et qui aurait donné d'excellents résultats.

— M. Le Dentu communique à l'Académie l'observation d'un malade atteint de tumeur inflammatoire du ventre, chez lequel le diagnostic de cancer avait été porté. Ces *pseudo-cancers* de nature inflammatoire peuvent consister en colite interstitielle hypertrophiante limitée, en péricolite diffuse, et surtout en péricolite exubérante englobant les anses intestinales, le tissu conjonctif, l'épiploon et même les ganglions prérachidiens. Le diagnostic n'est pas toujours facile. Le traitement de ces pseudo-cancers inflammatoires est très simple. Le repos absolu, aidé de quelques moyens médicaux (enveloppements humides, larges cataplasmes tièdes, laxatifs) peut à lui seul amener la guérison, au point que ce traitement doit être considéré comme une pierre de touche pour les cas douteux.

— M. Albert Robin a présenté à l'Académie une nouvelle série d'études tendant à montrer qu'il existe chez les prétuberculeux et chez les phtisiques une accélération des échanges respiratoires et une déminéralisation organique. L'auteur s'est efforcé de se mettre à l'abri des causes d'erreurs dont étaient entachés les premiers travaux qu'il a fait paraître sur ce sujet.

Le terrain tuberculisable, dit M. Robin, est tout particulier. Il peut être, dans une certaine mesure, diagnostiqué, car il arrive à constituer une sorte de syndrome dont les principaux termes seraient les suivants :

1° Augmentation de l'acide carbonique produit et de l'oxygène consommé par les tissus (accélération des échanges respiratoires) ;

2° Déminéralisation organique ;

3° Signes fournis par l'habitus extérieur : diminution du coefficient de robusticité ; saillie des omoplates ; faciès spécial décrit par Arétée de Cappadoce ; rougeur des pommettes, teinte vénitienne des cheveux (Landouzy), etc. ;

4° Croissance trop rapide ;

5° Amaigrissement ou tout au moins désaccord entre une alimentation suffisante et un retard dans l'augmentation de poids, toutes réserves faites sur l'état des fonctions digestives ;

6° Moindre aptitude à l'exercice physique et fatigue précoce ;

7° Certains vices de conformation du thorax : rétrécissement du thorax, exagération du diamètre bi-huméral, de l'angle de Louis ;

8° Exagération du pouvoir diathermane de la peau et du rayonnement calorique ;

9° Sensation de chaleur interne ; élévation habituelle de la chaleur moyenne ; rapidité de l'ascension thermique ;

10° Moindre écart entre les températures axillaire et cutanée ;

11° Augmentation du nombre des respirations et des pulsations, avec élévation de leur rapport au-dessus du chiffre normal. Le nombre habituel des respirations étant de 18 et celui des pulsations de 72, le rapport de $\frac{R.}{P.} = 4$;

12° Abaissement de la tension artérielle que, dès 1891, Marfan considérait comme un élément révélateur de la prédisposition à la phtisie.

— M. Netter relate une observation de septicémie méningococcique sans méningite.

La bactériologie, dit il, établit d'une façon très précise l'existence — que faisait déjà pressentir la clinique — d'une septicémie méningococcique provoquée par l'organisme de Weischelbaum. Cette septicémie s'est traduite dans les cas observés jusqu'ici par une fièvre d'allure continue ou rémittente accompagnée d'éruptions qui prennent habituellement le caractère pétéchial. Les hémorrhagies viscérales n'y sont pas rares et les douleurs articulaires fréquentes.

Ces formes septicémiques sont facilement méconnues et prises pour un purpura infectieux simple ou un érythème infectieux. La notion d'une épidémie de méningite, la coïncidence d'un cas avéré de méningite cérébro-spinale dans l'entourage éveilleront l'attention. L'examen du sang sera nécessaire pour fixer le diagnostic.

La connaissance de ce diagnostic est importante. Le traitement en dépend, et l'emploi opportun du sérum anti-méningococcique permet d'espérer une guérison prompte et complète.

P. L.

Dr E. Le Ray. — **Conférences sur la prophylaxie des maladies vénériennes**, 3e édition. 1 vol. 160 pages. (A Maloine, éditeur, 1909).

Après avoir rapidement étudié le chancre simple, l'auteur expose en détails : pathogénie, symptômes, complications, traitement et prophylaxie pour la blennorrhagie et la syphilis, en tenant compte des conséquences que comporte à ces divers points de vue la connaissance de l'agent spécifique de la syphilis.

PIPÉRAZINE MIDY

Az H $\langle$ CH² - CH² / CH² - CH² $\rangle$ Az H
Diéthylène • Diamine

GRANULÉE EFFERVESCENTE

Produit défini
plus actif
que ses dérivés ou les
associations médicamenteuses
à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE

LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE

Prix : 5 fr. • La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.

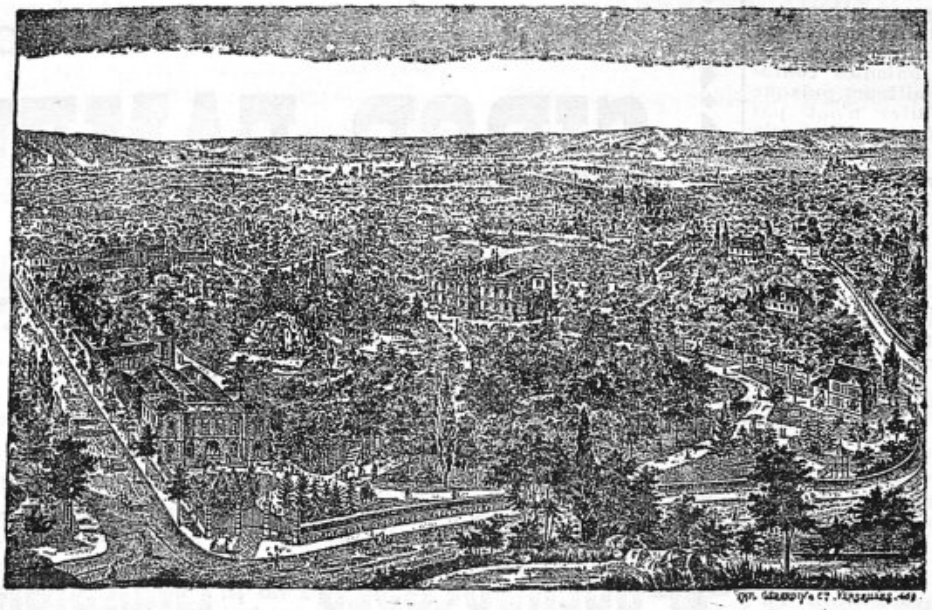
Echantillons : Phie MIDY 140, Faub. St-Honoré, PARIS

Comme préventif : 3 mesures par jour / 10 jours par mois
Crises aiguës : 4 à 6 .....
chaque mesure = 0.20 ctg Pip pure

AU VÉSINET

Etablissement hydrothérapique et Maison de Convalescence de la Villa des Pages.

MALADIES NERVEUSES ET RHUMATISMALES — TRAITEMENT SPÉCIAL DE LA NEURASTHÉNIE



PARC DE 3 HECTARES

Dix chalets séparés facilitent les cures d'isolement. — Maison de premier ordre.
Prix de pension de **600** fr. à **800** fr. par mois. — *Médecins-Directeurs :* Dr RAFFEGEAU et Dr MIGNON

CORRESPONDANCE

HEBDOMADAIRE

—

Dr R., à St-E., à *Concours*, — Connaissez-vous cette nouvelle jurisprudence, en matière d'accidents du travail, qu'un agent d'assurances vient de me soumettre, sans d'ailleurs me l'appliquer, je me hâte de le dire.

Un confrère *s'est vu débouté* de sa demande en paiement d'honoraires pour soins à un blessé parce que la *conciliation était faite*, et que cela signifie que la *Compagnie est libérée de tous recours concernant le blessé*.

En somme, sitôt la conciliation obtenue ou le jugement rendu le patron ne doit plus rien ni au blessé, ni au médecin. Ça me paraît tellement extraordinaire que je n'en crois rien; mais comme l'écho m'en est parvenu de plusieurs côtés, j'ai pensé devoir me renseigner auprès de vous. — car, j'ai plusieurs blessés dans ces conditions et je n'ai pas encore envoyé mes notes d'honoraires.

D'ailleurs, si, par extraordinaire c'est vrai, il y a quelque chose à faire et ce sera rendre service à tout le corps médical que le renseigner.

Réponse. — Ce n'est pas la date de la conciliation ni celle du jugement qui met fin à la dette des soins médicaux. C'est celle de la *consolidation* de la blessure. Toute la jurisprudence déclare qu'à partir de cette date les soins ne sont plus à la charge du patron.

Concours à Dr S. à N.— Non, le Dr G. de G. ne nous a pas tenu au courant des poursuites qu'on a voulu lui intenter pour non déclaration supposée de maladies contagieuses. D'ailleurs, puisque les poursuites n'ont pas été intentées en réalité, cela a moins d'intérêt.

Concours à Dr N. à V. — Les vacations médico-légales du tarif de 1811 sont de 3 fr. dans les villes et communes de moins de 40,000 habitants. D'ailleurs, l'application en est assez rare, depuis la mise en vigueur du tarif du décret du 21 novembre 1893.

Concours à Dr F. à L.— Le tout compris de l'article 4 de la loi accidents ne s'applique pas aux certificats, que vous avez parfaitement le droit de faire payer au patron de l'ouvrier blessé.

Dr D., à A. à *Concours*. Voulez-vous avoir l'amabilité de me dire par la voie du journal ce que je dois compter pour un accident du travail (je

Suite page XII.

AMÉNORRHÉE, DYSMÉNORRHÉE
HEMALGINE BROS
2 FORMES : CACHETS OU SUPPOSITOIRES. PRIX : 3 FRANCS
DOSE : 1 PAR HEURE AU DÉBUT DES CRISES
Expérimenté dans les Hôpitaux de Paris. V. BROS, Phien, MELUN, et toutes Pharmacies

TRAITEMENT RADICAL CONSTIPATION
MIGRAINES -- CONGESTIONS -- MALADIES de l'INTESTIN
UN ou DEUX GRAINS DE VALS Le soir avant dîner
à base de Cascara Sagrada et podophyllin.
ADMINISTRATION : 86, Boulevard Port-Royal, PARIS

TRAITEMENT PRÉVENTIF ET CURATIF DES INSUFFISANCES DIGESTIVES PAR LA
PANCRÉONE MATARÉ
en tablettes dosées à 25 ctgr.
Extrait pancréatique de porc, jamais altéré par le suc gastrique. Spécifique contre les *affections de l'intestin, estomac, foie, pancréas, stéatorrhée, entérite chronique.* Très efficace contre la migraine, etc.. — DOSES de 4 à 12 tablettes par jour suivant les cas.
Dépôt : E. FLACH, pharmacien, 11, r. Malher. Ag. ou. en France : A. SCHERER, 31, r. d 4 stre, Paris

Bronchites, Toux rebelles,
Catarrhe, TUBERCULOSE
SIROP FAMEL
LACTO-CRÉOSOTE SOLUBLE
Phosphate de Chaux, Codéine, Cocaïne, etc.
ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS
A MM. LES MEMBRES DU « CONCOURS »
86, rue de la Réunion | PARIS | 86, rue de la Réunion

TUBERCULOSES CATARRHES GRIPPES, BRONCHITES
de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon.
EMULSION MARCHAIS Phospho-Créosotée
Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions.
Bien tolérée — Parf. absorbée

FORMULAIRE RAISONNÉ

Les iodures de potassium et de sodium. Leurs inconvénients. Leurs correctifs.

Par le Dr André LOMBARD.

L'élimination de l'iodure se fait par toutes les sécrétions et doit être surveillée ; le moindre retard peut provoquer des accidents ; le plus grave est l'œdème laryngé, l'œdème de la glotte l'œdème pulmonaire. Il peut provoquer des accidents cutanés (acné, érythèmes) ; des poussées congestives, des fluxions catarrhales, même du côté de l'urèthre ; mais il faut craindre surtout les hémorrhagies : cérébrales, pulmonaires ou cutanées (purpura). Aussi la tuberculose pulmonaire, le purpura, constituent-ils des contre-indications formelles à l'emploi des iodiques.

Les causes de l'intolérance pour l'iode sont encore assez mal déterminés ; mais on peut cependant lutter contre l'iodisme soit en donnant une dose de 2 à 3 gr., parfois mieux supportée que celle de 0 gr. 50, soit en prescrivant en même temps du bicarbonate de soude pur ou associé à l'acide sulfanilique (Erlich).

Acide sulfanilique ..... }	
Bicarbonate de soude..... }	ââ 0 gr. 50

en 1 cachet. En avaler 4 à 6 par jour au moment des repas pendant l'administration de l'iodure. L'heureux effet de cette médication n'est pas confirmé par M. Huchard, qui préfère associer l'iodure aux glycérophosphates. On peut s'adresser au benzoate de soude à la dose de 2 gr. ; la levure de bière a été recommandée par Martinet, et on a prescrit toute la série des antiseptiques intestinaux depuis le naphtol et le charbon jusqu'aux ferments lactiques. En résumé, pour faciliter la tolérance, il faut surtout assurer l'antisepsie intestinale, peut-être diminuer ou supprimer les chlorures, surtout favoriser le fonctionnement du rein ; c'est pourquoi le régime lacté ou lacto-végétarien est souvent le meilleur correctif de l'iodure.

L'usage prolongé de l'iodure retentit quelquefois fâcheusement sur la nutrition générale, peut même faire perdre l'appétit ; surtout, il peut provoquer l'asthénie cardio-vasculaire. Aussi, est-il indiqué d'en modérer ou d'en cesser l'emploi et, dans le premier cas, de donner, dans l'intervalle de son administration, des toniques généraux tels que le quinquina, le fer ou l'arsenic, ou même d'associer l'arsenic à l'iodure, comme dans la formule suivante, dans laquelle on peut aussi bien mettre du cacodylate :

Iodure de potassium.....	10 gr.
Arséniate de soude.....	0 gr. 05
Eau distillée	300 c.c.

dont une cuill. à soupe renferme 0 gr. 50 d'iodure et 0 gr., 0025 d'arséniate : deux par jour.

Quand il faudra lutter contre l'asthénie cardiaque, on s'adressera à la spartéine, dont on donnera quatre à dix centigr. par jour, en 2 fois pendant 4 ou 5 jours ; l'association des deux médicaments dans une même formule risquerait d'amener la précipitation de l'alcaloïde.

Il en serait de même avec le sulfate de quinine et tous les sels d'alcaloïdes ; avec les préparations galéniques riches en tannin (teintures, extraits). Il faut savoir aussi que l'iodure est décomposé par l'eau oxygénée, les peroxydes et les sels des métaux lourds.

L'iodure, absorbé par la voie gastrique, apparaît dans l'urine de deux à cinq minutes après l'ingestion ; on le recherche en traitant l'urine par deux ou trois gouttes d'acide nitrique fumant ; on agite le mélange avec un peu de chloroforme, et celui-ci se colore en violet ou en rose. Une autre méthode consiste à mettre l'iode en liberté dans l'urine par l'addition de quelques gouttes d'eau de chlore, après avoir ajouté à l'urine un peu d'amidon ; il se formera de l'iodure d'amidon, d'un bleu intense. Cette recherche est souvent nécessaire pour s'assurer que l'iodure est rapidement éliminé et n'occasionnera pas d'accidents graves. Sans doute, faut-il aussi que celui ci ne contienne pas d'impuretés ; un chimiste seul en pourra faire la recherche approfondie ; mais le médecin doit savoir que la solution d'iodure ne doit pas se troubler par l'addition d'acide acétique pur. Mais quoi qu'on fasse, il y aura toujours à l'égard de l'iodure la question de l'idiosyncrasie.

THÉRAPEUTIQUE

Notes et impressions thérapeutiques,

Par le Dr NIGOUL,

Ancien interne de l'hôpital Péan.
Médecin des dispensaires des 1er et 2e arrondissements de Paris et des Postes et Télégraphes.

Il nous arrive souvent, dans les services hospitaliers et les dispensaires, de recevoir, en grand nombre, des échantillons de spécialités pharmaceutiques.

Nous les utilisons volontiers et nous établissons ainsi des observations cliniques permettant d'apprécier à leur juste valeur les médicaments nouveau venus. Or, s'il s'en trouve parfois dont l'action thérapeutique est insuffisante, il en est d'autres que nous reconnaissons singulièrement actifs et que nous introduisons bientôt dans notre propre clientèle.

Ne serait-ce pas faire œuvre utile que de publier pour le praticien, les conclusions auxquelles

notre expérience nous a mené, de le diriger pour ainsi dire dans ce dédale de spécialités pharmaceutiques toujours plus nombreuses, de faire, en d'autres termes, pour lui, un travail de sélection indispensable ?

C'est ce que nous nous proposons de réaliser ici dans une série d'articles qui reposeront sur la vérité scientifique et la constatation de faits cliniques nombreux et contrôlés.

***

CHAPITRE PREMIER

Les dyspepsies pancréatiques et intestinales, la stéatorrhée, les troubles digestifs des nourrissons, l'achylie gastrique, traités par un extrait *inaltérable* de pancréas.

La plupart des médecins connaissent la pancréone. C'est un extrait pancréatique de porc mélangé au tanin et qui, de ce fait, se trouve *inaltérable*. Tandis que toutes les pancréatines du commerce perdent dans l'organisme leur action digestive si puissante *in vitro*, et cela parce qu'elles sont attaquées par le suc gastrique, la pancréone traverse l'estomac sans y subir la moindre désintégration moléculaire et passe avec toutes ses propriétés thérapeutiques dans le milieu alcalin duodénal où elle commence à agir.

Les pancréatines commerciales, même enrobées de kératine, sont peu actives, car, ou bien la couche protectrice qui les enveloppe est insuffisante, et elles sont encore désorganisées, ou bien elle est suffisante, et alors leurs principes actifs traversent le tube digestif entier sans pouvoir rompre cette enveloppe, donc sans pouvoir agir.

Nous avons utilisé, à l'exemple de Meyer, Schmidt, Lenné, Fest, la pancréone dans la plupart des cas où la fonction digestive du pancréas était diminuée, insuffisante, où il existe des phénomènes dyspeptiques variés. Or, chez ces nombreux malades, nous pouvons nettement dire que les résultats obtenus ont été constants, rapides et manifestes.

Voici, par exemple, un malade qui a des difficultés pour digérer les graisses et les albuminoïdes. Après les repas, il éprouve des douleurs abdominales, du météorisme, et l'on trouve dans ses selles des morceaux de viande non digérés.

Voici un autre sujet, chez qui l'on constate des diarrhées fréquentes sans glaires, sans fausses membranes et correspondant à l'ingestion un peu copieuse d'aliments ou même venant sans cause apparente.

Voici un diabétique ayant de la stéatorrhée ; et cet autre malade qui, sans diabète, présente des selles graisseuses, huileuses par simple trouble fonctionnel pancréatique.

Voici, enfin, un apeptique, un achylique, c'est-à-dire un malade qui, ayant peu ou pas de sécrétion gastrique, vide rapidement son estomac et amène bientôt des troubles dyspeptiques dans son intestin surmené...

A ces malades, nous donnons 3 à 6 tablettes de pancréone, 2 fois par jour (à la fin de chaque repas) et il est presque constant d'observer en un temps variable, mais le plus souvent assez court, la disparition complète de cette diarrhée, de la stéatorrhée, de la lientérie, des troubles intestinaux douloureux. De plus — et nous avons constaté ce fait bien souvent — l'état général s'améliore. Les digestions étant devenues meilleures, l'assimilation des substances azotées et des graisses étant désormais complète, le malade augmente de poids et ses forces reviennent.

Chez les nourrissons qui digèrent mal le lait (vomissements, diarrhée, météorisme), nous mélangeons à chaque tétée une tablette bien écrasée de pancréone et rapidement l'affection disparaît, l'état général s'améliore.

Les troubles dypeptiques liés au diabète sont également bien influencés par ce remède sans que nous puissions encore nous prononcer sur sa valeur directement opothérapique.

Nous avons l'habitude, au point de vue thérapeutique, de diviser ces malades en deux catégories. Ceux qui présentent des lésions hépatiques, pancréatiques, intestinales sérieuses et chez lesquels il faut agir énergiquement, et ceux qui, peu atteints, ne présentent encore que des troubles fonctionnels passagers. Aux premiers, convient la dose de 6 à 12 et 14 tablettes par 24 heures, aux seconds une dose *préventive*, 2 à 6 et 8 tablettes. Des recherches de contrôle ont été faites dans le service du prof. Lancereaux à l'hôpital de Bon-Secours, à Levallois, et aboutissent aux mêmes conclusions.

En somme, nous pouvons dire que dans les cas où les pancréatines sont indiquées, on obtient avec la pancréone des résultats plus sûrs, plus complets, qu'avec tout autre extrait de pancréas et cela, parce qu'elle est inaltérable et conserve avec leur intégralité fonctionnelle parfaite les triples ferments digestifs de la glande.

(*A suivre.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le médecin de campagne et l'exercice de la spécialité,

Par le Dr BOUDIN (d'Oyonnax),
Ancien interne des hôpitaux de Lyon

Voies urinaires.

VOIES URINAIRES. — Il y a quelque temps, j'apprenais l'installation d'un nouveau médecin à 15 kil. d'Oyonnax. Ce confrère avait l'intention de faire de la médecine générale et de s'occuper, en outre, des maladies des voies urinaires. « Que diable pourra-t-il faire avec sa spécialité ? » ai-je entendu dire à son adresse. « Les voies urinaires, chez nous, ce sont des chaudepisses et rien d'autre ».

J'ai eu l'occasion de visiter l'installation de ce

médecin, Dr Daum, à Molinges-Jura, à propos d'un malade que je lui avais conduit et je suis persuadé que sa spécialisation nous rendra des services.

En effet, quoi qu'on en dise, les maladies des voies urinaires ne sont pas que les blennorragies. Et même, ne serait-ce que cela, qu'il serait de notre devoir de retenir chez nous ces malades, qui sont, d'habitude, livrés aux conseils du potard du coin. Combien, en effet, y a-t-il de praticiens qui soient outillés pour faire des lavages de l'urèthre sans sonde, des instillations, des dilatations ? Pourtant cela se fait couramment pour le traitement des blennorrhagies.

Puis, je me souviens du temps où j'étais interne à l'Antiquaille, à Lyon, du nombre d'urinaires chez lesquels des mains malhabiles avaient fait des fausses routes uréthrales. Oui, le cathétérisme offre parfois de grandes difficultés ; il faut un tour de main pour sonder certains prostatiques et j'estime que, dans ces circonstances, un praticien de campagne sera bien heureux d'avoir, à proximité de chez lui, un confrère qui pourra tirer un rétentionniste de ce cruel embarras.

A côté de ce cathétérisme destiné à l'évacuation, le spécialiste de campagne pourra pratiquer des explorations. Est-ce un rétrécissement qui entretient cet écoulement rebelle ? Et ce malade qui pisse mal, est-il un rétréci ?

Cet examen conduira au traitement : instillations, dilatation progressive, le jeu des Béniqué, les massages de l'urèthre avec les bougies de gomme plombées, etc. Au besoin, le spécialiste pourra faire une uréthrotomie interne, sans que le patient ait besoin de recourir aux médecins d'urinoirs et de 4e page des journaux.

A côté de ces cas, relativement rares, dans nos campagnes, s'ajoutent les nombreux malades qui ont tout bénéfice à retirer des lavages et instillations de l'urèthre, des lavages de la vessie. Certains prostatiques, légèrement infectés, ont besoin d'être cathétérisés, pour vider complètement leur bas-fond vésical, puis de recevoir le lavage bienfaisant qui calmera leur ténesme. Ces mêmes prostatiques, abandonnés à eux-mêmes par un médecin trop pressé ou peu au courant, n'auront-ils pas avantage à venir trouver le spécialiste de leur voisinage pour se faire sonder, ou le faire venir pour qu'il procède lui-même à cette petite opération? Bien plus, combien d'infections vésicales, avec tous leurs inconvénients ne seraient-elles pas évitées, chez ceux qui se sondent eux-mêmes, car un malade, quel qu'il soit, ne saura jamais pratiquer une asepsie absolue.

Nous pourrions enfin adresser à notre confrères les cas plus difficiles à élucider. Le médecin traitant et lui, en consultation, pourront trouver la cause de cette pyurie, de cette hématurie. Est-ce le rein ? la vessie ? l'urèthre ? Y a-t-il tumeur, calcul, tuberculose ? Ce seront alors les recherches avec les appareils spéciaux, cystoscope, diviseur des urines, etc., qui viendront en aide à la clinique pour débrouiller ce cas épineux. Enfin, c'est à ce confrère auquel on aura recours pour faire une ponction de la vessie, si on n'ose l'entreprendre soi-même ; à lui encore la recherche d'un corps étranger de la vessie, l'extraction d'un fragment de sonde trop vieille et restée en cours de route.

Le champ d'action du spécialiste est donc assez étendu, bien qu'il ne soit pas à lui conseiller de se lancer dans certaines opérations plus délicates, dont l'insuccès produirait un effet regrettable. Ces cas doivent être réservés pour ceux qui, dans les grands centres, se sont adonnés, d'une manière complète, à cette spécialité.

Le Dr Daum, de Molinges, avait donc raison dans sa tentative et, d'Oyonnax, mes confrères et moi, avons déjà eu recours à ses bons services. Il est aussi, pour moi, une preuve que je suis dans le vrai, lorsque je viens conseiller aux médecins de campagne de faire chacun sa spécialité.

Instrumentation.

Sondes et bougies :		
à boule, exploratrices, 10 numéros à 2 fr.	20	»
à béquille, nos 8, 12, 15, 1, 20, à 1,50	9	»
de Nélaton, nos 16, 20, à 1 fr.	2	»
Bougies filiformes, 3 variétés, à 1,75	5	25
Bougies dilatatrices, nos 6 à 24, à 1 fr.	19	»
Bougie à bout coupé	1	»
Sondes olivaires, pou rétrécis, nos 6, 8, 14.	3	75
Cylindre en verre pour tenir 20 sondes ou bougies avec désinfection au trioxyméthylène	15	»
21 Béniqué (Guyon) la série	67	»
Seringue à hydrocèle de Janet, 150 gr	14	»
Seringue à installations, de Guyon	6	»
Pince-poussette de Collin, pour corps étranger	10	»
Trocart pour ponction de la vessie	7	»
Explorateur Guyon, pour calculs, nos 2, et 4	14	»
Mandrins pour sondes, 2	1	»
Uréthrotome de Maisonneuve	24	»
Lithotriteur, mors plats	39	»
Cystoscope (pas indispensable) de Nitze	94	»
Uréthroscope (pas indispensable)	65	»
Diviseur des urines (pas indispensable)	75	»

Mobilier

Porte-douche (qui n'est pas indispensable, car on peut pendre au mur une douche d'Esmarch)	50	»
Un lit, chaise longue, ou autre (on peut employer celle qui se trouve dans tous les cabinets de médecins.)		

Accessoires

Embouts pour lavages sans sonde (Janet).	1	»
Urinal en verre	1	»
Doigtiers caoutchouc		
Huile ou vaseline stérilisée		

Total de l'installation

Installation simple	269	»
Avec les objets non indispensables, nous avons un total de 553 fr.		

LES PROPHARMACIENS

Le problème médico-pharmaceutique.

Dernier son de cloche.

.... Et le flot monte toujours,— le flot des lettres qui nous apportent de tous les coins de la France l'opinion de tel ou tel de nos camarades sur la question soulevée par mon article sur les *Propharmaciens*. Il monte et menace de nous submerger.

Vraiment, je ne me figurais pas, en remettant à l'imprimeur les épreuves corrigées de cet article, qu'il aurait un tel retentissement, ni qu'il serait le point de départ de ces polémiques ardentes dont les colonnes du journal se font l'écho depuis trois mois... Tout de même, quel champ de travail admirable, fécond, que notre groupement professionnel ! Il suffit d'y semer une idée pour qu'immédiatement elle éclose et pousse en rameaux multiples, dans un effort souvent synergique, parfois aussi discordant, mais qu'anime toujours un profond souci de l'intérêt du corps médical et la constante préoccupation du sort de ses membres.

Merci donc à tous les amis connus et inconnus qui nous ont livré généreusement leurs commentaires et leurs appréciations. Le tout, soigneusement classé, représente un vaste et volumineux dossier dont nous prétendons nous inspirer et faire notre profit pour en dégager les conclusions qui nous paraissent traduire le mieux les desiderata de la majorité.

Conclure, c'est là en effet la tâche qui m'incombe et devant laquelle je ne songe pas à me dérober.

« Vous avez attaché le grelot, m'ont dit mes collaborateurs de la rédaction. A vous de lui faire rendre un dernier son. Et veillez à ce qu'il tinte harmonieusement aux oreilles de nos lecteurs... »

Nos correspondants nous pardonneront donc de ne pas reproduire intégralement leurs très intéressantes compositions : dix numéros du *Concours* n'y suffiraient pas. Mais, comme il serait injuste de ne pas leur faire l'honneur de la paternité de leurs opinions, nous leur demandons la permission d'en extraire la quintessence. Aussi bien se rendront-ils compte, sous cette forme résumée et synthétisée, de la communion de pensées en laquelle tant d'entre eux se sont rencontrés. Aussi bien, se précisera mieux le but encore lointain sans doute, mais déjà plus visible où doivent tendre nos travaux. Ainsi se justifiera une fois de plus le titre de notre *Concours Médical* et sa devise, chacun de nous travaillant *concurremment* avec ses voisins au bien-être... au mieux-être de la grande famille médicale.

***

Mignardot réclame l'égalité entre tous les médecins tant en titres qu'en droits, pour exercer dans des conditions identiques ; il demande que *tous* les médecins puissent faire la pharmacie.

Hilcock formule la même requête, le médecin ayant un intérêt personnel à guérir et à sauver son malade et par conséquent à avoir de bons médicaments.

Meunier s'insurge contre le reproche adressé aux propharmaciens d'abuser des prescriptions médicamenteuses et tire argument, en faveur de sa thèse, de ce que les vétérinaires fournissent tous les médicaments nécessaires à leur clientèle et ne sont pas, à sa connaissance, taxés d'abus.

Il fait en termes incisifs le procès des pharmaciens, et conclut son réquisitoire, — je ne trouve pas de mot qui qualifie mieux son élucubration — en demandant que « nul ne soit autorisé à exercer l'une des deux professions que s'il a les deux diplômes ».

Moitier s'inspire de l'exemple de l'Angleterre pour soutenir la légitimité de la pharmacie aux médecins, tout en reconnaissant combien de difficultés et d'obstacles rencontrera une telle transformation.

Dupont, le très inspiré collaborateur dont nous avons à mainte reprise reproduit des plaidoyers *pro domo medicorum* marqués au coin du meilleur *bon sens*, voit surtout le remède à la crise actuelle dans la limitation du nombre des médecins et des pharmaciens. « Sans doute, écrit-il, il est parfaitement défendable en théorie, de vouloir étendre à tous les médecins la faculté de faire la pharmacie que confère la loi de Germinal à ceux qui exercent dans certaines conditions ; mais en pratique, il n'en est plus de même.... Hors la limitation, point de salut... »

Chauvenet, tout en se prononçant formellement en faveur de la propharmacie, prêche surtout la concorde et l'union. Il est optimiste et rêve, comme Candide, que tout soit pour le mieux dans le meilleur des mondes professionnels, et que médecins, propharmaciens et pharmaciens trouvent, chacun dans sa sphère, l'honnête profit que doit leur apporter le loyal exercice de leur art. « Restons unis, dit-il, pour des luttes autrement pressantes. »

Péricat, dans une réponse qu'il adresse à Prunet, et que celui-ci nous transmet, continue à taper ferme sur les propharmaciens, avilisseurs d'honoraires et débitants de drogues, et sur les illégaux de la médecine,— ses deux bêtes noires. Il s'en tient plus que jamais à sa précédente proposition : l'uniformisation du mode d'exercice de la médecine par l'extension à tous les médecins des droits accordés aux propharmaciens par la loi de Germinal, dont l'article 27 devrait être ainsi modifié : « *Tout médecin, — qu'il ait ou non une officine à ses côtés, — devrait être autorisé à donner des médicaments à tout malade habitant à (x) kilomètres d'une officine.* »

Prunet risposte à son tour et fait ressortir toute l'inconséquence d'une telle rédaction, grâce à laquelle tous les médecins « pourraient toujours être ou se dire propharmaciens, parce que tous auraient ou pourraient avoir des clients à (x) kilomètres. »

Il propose le texte suivant : « *Les Docteurs en médecine établis dans les communes dépourvues d'officine, et résidant à (x) kilomètres du pharmacien ou du médecin le plus rapproché, pourront....*

délivrer des médicaments aux personnes moins éloignées d'eux que d'une officine. »

Il prévoit en outre la subordination de l'exercice de la propharmacie à l'approbation du Syndicat médical intéressé, ce Syndicat pouvant « en cas d'abus, demander et obtenir le retrait de l'autorisation. »

Péricat et Prunet, qui se sont fait des concessions mutuelles et que leur échange de correspondance a quelque peu rapprochés, sont tout à fait d'accord pour incriminer, avec la majorité des praticiens, l'encombrement, en tant que cause originelle de tous les maux dont nous souffrons, et ils me font l'honneur d'adopter ma proposition précédente de diminution du nombre des Médecins par la limitation du nombre des étudiants en médecine.

Cocar enfin se plaint également de l'encombrement et de la concurrence rabaisienne qui en résulte, et il en voit la suppression dans la création de consultants régionaux suffisamment instruits dans toutes les branches de la médecine, qui ne pourraient exercer pour leur propre compte, mais qui se tiendraient à la disposition des praticiens pour leur prêter la lumière de leur science et leur dextérité d'opérateurs quand le besoin s'en présenterait.

Nous enregistrons toutes ces suggestions sans les discuter. Nous reviendrons certain jour sur telles d'entre elles qui méritent qu'on s'y arrête et qu'on les examine plus en détail.

Nous reparlerons notamment de la fameuse limitation sur laquelle, — disons-le incidemment, — nous venons de nous étendre longuement ailleurs (*Courrier Médical*, n° 51, 19 déc. 09).

De tout ce dépouillement, comme de ce que nous avons déjà publié et de ce qui nous a été dit de divers côtés, il ressort d'une façon irréfutable que la formule qui paraît la mieux adaptée aux désirs de tous peut s'exprimer en cette brève phrase : *La pharmacie aux médecins.*

La pharmacie aux médecins.... Je ne me dissimule pas, en écrivant ces mots, le *tolle* qu'ils vont soulever contre cette outrecuidante prétention, et de la part des pharmaciens, et de la part du public lui-même qui ne manquera pas de nous traiter d'accapareurs. Je prie qu'on ne nous condamne pas sans nous entendre, ni que les pharmaciens ne voient pas là une déclaration de guerre qui n'est ni sur nos lèvres ni dans nos cœurs.

Je condense en quatre mots ce que j'ai lu dans la correspondance qui m'a été soumise. Je dirai plus tard comment j'en conçois l'interprétation. Mais auparavant, et pour faire une assise solide à l'argumentation que je me propose de développer, il me paraît opportun de publier un travail qui a été remis au *Concours* en mars 1907 et que j'ai retrouvé dans les cartons où il dormait paisiblement, en attendant la circonstance favorable qui pourrait le réveiller. Cette circonstance se présente aujourd'hui. Il serait regrettable de n'en pas profiter, et de ne pas mettre au jour des idées dont je me déclare personnellement impuissant à faire mieux qu'une modeste paraphrase.

***

Un très grand nombre de médecins doivent faire de la pharmacie, tous doivent prescrire ; il est donc indispensable qu'ils aient des connaissances en pharmacie, et leurs études doivent leur permettre d'acquérir ces connaissances.

D'autre part, les pharmaciens font tous de la médecine, et, dans l'état des mœurs, il est impossible de s'y opposer ; bien plus, il est des cas où ils sont en quelque sorte autorisés à intervenir, s'il s'agit par exemple d'un accident sur la voie publique, de soins d'extrême urgence, etc. ; ils devraient donc avoir des connaissances médicales qui actuellement leur font défaut.

Et cette double constatation amène à souhaiter qu'un même diplôme donne accès aux deux professions.

§

Pendant longtemps on a cherché à séparer le plus possible l'exercice de la médecine et l'exercice de la pharmacie : si la chose a pu, dans une certaine mesure se comprendre autrefois, il n'en est plus de même aujourd'hui.

On invoquait la nécessité d'un contrôle exercé sur les ordonnances médicales, la protection du public contre l'exploitation possible de sa crédulité et de son ignorance et, dans un autre ordre d'idées, la différence fondamentale existant entre la confection des médicaments et les soins réclamés par les malades : voyons ce que valent ces raisons.

Le contrôle suppose que le pharmacien lui-même exécute toutes les ordonnances. Or, on sait qu'il n'en est plus ainsi, que les ordonnances sont confiées à des élèves et plus souvent encore à de simples employés dont le savoir ne peut présenter aucune garantie ; le contrôle n'existe donc pas. Et d'ailleurs chacun sait que si le médecin, lorsqu'il rédige son ordonnance en causant avec le malade ou avec sa famille, peut commettre une erreur et écrire par exemple « gramme au lieu de « centigramme », il ne se tromperait pas s'il avait à exécuter lui-même sa formule et à placer le poids dans la balance. L'exemple des médecins de campagne qui font la pharmacie en fait foi ; ils ne commettent pas plus d'erreurs que les pharmaciens eux-mêmes.

La longueur et la complexité des études pharmaceutiques pouvaient encore être autrefois invoquées, mais la matière médicale s'est beaucoup simplifiée ; elle tient dans une cinquantaine de médicaments dont la préparation exige des laboratoires spéciaux et est devenue impossible aux simples pharmaciens. Il en est résulté que la profession de pharmacien n'est plus une, qu'il y a, d'un côté, des préparateurs, relativement peu nombreux, et d'un autre côté, des débitants dont le nombre va sans cesse croissant. La qualité de préparateur exigerait sans doute des études complémentaires, mais il en serait comme de toutes les spécialités médicales : l'oculiste, l'aliéniste, le gynécologue, l'électricien, doivent compléter leurs études lorsqu'ils sont munis du diplôme de docteur.

Quant aux pharmaciens débitants, qui de plus en plus tendent à devenir de simples commerçants achetant en gros des produits qu'ils revendent en détail, on peut se demander si leur utilité sociale est indiscutable.

Nous ne croyons pas devoir insister sur l'exploitation de l'ignorance et de la crédulité. Quand le public se fait exploiter, c'est généralement à bon escient ; c'est que de parti pris, il s'adresse à des charlatans, et d'ailleurs il ne se laisse exploiter qu'autant qu'il le veut bien. Lorsque, sans ordonnance médicale, il s'adresse aux pharmaciens ou lorsque le médecin de campagne lui délivre les médicaments

dont il a besoin, ce public est-il donc tellement exploité ? Personne n'oserait le soutenir.

§

L'unification du diplôme pour les professions médicale et pharmaceutique présenterait au contraire de très grands avantages.

Elle n'aurait pas pour conséquence forcée l'exercice simultané des deux professions ; les diplômés seraient libres d'exercer l'une ou l'autre des deux professions ou bien les deux à leur volonté et dans la mesure qu'ils jugeraient convenable. Dans les villes la spécialisation s'opérerait davantage ; dans les compagnes, par contre, la confusion s'opérerait pour le plus grand bien du public.

Médecin et pharmacien n'y sont pas toujours à la portée facile du malade et celui-ci n'a pas non plus toujours à sa disposition serviteur, cheval, voiture, etc. ; il en résulte que le malade doit le plus souvent avoir recours à un commissionnaire pour aller chercher le médecin d'abord et ensuite les médicaments prescrits : de là double dérangement, onéreux toujours et retard parfois préjudiciable à un prompt soulagement.

Tous les malades des campagnes diront qu'ils ont le plus grand avantage à ce que le médecin qui vient les visiter leur délivre en même temps les médicaments.

Faut-il ajouter que médecins et pharmaciens en sont arrivés à ne plus gagner leur vie ni les uns ni les autres et que la faim n'a jamais passé pour être bonne conseillère.

Ces considérations, quelle que soit leur valeur, ne sont pourtant pas les seules à invoquer ; il en est de beaucoup plus sérieuses à nos yeux.

Le médecin porte la responsabilité du traitement qu'il institue et il ignore les armes dont il est obligé de se servir : ses prescriptions sont exécutées par un tiers auquel il est contraint de faire confiance, sur lequel il n'a aucun contrôle et qui peut le tromper aussi bien sur la nature du médicament que sur sa valeur réelle et son dosage. La chose est au moins bizarre.

Le médecin est obligé souvent de recourir à des examens microscopiques, à des analyses chimiques, en un mot à des travaux de laboratoire que faute de temps, de recueillement et parfois aussi d'expérience, il ne peut exécuter ; il doit s'adresser au pharmacien qui s'est spécialisé dans ces travaux. Il lui faut donc encore s'en rapporter à un tiers, et à ce tiers les connaissances médicales sont absolument étrangères.

De sorte qu'on arrive à cette conception merveilleuse que le pharmacien, incompétent lui-même, fournit au médecin ses éléments de diagnostic et que le médecin ordonne des médicaments qu'il ne connaît pas !!!

L'art de guérir est un, il ne peut être scindé ; il est encore moins admissible qu'une partie en soit dévolue à un homme auquel les connaissances médicales sont absolument étrangères.

Le médecin praticien ne peut être universel, il ne peut tout faire, c'est entendu ; mais s'il recourt à un spécialiste, il doit être en mesure d'avoir avec celui-ci une véritable consultation et la chose est vraie aussi bien lorsqu'il s'agit du pharmacien que lorsqu'il s'agit d'un spécialiste médical.

Pour être son auxiliaire véritable, il faut que le pharmacien ait la compétence nécessaire, il faut qu'il ait les connaissances médicales indispensables. Et il ne s'agit pas seulement de la pharmacie ; il faut qu'il en soit de même de l'orthopédie, de l'électricité médicale, de l'optique médicale, etc., de toutes les professions qui touchent l'art de guérir et qui sont actuellement séparées de la médecine proprement dite.

§

Une telle conception n'est pas nouvelle ; elle a été exposée dès 1881 lorsque fut mise à l'étude la révision de la loi sur l'exercice de la médecine.

A l'objection que la réforme ne pourrait que déconsidérer le corps médical, nous répondions que nous ne pouvions admettre cette prétendue déconsidération.

Scientifiquement, parce que l'homme qui diagnostique une maladie et constate une indication thérapeutique, est et doit être responsable devant sa conscience des moyens qu'il emploie, et que cette responsabilité est illusoire s'il est tenu d'accepter, les yeux fermés, un produit qu'il ne peut contrôler ;

Moralement, parce que la responsabilité en question incombe à lui seul et que, s'il est regrettable de lui voir rejeter cette responsabilité sur un autre, il est non moins pénible pour lui de voir ses efforts rendus vains par la mauvaise qualité du remède qu'on lui a fourni ; moralement encore et d'une façon plus générale, parce que l'honnêteté contraint au respect et à la considération, parce qu'on ne saurait diminuer l'homme qui exerce en conscience la plus belle des professions et que ce n'est pas le fait de délivrer un médicament quelconque qui changera à son égard le sentiment public.

A l'objection du surcroît d'études, nous répondrions :

Si le pharmacien a le droit de délivrer tous médicaments, s'il a le droit de donner des consultations, faire des visites, pratiquer des opérations, etc., on conviendra bien qu'il peut lui servir à quelque chose d'avoir des connaissances médicales. S'il se borne à préparer des médicaments et, par goût, ne veuille pas faire de la médecine, eh bien, il n'utilisera pas ses connaissances médicales qui, pour cela, ne lui seront pas superflues ; elles le mettront en garde contre la préparation de ces remèdes aussi composés qu'inactifs dont l'annonce s'étale à la quatrième page des journaux ; elles lui rappelleront aussi qu'il n'est pas un simple commerçant chargé de débiter au plus haut prix le plus de drogues possibles. Et d'ailleurs ne voyons-nous pas actuellement des pharmaciens rechercher le grade de docteur en médecine ? Et certaines pharmacies ne se recommandent-elles pas de leur titre : Pharmacie du Dr X.. ? Si ce titre est recherché, c'est donc qu'on lui accorde une certaine valeur.

Quant au médecin, croit-on qu'il lui soit inutile d'avoir en pharmacie des connaissances un peu plus étendues ? Et vraiment croit-on perdu pour lui le temps passé à acquérir ces connaissances ? S'il lui fallait négliger tout ce qui ne doit pas lui être d'une utilité immédiate, il faudrait singulièrement réduire les programmes : à quoi servirait d'étudier la médecine opératoire à celui qui est fermement décidé à ne jamais tenir un bistouri ? A quoi l'obstétrique pour tel qui ne s'occupera jamais que des maladies des yeux ?

Tous nous étudions ces matières qu'une fois l'examen passé, nous nous empressons de laisser de côté pour nous pénétrer plus à fond de celles qui spécialement nous attirent : est-ce une raison pour dire que le peu qui nous reste de ces matières indifférentes nous soit inutile ?

Et puis, il y a pharmacie et pharmacie.....Nous ne demandons pas que l'enseignement de la pharmacie soit actuellement ce qu'il était il y a cinquante ans. La pharmacie de jour en jour se simplifie, grâce aux progrès de la chimie ; plus celle-ci progresse, plus s'amoindrit la première. Est-il donc besoin d'un temps tellement long pour apprendre le tour de main nécessaire à la confection d'une émulsion ou d'une autre préparation usuelle ?

On pourra modifier la législation, édicter telle ou telle mesure, formuler telle ou telle prohibition: on n'empêchera pas la création de ces grands laboratoires où se prépare ce que nous appellerons les matières premières de la pharmacie, les produits chimiques, les extraits, etc., on n'empêchera pas la petite officine de s'approvisionner dans ces grandes maisons de toutes les substances qu'elle ne saurait produire aussi bien et à aussi bon marché ; on n'empêchera pas que le rôle du pharmacien ne se réduise de plus en plus à la confection des ordonnances et que ces ordonnances ne se simplifient pas de jour en jour. Ce rôle réclame-t-il donc une législation particulière, une existence indépendante ? Nous ne le pensons pas, et c'est parce que nous le regardons comme inutile, parfois même comme nuisible, que nous demandons sa suppression.

Et en même temps que nous écrivions ces lignes, M. le Professeur Diday, de Lyon, demandait « que nul ne puisse obtenir le diplôme de pharmacien sans avoir reçu un enseignement et satisfait à des épreuves établissant son instruction sur les cas morbides que, dès le lendemain de son installation, il va être appelé à soigner ».

§

A ces arguments de 1881, nous n'avons rien à retrancher, nous ne pouvons qu'ajouter ceux qui nous sont fournis par la transformation que depuis a subie encore le rôle du pharmacien et à laquelle nous faisions allusion plus haut.

Nous concluons donc :

La séparation des deux professions médicale et pharmaceutique n'ayant aucune raison d'être et ne pouvant même être assurée par l'Etat, il y a lieu d'unifier le diplôme qui leur donne accès.

Les études conduisant à ce diplôme unique devront en conséquence être à la fois médicales et pharmaceutiques. (*A suivre.*)

A propos de l'exercice illégal de la médecine.

L'infirmier et le médecin.

S'il est une question bien à l'ordre du jour, c'est bien celle de l'exercice illégal de la médecine. Combien de parasites vivent en effet de notre profession, qui a nécessité de longues années d'études et de grands frais ! Depuis l'infirmier plus ou moins diplômé juqu'au rebouteur ignorant et sans scrupule. La loi de novembre 1892 est pourtant nette à ce sujet, puisqu'elle ne reconnaît, à côté des médecins et des officiers de santé, que les dentistes et les sages-femmes (ces derniers n'étant d'ailleurs tolérés que pour certaines applications médicales particulières).

Pourquoi donc ce succès toujours croissant des empiriques, alors que certains confrères fort honorables ne demandent que du travail pour se préserver eux et leur famille d'une misère d'autant plus horrible qu'elle doit être cachée? Il y a là de multiples raisons qui peuvent, à mon avis, se résumer ainsi :

1° Ignorance du public, sans cesse enclin à se porter vers des méthodes bizarres, surnaturelles, mais toujours lucratives pour ceux qui, sans conscience, les exploitent. Certains confrères (très honorables) ont proposé de faire l'éducation de ce public par des articles simples et sérieux, écrits dans des journaux hebdomadaires ou quotidiens (articles absolument dépourvus de toute idée de réclame) ; mais les autres, se drapant dans leur dignité professionnelle (tout en serrant leur ceinture d'un cran, du moins pour quelques-uns) ont été épouvantés de la concurrence (si concurrence il y a, puisque tous ont le droit d'en faire autant) et ont qualifié ces procédés de réclame déshonorante. C'est une question d'appréciation.

2° Apathie des confrères qui préfèrent ne pas se mêler d'affaires toujours ennuyeuses et s'abstiennent de fournir aux Commissions particulières des Syndicats les preuves qui leur sont indispensables. Nonchalance aussi de certains Syndicats régionaux qui, sous prétexte d'éviter des frais de procédure trop onéreux, refusent de poursuivre les coupables (et la commission syndicale de l'exercice illégal de la médecine en est donc réduite à une existence illusoire).

3° Condamnation stupide de l'empirique (lorsqu'il l'est), la partie civile ne réclamant que le franc de dommage intérêt : cela lui fait tout simplement de la réclame à bon compte, alors que nous devrions tous imiter le syndicat de Nantes qui vient de réclamer 5000 fr. à un magnétiseur.

4° « Je-m'en-foutisme » de certains magistrats qui, estimant le corps médical trop désuni et incapable de s'occuper de ses intérêts, acquittent le prévenu (et je ne crois pas qu'on puisse leur donner tous les torts). En effet quoi de plus mauvais pour notre profession que de voir un syndicat, chargé d'expertiser une note d'un de ses adhérents, se déclarer incompétent, alors qu'un confrère appelé en seconde expertise fait un rapport favorable au médecin? Qu'a dû penser ce magistrat ?

Et pourtant, il y a une solution pratique, mais encore faudrait-il que chacun y mît un peu du sien.

Dans le *Concours médical*, le docteur P. Goyon dont j'admire l'énergique initiative, a proposé certains moyens qui ont paru à quelques-uns trop brutaux ; aussi je crois que la solution serait vue d'un meilleur œil par chacun de nous, si elle était le résultat de conciliations mutuelles. Et voici, à mon avis, comment la question pourrait être résolue :

1° La loi de novembre 1892 confère au médecin diplômé du Gouvernement français, et à lui seul, le droit d'intervenir toutes les fois qu'il y a maladie quelconque (aucun doute à ce sujet).

2° S'il désire se faire assister d'aides non médecins, il le peut, mais *sous sa responsabilité propre et sous son contrôle direct* (à lui de ne couvrir de son titre aucun empirique, fait qu'une conscience loyale et qu'un esprit droit ne peut que réprouver).

3° D'où la nécessité de faire une sélection sévère parmi ceux qui se sentent des aptitudes particulières à soigner les malheureux, d'où la nécessité d'écoles *officielles* d'infirmiers, où des personnes sérieuses et de moralité non douteuse, seraient admises et recevraient, après un stage raisonnable, un certificat d'assiduité et d'honorabilité, qui ne serait pour elles qu'un moyen

d'être agréés par le corps médical (qui saurait à qui il a affaire), mais qui, dans aucun cas, ne pourrait leur conférer le droit de faire de la médecine *sans le concours direct d'un médecin* qui prendrait la responsabilité du traitement.

4° A part ce cas *unique*, où l'infirmier officiel, (si je puis m'exprimer ainsi) serait appelé et recommandé par un médecin, toute personne se livrant à un acte médical quelconque devrait être poursuivie et condamnée à payer au syndicat de la région une indemnité pécuniaire aussi forte que possible et telle que l'envie de recommencer lui soit enlevée à jamais.

Ceci me conduit à parler un peu de cet infirmier officiel. Que doit-il savoir ? Que doit-il faire ? Car je tiens à fournir quelques explications à ceux de mes confrères qui réclament carrément leur suppression.

L'infirmier futur doit être à même de trouver, dans des écoles professionnelles semblables à celles de Paris, Bordeaux, où des conférences théoriques et pratiques sont faites par des *médecins compétents*, des notions générales d'anatomie, de physiologie, de pathologie, de petite chirurgie et de physiothérapie. Les études doivent durer au moins un an et se terminer par une leçon de déontologie, dans laquelle seront mentionnés avec soin les devoirs de l'infirmier vis-à-vis du médecin et du malade et les peines qu'il pourrait encourir s'il n'exerçait pas sa profession d'une façon honorable.

L'infirmier en question, sorti de ces écoles officielles, offre au corps médical et à la clientèle une garantie sérieuse. Il peut alors être inscrit au syndicat régional sur une liste que tout médecin doit posséder et exercer sa profession indéfiniment, à moins qu'une plainte motivée soit adressée audit syndicat par un confrère et nécessite sa radiation momentanée ou définitive.

Résumons maintenant, aussi succinctement que possible, ce qu'il est appelé à faire en clientèle (sujet qui me servira de base pour un article ultérieur) : garder un malade (la nuit ou le jour), lui faire exécuter l'ordonnance prescrite par le médecin traitant, le transporter d'un lit à l'autre ou sur un fauteuil, le changer, prendre et noter sa température, recueillir méthodiquement les urines ou les crachats pour une analyse ultérieure, renseigner le médecin sur l'évolution de la maladie pendant son absence, préparer les pièces d'un plâtre ou silicate d'un pansement que le médecin doit toujours faire lui-même, faire stériliser des linges ou des instruments en vue d'une opération, être en un mot l'intermédiaire utile entre le médecin et le client, *sans jamais vouloir se substituer à celui-ci.*

Que lui est-il absolument interdit de faire ? Tout ce qui, par son caractère essentiellement thérapeutique, doit être laissé au médecin seul (plâtres, silicates, pansements, ventouses, massages, injections hypodermiques). Et de plus, il ne doit jamais discréditer un confrère ou une méthode thérapeutique quelconque.

Certaines qualités lui sont aussi indispensables : il doit être bon, doux avec les malades, honnête, méticuleux et propre.

Tel est, en quelques mots, l'exposé de la situation, au sujet de laquelle je compte revenir en étudiant certains détails de la question. Ce ne sont là que des généralités bien vagues, mais suffisantes (je crois) pour montrer à chacun de nous qu'il peut exister une solution capable de donner satisfaction à tous.

Je terminerai cet article en espérant vivement qu'un avenir meilleur est réservé à la profession médicale, que cet esprit de discorde et de jalousie, présenté sous des dehors de bonne confraternité, tend à disparaître et que le jour viendra où, sans parti pris et sans esprit d'opposition à telle ou telle méthode scientifique, le médecin entretiendra des relations franches et cordiales avec les confrères dont l'honorabilité ne peut être mise en doute. L'union fait la force, a-t-on-dit, mais l'union sincère et non superficielle. Ne fournissons pas aux empiriques l'occasion de nous discréditer et d'attirer chez eux la clientèle qui nous échappe.

Docteur J. GASTON,
(de Lyon)
Délégué régional du Syndicat général des Médecins kinésithérapeutes de France.

Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel

SOU MÉDICAL

Séance du 30 décembre 1909.

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, Gassot, Cézilly, Diverneresse, de Grissac, Noir et Dumesny.

Admissions.— Sur la proposition du Trésorier, le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres dont les noms suivent :

MM. les Docteurs :

1456 Sargnon, à Lyon, 7, rue Victor-Hugo.
1457 Bellœuf, à Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire)
1458 Duguet, à Paris, 4 bis, rue d'Estrées.
1459 Bernard, à Cavignac (Gironde).
1460 Boutier, à Loches (Indre-et-Loire)
1461 Charles, à Blanc-Misseron (Nord).
1462 Forterre, à Yport (Seine-Inférieure).
1463 Griolet, à St-Ambroix (Gard).
1464 Blanchard, à Thonon (Haute-Savoie).
1465 Girerd, à Ivry (Seine).
1466 Grailly, à Vouvray (Indre-et-Loire).
1467 Hélouin, à Alfortville (Seine).
1468 Galen, à Montpellier.
1469 Banal, à Montpellier.
1470 Landret, à Bordeaux, 33, rue Bouffard.
1471 André, à Marseille, 20, rue de Lodi.
1472 Juge, à Marseille, 11, boulevard Baille.
1473 Caruette, à Conflans-Ste-Honorine (Seine-et-Oise).
1474 Caldier, à Beaucaire (Gard).
1475 Forgue, à Montpellier.
1476 Vigouroux, à Montpellier.
1477 Soubeyran, à Montpellier.
1478 Merveille, à Dunkerque (Nord).
1479 Daum (Henri), à St-Sulpicin (Jura).

1480 Moitessier, à Montpellier.
1481 Batailler, à Cette (Hérault).
1482 Rebreyand, à Calais (Pas de-Calais).
1483 Delay, à Bayonne. (Basses-Pyrénées).
1484 Sénéchal, à Calais (Pas-de-Calais).
1485 Guy, à Béziers (Hérault).
1486 Cayrol, à Béziers (Hérault).
1487 Schæffer, à Béziers (Hérault).
1488 Rome, à Béziers (Hérault).
1489 Emonet, à Foix (Ariège).
1490 Gœthals, à Rosendaël (Nord).
1491 Vancecloo, à Petite-Synthe (Nord).
1492 Gomma, à Ax-les-Thermes (Ariège).
1493 Sempé, à Tarbes (Hautes-Pyrénées).
1494 Spiral, à Montmédy (Meuse).
1495 Déléon, à Lancey (Isère).
1496 Mage, à Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).
1497 Daviot, à Domont (Seine et-Oise).
1498 Petit, à Saumur (Maine-et-Loire).
1499 Guibal, à Béziers (Hérault).
1500 Chini, à Nice. 33, boulevard Dubouchage.
1501 Arsac, à Bordeaux, 64, rue Croix-de-Seguez.
1502 Casanouve, à Cambes (Gironde).
1503 Durand, à Lyon, 3, rue du Chariot-d'Or.
1504 Guibourg, à Venèfles (Ille-et-Vilaine).
1505 Thomas de la Pintière, à St-Pierre-du-Chemin (Vendée).
1506 Nurdin, à Fougerolles (Haute-Saône).

Le Conseil vote les dépenses suivantes :

1° 154 fr.70 pour frais et honoraires restant à la charge du Dr L. de C. dans une affaire d'appel de justice de paix : recouvrement d'honoraires pour lequel le Dr avait eu gain de cause devant la premier juge et avait été *traîné en appel* par un adversaire procédurier, qui s'est désisté au dernier moment lorsqu'il a vu qu'il allait succomber, en prenant à sa charge tous les frais. Ceux que le « Sou » rembourse aujourd'hui à son adhérent seraient restés pour compte à celui ci, même gagnant son procès sur toute la ligne. Son adversaire a donc complètement manqué son but qui était de faire dépenser en justice au Dr L... la différence entre ce qu'il réclamait et ce qui lui était offert, car l'affaire, grâce au « Sou Médical » ne lui coûte absolument rien, et il touche intégralement ses honoraires.

2° 2.454 fr. 26 dont 454,26 pour les frais de procès et 2000 fr. à valoir sur les dommages-intérêts qu'un adhérent a été contraint de payer pour responsabilité médicale. Les 2.000 fr. sont à la charge de la Caisse de garantie.

— Le Dr M., de L...,ayant obtenu gain de cause par défaut en justice de paix contre un Directeur d'assurance dont il avait accouché la femmes est *traîné en appel* par son client récalcitrant, malgré la modération extrême de sa note.

Le « Sou Médical », estimant que cet adhérent est victime d'une mauvaise volonté par trop flagrante, lui accorde son appui pécuniaire à concurrence de 150 francs, dont 100 francs pour les honoraires de son avocat.

— Le Dr G., de N., a demandé un conseil pour un recouvrement à opérer dans les circonstances suivantes :

Il a donné des soins à des enfants mineurs qui demeurent avec leur mère chez un parent à eux, alors que le mari, séparé de fait de sa femme, réside en Corse. M Gatineau lui a donné la consultation suivante :

Il est possible de saisir le juge de N. de la demande en paiement d'honoraires en assignant à la fois le parent chez lequel le Docteur a été appelé à donner des soins et le père, demeurant en Corse, ainsi que la mère dont le domicile légal est aussi en Corse, étant donné qu'elle n'est pas judiciairement séparée de son mari et ce en vertu de l'art.59 § 2 du Code de Procédure civile.

Le Docteur peut réclamer ses honoraires tant au père qu'à la mère, quel que soit le régime matrimonial des époux, et demander contre eux une condamnation solidaire ou au moins conjointe, parce que l'obligation d'entretien des parents à l'égard des enfants pèse pour le tout sur chacun des époux en vertu de l'art. 203 du Code Civil (Cass. Ch. civile 21 mai 1890, Sirey 1891.1.81. — Cass. Civ. 6 août 1894, Sirey 1894.1.416.— Paris 3 juin 1842, Dalloz 1842.2.217.— Trib. civil de la Seine 6 juin 1890, *Le Droit*, 7 septembre 1890.— Trib. Grenoble 6 décembre 1886 *J. des Arrêts de Grenoble*, 1887 p. 69.— Baudry-Lacantinerie, Le Courtois et Surville, Du contrat de mariage, t. III, p. 47).

Les frais de maladie rentrent dans l'obligation alimentaire et d'entretien (Dalloz, Cod. civ. annoté art. 205 n° 2 et Jur. gén. Mariage n° 672, Paris, 14 août 1866).

Dans la citation, qu'il faudra motiver, le demandeur fera bien d'exposer qu'il a été appelé à donner ses soins à des enfants mineurs se trouvant au domicile du sieur Z .. (et au cas où celui-ci serait son client habituel, ou au cas où ce serait celui-ci qui aurait fait venir le médecin, il faudra l'indiquer) que c'est à ce sieur Z. . que le Docteur a fait confiance, ne connaissant pas le père des enfants ;

Qu'il est de principe que l'intermédiaire qui fait appel à un médecin pour donner des soins à des personnes domiciliées chez lui à la guérison desquelles il a intérêt tout au moins moral, *et sans avertir le médecin qu'il entend ne pas s'obliger envers lui au paiement de ses honoraires*, doit être considéré comme responsable dudit paiement envers le médecin, au cas où le débiteur principal ne paierait pas (Cass. Req., 19 décembre 1872, Sirey 1874.1.91 ; Trib. civil de Toulouse, 2 juin 1904, Gaz. Trib. du Midi, 19 juin 1904, Conc. Méd. 11 février 1905, Gaz. des Tribunaux, 25 septembre 1904).

L'assignation à la femme pourra être délivrée à sa résidence de fait, mais en indiquant son domicile légal, celui du mari.

Dans l'assignation au mari, il est nécessaire de conclure à ce que celui-ci autorise sa femme à ester en justice, et à ce que, à défaut de ce faire, cette autorisation soit donnée à la femme par le Tribunal.

Il faudra conclure contre le parent à sa condamnation conjointe ; car si on l'actionnait comme garant, le Tribunal compétent serait celui du domicile des défendeurs principaux.

Le Conseil examine encore d'autres affaires dont le compte rendu ne peut être publié, soit à cause de leur objet, soit pour éviter de mettre les adversaires de ses adhérents au courant de de leurs intentions.

Le Président, Dr A. MAURAT. — *Le Secrétaire Adjoint,* J. DUMESNY.

Société Métropolitaine de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France

Le jeudi 30 décembre, une cinquantaine de médecins de Paris et de la banlieue, réunis sur convocation de MM. Maurat, Gassot, Mignon, Cézilly et Jeanne, ont constitué au « Concours

médical » la Société dont nous donnons le titre ci-dessus. Véritable société locale de la Seine, comme la « Société centrale » de Paris, et les Sociétés locales départementales agrégées à l'A. G., elle va se rattacher également à celle-ci.

Elle a été créée pour assurer, sans incidents nouveaux, l'exécution du contrat passé entre l'Association générale et ses deux Caisses annexes « Amicale maladie » et « Caisses des Pensions » constituées par le Concours. Ce contrat oblige tout adhérent des Caisses annexes à être admis d'abord dans une Société agrégée ; il était devenu indispensable de lui en assurer la possibilité par la création d'une Société qui s'engagerait à ne jamais prononcer d'ajournements plus ou moins tendancieux et resterait dans le rôle d'une simple Société de secours mutuels.

Après adoption de statuts conformes aux statuts - types des Sociétés agrégées à l'A. G., la Société métropolitaine a élu à titre provisoire son Bureau et sa Commission administrative, qui vont poursuivre l'approbation ministérielle et l'agrégation à l'A. G.

Bureau :

Président : Dr H. Jeanne, 23, rue de Dunkerque ;
Vice-président : Dr J. Noir, 9, rue Linné ;
Secrétaire ; Dr G. Duchesne, 1, rue Rossini ;
Trésorier : Dr Laisné, 92, rue Michel-Bizot.

Commission administrative

MM. les Drs, Vallat, Stef, Caudron, Mounier, Laisné, Lamarre, Templier, Mallet, Arago, Courgey, Fanton d'Andon, Dausset.

Siège social provisoire : Bureau du Concours médical, 23, rue de Dunkerque, Paris.

REPORTAGE MÉDICAL

Les conditions nouvelles de l'avancement des médecins dans la Réserve et la Territoriale. — Un décret vient de régler à nouveau l'avancement des médecins dans la réserve et la territoriale dans des conditions très intéressantes (1).

Nomination au grade de médecin aide-major de 1re classe (c'est la seule donnée à l'*ancienneté*):

Les médecins aides-majors de 2e classe de la réserve et de la territoriale sont promus au grade supérieur quand ils comptent *quatre années de grade d'officier*, et s'ils ont accompli *deux périodes d'instruction* avec ce grade.

Toutefois le temps d'ancienneté exigé pour la promotion au grade supérieur est ramené à *deux années* et le nombre des *périodes* revient à *une*, pour les médecins qui remplissent ou bien qui ont rempli l'une des fonctions énumérées ci-après:

Professeur titulaire ou professeur agrégé dans les facultés de médecine, les facultés mixtes de médecine et de pharmacie ; médecin ou chirurgien des hôpitaux dans les villes où ces emplois sont donnés au concours ; chef de clinique ou prosecteur nommés au concours dans les facultés de médecine et de pharmacie ; professeur titulaire ou suppléant dans les écoles de plein exercice ou préparatoires de médecine et de pharmacie.

Tous les autres grades sont donnés au choix.

(1) Décret du 22 mai 1909. *Bulletin Officiel*, part. règl. 1er s m. 1909, page 876.

Nomination au grade de médecin major de 2e classe :

Les médecins aides-majors de 1re classe de la réserve et de la territoriale, quelle que soit leur origine, peuvent être promus au grade supérieur, lorsqu'ils comportent *six années de service dans le dernier grade*, et qu'ils ont accompli en cette qualité *une période d'instruction*.

Nomination au grade de médecin-major de 1re classe :

a) Réserve. — Les médecins-majors de 2e classe, appartenant à la réserve et provenant des anciens médecins de l'active, peuvent être promus médecins-majors de 1re classe s'ils comptent *six années dans le dernier grade* et s'ils ont accompli avec ce grade *une* période d'instruction.

b) Territoriale. — Les médecins-majors de 2e classe de la réserve ou de la territoriale peuvent être promus au grade de médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale, lorsqu'ils comptent *six années de service* dans le dernier grade, et s'ils ont accompli une *période d'instruction* avec le grade.

Nomination au grade de médecin principal de 2e classe :

Les médecins-majors de 1re classe de la réserve ou de la territoriale peuvent être promus médecins principaux de 2e classe de l'armée territoriale s'ils comptent *cinq années de grade* et s'ils ont accompli *une période d'instruction* avec le grade (sont dispensés de cette dernière obligation les médecins qui sont d'anciens militaires retraités).

Suppression de l'examen d'aptitude à l'avancement :

L'aptitude des candidats à l'avancement est constatée d'après leur manière de servir au cours des périodes d'instruction sans recourir à des examens spéciaux donnant lieu à la délivrance d'un certificat.

***

L'ancienneté du grade des médecins est déterminée par la date du décret qui les a nommés à leur grade, déduction faite des interruptions de service.

***

Les médecins de la réserve et de la territoriale sont inscrits au tableau d'avancement et peuvent en être rayés dans les mêmes conditions que les médecins de l'active, mais au titre de la réserve et de l'armée territoriale.

Généralités sur l'emploi des tuberculines. — Dans l'article publié sous ce titre dans notre dernier numéro, à la demande de l'auteur le Dr R. Martial nous devons ajouter à la fin de la première partie : la réaction générale peut s'accompagner de réaction locale : réaction au point ou aux points d'injection précédents, caractérisée par des symptômes inflammatoires cutanés au droit de chaque ou des plus récentes piqûres antérieures. Ces réactions locales s'accompagnent d'un état fébrile qui peut être très faible. Dr R. M.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 3 Dimanche 16 JANVIER 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

Propos du jour.
La déclaration des maladies contagieuses. — Le discours de M. le Directeur de l'hygiène au banquet du Concours Médical. — Projet de loi modifiant les articles 5 et 27 de la loi 1902 sur la santé publique..... 45
Clinique thérapeutique.
Traitement du lumbago. — Traitement de la bronchite fétide..... 50
La semaine médicale.
L'insuffisance diaphragmatique. — Le régime déchloruré contre les douleurs gastriques. — Troubles nerveux précoces du mal de Pott sous occipital..... 53
Revue des Sociétés savantes.
Intradermoréaction à la léproline. — Le signe de la trachée dans l'anévrysme de l'aorte. — Fréquence insolite des paralysies infantiles. — Le diabète d'origine traumatique. — Le sérum de Marmorek dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Sérothérapie anti-rhumatismale..... 55
Formulaire raisonné
La scille. — Poudre de scille..... 57
Ophtalmologie du praticien.
Conjonctive eczémateuse..... 58
Thérapeutique.
Conseils thérapeutiques au sujet des bronchites chroniques..... 60
Les trouvailles du praticien.
La saignée improvisée..... 61
Intérêts professionnels.
Les pro-pharmaciens. Le problème médico-pharmaceutique. Dernier son de cloche..... 61
Reportage médical..... 65

PROPOS DU JOUR

La déclaration des maladies contagieuses.

La question de la déclaration des maladies contagieuses reste toujours une question d'actualité. Au banquet du *Concours Médical* et des Syndicats médicaux, M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur, a, dans un remarquable discours, traité cette question avec toute l'ampleur désirable. Aussi croyons-nous utile de le reproduire :

Le discours de M. le Directeur de l'hygiène au banquet du « Concours Médical ».

M. Mirman s'associe de tout cœur aux justes éloges qui viennent d'être adressés à M. le Dr Gairal, dont il a pu lui-même, en de multiples circonstances, apprécier les hautes qualités d'esprit et de cœur. Il exprime ensuite ses vifs regrets de n'avoir pu assister à l'Assemblée générale qui s'est tenue la veille.

« Dès que j'ai été appelé — ajoute M. Mirman — au poste délicat de Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, j'ai tenu à établir avec les grandes associations médicales les plus cordiales relations. En vain, des timorés se sont efforcés de me mettre en garde contre le danger que constituaient les syndicats médicaux ; je leur ai répondu que, sans doute la loi de 1892, qui a donné la sanction légale à ces Syndicats a spécifié qu'ils ne pourraient se dresser contre les communes, les départements et l'Etat, mais que je considérais que l'intérêt du corps médical n'était pas contraire à l'intérêt public. Il n'y a pas, il ne peut pas y avoir de conflit et de lutte entre le Corps médical et la Nation. Il y a des questions, parfois complexes et délicates, à étudier, il y a des solutions à trouver qui respectent des intérêts légitimes. Pour étudier ces questions et chercher ces solutions, j'ai toujours estimé que le Gouvernement devait non seulement accepter mais solliciter la collaboration de la collectivité médicale représentée par ses grandes associations professionnelles. Ces entretiens ne sont pas ceux d'adversaires haineux, frémissant de l'impatience de la lutte, mais ceux d'honnêtes gens, gravement soucieux des intérêts divers dont il ont la garde, avant tout dévoués d'un même cœur à la commune patrie, ayant les uns pour les autres une mutuelle estime et n'éprouvant aucune peine, n'ayant besoin de faire aucun sacrifice, pour rechercher d'un commun effort et avec une égale bonne volonté les formules et les solutions souhaitables ».

M. Mirman rappelle que c'est dans cet esprit qu'il est venu, il y a deux ans, au banquet du *Concours médical*. « Et à ce propos, dit-il, nous avons à régler amicalement nos comptes ».

« Ce jour-là, c'est-à-dire il y a deux ans, deux questions étaient, si je puis dire, à l'ordre du jour, deux questions qui m'avaient été par vos représentants plus particulièrement signalées, savoir : d'un côté la situation des médecins dans les hôpitaux et hospices, d'autre part la déclaration des maladies transmissibles visées par la loi de 1902. Très spontanément j'avais pris à ce sujet devant vous, Messieurs, dans cette même salle, un double engagement au nom du Ministre de l'Intérieur, Président du Conseil, dont j'étais le représentant et dont j'avais, bien entendu, sollicité et obtenu l'adhésion préalable.

« Je vous avais promis que des instructions seraient données aux Préfets pour que les médecins des hôpitaux et hospices ne puissent être révoqués sans que de sérieuses garanties de défense leur fussent accordées. Ce fut, Messieurs, l'objet de la circulaire du 3 décembre 1907. Aux termes de cette circulaire, avant d'approuver une décision de la Commission administrative portant révocation d'un médecin, le préfet doit soumettre au Ministre de l'Intérieur le dossier de l'affaire : « Je n'ai pas besoin de dire, précise « la circulaire, qu'un dossier ne me paraîtra pas « susceptible d'être examiné s'il ne contient pas, « avec les griefs nettement formulés par la Com- « mission contre le praticien, les explications four- « nies par celui-ci ou la preuve qu'il a été mis à « même de les produire devant la Commission « avant qu'elle ait délibéré ». La circulaire du 3 décembre 1907 prescrit pour le Corps médical d'autres garanties que la circulaire du 15 février 1908 est venue fortifier.

Ces prescriptions ont été rigoureusement observées. Est-ce à dire qu'en aucun cas un médecin n'ait eu à souffrir de quelque fâcheux arbitraire ? Je n'oserais l'affirmer. Mais n'oubliez pas que le nombre des établissements hospitaliers est considérable (1) et M. Gairal et M. Lereboullet pourront vous dire que, pour regrettables qu'ils soient, les incidents qui se produisent sont devenus extrêmement rares. Je n'insiste pas. Il est de toute évidence que les garanties données à cet égard aux médecins sont sérieuses et efficaces, et sur ce point, vous le voyez, l'engagement que j'avais pris il y a deux ans devant vous a été rapidement et scrupuleusement respecté.

« J'aborde maintenant la question de la déclaration des maladies transmissibles. Il y a deux ans je reconnaissais devant vous que vous aviez à mon sens tout à fait raison de vous plaindre de ce que la responsabilité de la déclaration reposât sur vous seuls ; je proclamais que le citoyen au foyer duquel telle maladie se produit a, lui aussi, a lui d'abord, un devoir envers la collectivité ; je proclamais que le législateur avait, à mon avis, commis une faute en écartant le chef de famille de toute responsabilité. En examinant avec vous les solutions possibles, je suggérais l'idée de faire, en y apportant toutes les précisions nécessaires, pour les maladies transmissibles, ce que le Code civil fait pour les naissances, lesquelles doivent être déclarées par le père de famille et, à défaut, par le médecin. J'indiquais que, dans ma pensée, le médecin devrait, sitôt son diagnostic établi, remettre au chef de famille le bulletin de déclaration et s'en faire donner récépissé ; j'ajoutais que l'autorité qui reçoit la déclaration serait tenue d'en aviser sur-le-champ le médecin ; et dans le cas où le père de famille n'aurait pas fait son devoir, ce dont le médecin serait informé puisqu'il n'aurait pas été avisé que la déclaration a été faite, et dans ce cas seulement, c'est-à-dire, on le voit, « à défaut du père de famille », le médecin devrait faire lui-même cette déclaration que la Nation a le droit d'exiger. Les sanctions devraient, bien entendu, s'appliquer au père de famille comme au médecin.

Messieurs, les lignes générales de ce projet recevaient ici-même votre approbation unanime. Oui, vous étiez unanimes à affirmer que si ce projet était réalisé, si cette satisfaction considérable vous était donnée, non seulement vous abandonneriez à l'égard de la loi de 1902 une abstention trop générale, mais encore vous deviendriez nos collaborateurs les plus empressés pour l'application de cette loi. Je n'exagère pas en disant que ce jour, auquel je fais allusion, à un banquet comme celui de ce soir, dans cette même salle, un contrat a été solennellement consenti entre le gouvernement et les médecins de France. Sans doute il n'a pas été signé. Mais nous sommes, vous et nous, gens de parole.

« Or, un trop grand nombre d'entre vous, Messieurs, ignorent encore à l'heure actuelle que le Gouvernement a tenu la promesse que je faisais à cette époque en son nom. Le 30 mars 1909, a été déposé sur le bureau du Sénat un projet de loi ayant pour objet de modifier sur ce point la loi de 1902. Ce projet est la mise au point fidèle des idées que j'avais exposées ici, que je viens de rappeler et que vous aviez approuvées. Je voudrais que chacun de vous pût prendre connaissance et du dispositif du projet, et de son exposé des motifs.

« Vous voyez, Messieurs, que je suis en règle avec vous. J'ai tenu ma parole. Je suis convaincu que vous tiendrez la vôtre. Je ne vous dissimulerai pas que j'ai été douloureusement surpris lorsque, après le dépôt de ce projet de loi, j'ai vu soutenir dans divers articles de la presse médicale une théorie nouvelle n'aboutissant à rien moins qu'au refus pur et simple, absolu, sans condition, de participer à l'application de la loi de 1902. Le médecin, disent ces intransigeants, connaît son client et ne connaît que lui ; il n'a pas à connaître la collectivité. Son client et lui constituent un couple isolé complètement du reste de la Nation. Ah ! Messieurs, permettez-moi de vous dire combien un tel sophisme, s'il se généralisait, serait dangereux autant pour le Corps médical que pour la Nation elle-même. Alors que le « solidarisme » chaque jour s'étend, alors que la conception des devoirs qui en résultent s'impose à un nombre chaque jour plus grand de consciences humaines, voici que des médecins, par un étrange retour en arrière, affirmeraient ne rien vouloir connaître de la collectivité sociale dont ils font partie et se désintéresser de la répercussion que

(1) 1853.

leur personnelle abstention pourrait avoir sur la chose publique. Non ! nous n'assisterons pas à un tel spectacle, nous ne verrons pas cet invraisemblable conflit, et c'est, je m'en excuse, attacher trop d'importance à des manifestations isolées. J'ai pensé cependant qu'il n'était pas inutile de vous faire connaître l'émotion qu'elles avaient produite et je suis très heureux de constater ici même, au milieu de vous, Messieurs, que le Corps médical ne s'associe pas à ces manifestations, n'adhère pas à une si nouvelle et pernicieuse doctrine ; que s'il a souci de ses intérêts professionnels, ce que je trouve parfaitement légitime, il a un aussi haut souci des devoirs qui lui incombent, comme ils incombent à toute fraction de la collectivité nationale et humaine, envers cette collectivité tout entière. »

M. Mirman, en terminant, au milieu d'unanimes applaudissements, lève son verre en l'honneur de son éminent ami, M. le président Gairal et en l'honneur des grandes associations professionnelles médicales, avec lesquelles il sera toujours heureux de collaborer amicalement pour le bien commun.

Nous croyons devoir, pour répondre au désir de M. Mirman, publier le projet de loi suivant qui intéressera tous nos confrères.

PROJET DE LOI *ayant pour objet de modifier les articles 5 et 27 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique, présenté par le Ministre de l'Intérieur au Sénat, le 30 mars 1909, et renvoyé à la Commission relative à la santé publique.*

Exposé des motifs. — Depuis plusieurs années le Ministère de l'Intérieur fait les plus grands efforts pour réaliser l'application de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique ; dans toutes les villes astreintes à cette obligation légale, les bureaux municipaux d'hygiène sont établis ou en voie d'organisation et, dans le courant de ce semestre, les services départementaux de désinfection seront partout constitués. Mais il n'échappe à personne que ces divers organes d'exécution ne pourront agir, que la loi de 1902 ne produira tout son effet utile que le jour où les déclarations de maladies transmissibles, définies conformément à l'article 4, seront régulièrement effectuées ; il n'est pas d'objet plus digne de retenir l'attention du Gouvernement et du Parlement que la recherche des moyens propres à assurer pratiquement ces déclarations.

Par la loi de 1902 (art. 5), l'obligation de faire la déclaration est imposée au seul médecin. Cette prescription, dans les termes mêmes où elle était formulée, n'a cessé de soulever, dans l'unanimité peut-on dire du corps médical, l'opposition la plus vive. Les médecins rappellent que les projets présentés par le Gouvernement avant 1902 associaient, dans une certaine mesure, la famille au médecin pour cette formalité essentielle de la déclaration ; ils font valoir que la Chambre des Députés avait adopté cette extension de la responsabilité à la famille et que le texte du projet fut, au dernier moment, modifié sur ce point par le Sénat à la suite d'un débat sommaire au cours duquel les divers aspects de cette délicate question n'auraient pas été peut-être suffisamment envisagés ; ils citent, à l'appui de leur thèse, les législations étrangères les plus importantes qui ont pris soin de ne pas décharger la famille de cette responsabilité (1) ; ils citent aussi la législation française à laquelle, sur ce point, l'article 5 de la loi de 1902 a fait échec.

Dans cet ordre d'idées, rappelons, en effet, la loi du 3 mars 1892 sur la police sanitaire qui, en son article 13, impose l'obligation « d'en informer qui de droit » à « toute personne ayant connaissance d'un symptôme de maladie pestilentielle (1) ». Rappelons aussi la loi du 21 juin 1898 sur le Code rural dont l'article 31 prescrit l'obligation de la déclaration en première ligne à « tout propriétaire, toute personne ayant à quelque titre que ce soit la charge de soins ou la garde d'un animal atteint ou soupçonné d'être atteint de l'une des maladies contagieuses prévues par les articles 29 et 30 ..... » et ajoute : « Sont également tenus de faire la déclaration tous vétérinaires appelés à visiter l'animal vivant ou mort ». Rappelons enfin le Code civil lui-même qui, dans son article 56, impose l'obligation de déclarer la naissance d'un enfant au père ou à défaut du père, aux docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement et, lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, à la personne chez qui elle sera accouchée.

Les médecins, par l'organe de toutes leurs associations professionnelles, dans tous leurs congrès, se sont plaints très vivement de la situation exceptionnelle qui leur était faite par l'article 5 de la loi de 1902. Leurs protestations ont eu récemment un écho à l'Académie de médecine, laquelle, après une longue et intéressante discussion (2), a émis, dans sa séance du 10 novembre 1908, les vœux suivants :

« 1° La déclaration des maladies visées à l'article 4 de la loi du 15 février 1902, et dont l'Académie a établi la liste, est obligatoire solidairement pour le chef

---

(1) Citons spécialement les exemples de l'Angleterre et de l'Allemagne.— *Loi anglaise.* « Loi de 1889, article 3 » : a) Le chef de la famille et à défaut le parent le plus proche du malade présent dans le bâtiment, et, à défaut d'un parent, toute personne, payée ou soignant le malade et, à défaut d'une telle personne, la personne principale occupant le bâtiment doit, aussitôt qu'il s'aperçoit que le malade est atteint d'une maladie infectieuse à laquelle la loi se rapporte, envoyer un avis au médecin administratif du district.

b) Tout médecin soignant ou appelé à visiter le malade doit, aussitôt qu'il s'aperçoit.... envoyer au médecin administratif du district un certificat notifiant.....

Et encore, dans le même sens (loi de 1907, art. 52). « Quand une personne voit qu'elle souffre d'une maladie infectieuse elle ne doit pas se rendre à ses occupations, ni exercer un commerce ou un travail, à moins qu'elle puisse le faire sans risquer de propager la maladie. Toute personne qui contrevient à cet article est passible d'une amende pouvant atteindre 40 schillings.

La loi allemande du 30 juin 1900 impose la déclaration au médecin traitant, au chef de famille, à toute personne participant par profession au traitement ou aux soins du malade, au propriétaire ou au locataire de l'immeuble.

(1) C'est en vertu de cette loi que sont pris les décrets spéciaux relatifs à la défense du pays contre le choléra ; le dernier de ces décrets a été promulgué le 18 décembre 1908 ; il a été partiellement abrogé par le décret du 6 novembre 1908, mais seulement pour les articles autres que les articles 10, 12 et 13 ; ces derniers subsistent donc à l'heure actuelle et ont gardé toute leur vigueur ; or, l'article 12, relatif à la déclaration, n'en impose pas l'obligation qu'au seul médecin ; il s'exprime ainsi : « La déclaration à la mairie de tout cas suspect d'être un cas de choléra est obligatoire dans les vingt quatre heures pour tout médecin qui en a constaté l'existence et, à défaut, pour le chef de famille ou les personnes qui soignent le malade et pour toute personne qui le logerait ».

(2) Voir *Bulletin de l'Académie de médecine*, n°s 24, 33, 35 et 36.

de famille,le logeur ou chef d'établissement et pour le médecin traitant.

« 2° Poursuite rigoureuse de toute infraction et application des peines prévues par la loi, peines dont la sévérité sera augmentée si l'expérience les montre insuffisantes ».

Nous estimons que les plaintes des médecins sont fondées en ce que la responsabilité de la déclaration des maladies visées par la loi ne saurait continuer à peser sur eux ; nous estimons qu'il est à la fois utile et juste d'associer à cette responsabilité,par quelque moyen à déterminer, celle du chef de famille ou d'établissement .

Nous disons que cette réforme est utile ; il serait vain de dissimuler, en effet, que le Gouvernement, en dépit de tous ses efforts, aurait grand'peine à appliquer la législation protectrice de la santé publique sans le concours cordial des médecins, et qu'il lui serait matériellement impossible d'atteindre ce but si ses efforts devaient se heurter à leur résistance passive quasi unanime.Il y a donc le plus haut intérêt a déterminer un terrain d'entente,à rechercher une solution propre à nous assurer pour l'avenir cette collaboration générale des médecins dont le Gouvernement a besoin autant qu'il la souhaite.

Et cette réforme, disons-nous, est équitable. Dans une démocratie plus que dans toute autre forme de société, chaque citoyen doit assumer ses responsabilités propres ; tout déplacement artificiel de responsabilité est une faute, et la loi qui commet cette faute risque de demeurer sans force. Or, lorsque le législateur a voulu, pour garantir les intérêts de l'enfant et dans un haut souci d'ordre public, instituer la déclaration obligatoire de toute naissance, il a nettement aperçu que cette obligation incombait naturellement au chef de famille et que ce n'était qu'à défaut de celui-ci qu'elle pouvait et devait incomber au médecin. A une date plus rapprochée, lorsque le Parlement a élaboré, en 1881, la loi sur la police vétérinaire (incorporée en 1898 au Code rural),il s'est préoccupé de prévenir la dissémination des maladies contagieuses du bétail, et, loin de le dissimuler, il a nettement proclamé le devoir du propriétaire ou gardien de la bête contaminée de prendre l'initiative de la déclaration ; là encore ce n'est qu'en deuxième ligne, à défaut en quelque sorte du principal responsable, qu'il a fait intervenir le vétérinaire. Plus conformes si l'on peut dire au droit naturel, ces dispositions légales n'ont point soulevé de difficulté et se sont adaptées aux mœurs et coutumes de la nation.

La situation est ici la même. Voici un établissement d'enseignement dans lequel un élève est atteint de fièvre typhoïde ; quelle est la personne qui, *sitôt avertie*, est tenue de la déclaration envers la collectivité, sinon le chef de l'établissement ? Si cette déclaration et les mesures de prophylaxie qui la suivront et qui sont d'ordre public ne doivent entraîner aucune gêne personnelle pour le chef d'établissement, pourquoi ne pas imposer à celui-ci le devoir de faire cette déclaration, et si ce directeur d'institution redoute quelque ennui, pourquoi exposer le médecin aux sollicitations et aux menaces dont son client ne manquequera pas de le presser pour obtenir son silence ? Et n'en est-il pas de même pour les propriétaires d'hôtel, pour les logeurs, pour les commerçants dont l'établissment, s'il est et reste contaminé, peut devenir un véritable danger public ? Et n'en est-il pas de même, bien qu'à un degré moindre, pour le chef de famille responsable en vertu des principes généraux du Code civil, et spécialement de l'article 1384 :

« On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait,mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre ou des choses qu'on a sous sa garde. Le père et la mère sont responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux; les maîtres et les commettants du dommage causé par leurs domestiques et préposés dans les fonctions auxquelles ils les ont employés..... La responsabilité ci-dessus a lieu à moins que les père et mère, instituteurs et artisans ne prouvent qu'ils n'ont pu empêcher le fait qui donne lieu à leur responsabilité. »

Nous en concluons que, s'agissant de maladies transmissibles visées par la loi, les chefs d'établissement et de famille sont tenus en première ligne à la déclaration et que c'est à *leur défaut* que la responsabilité du médecin doit intervenir.

Mais pour que la responsabilité des premiers soit effective, il faut qu'ils soient avertis. Cette difficulté de l'avertissement préalable ne se posait pas à l'occasion de l'article 56 du Code civil relatif aux naissances. Elle se posait au contraire devant le législateur de 1881, et l'on peut dire qu'elle a été esquivée; comment, en effet, le propriétaire d'un animal atteint d'une maladie infectieuse pourrait-il être légalement et moralement tenu de faire une déclaration s'il ne connaît pas la nature de la maladie dont ledit animal est atteint, et comment le saurait-il si le vétérinaire ne l'a pas avisé (1) ? Et de même nous jugeons insuffisant un texte comme celui de la loi anglaise cité au début de cet exposé de motifs, et au terme de laquelle le chef de famille est tenu d'envoyer un avis à l'autorité sanitaire « aussitôt qu'il s'aperçoit que le « malade est atteint d'une maladie infectieuse à laquelle la loi se rapporte ». Il est manifestement impossible d'exiger, et il est vain d'attendre d'un particulier qu'il fasse un tel diagnostic et toute disposition légale de cette nature a le caractère d'une mesure comminatoire non susceptible, sauf exceptions très rares, de sérieuse exécution.

Et de même aussi jugeons-nous inacceptable le texte présenté par l'Académie de médecine que la déclaration soit « obligatoire solidairement pour le chef « de famille, le logeur ou le chef de l'établissement, et « pour le médecin traitant ». Ou plutôt cette solidarité ne peut se réaliser d'elle-même, la responsabilité du particulier suppose un acte,un avertissement préalable du médecin que la loi doit prévoir et prescrire.

Enfin, contrairement à l'opinion produite de divers côtés et en dernier lieu à l'Académie de médecine par M. le professeur Pinard (2), le texte du Code civil relatif à la déclaration de naissance ne nous conviendrait point encore ; la déclaration — y est-il dit — doit être faite « par le père ou, à défaut du père,

(1) Dans la séance de l'Académie de Médecine du 10 novembre 1906, au cours de laquelle a pris fin la discussion dont nous avons ci-dessus cité les conclusions, MM. Vaillard et Barrier ont expliqué comment en fait les choses se passaient à l'égard des maladies infectieuses des animaux ; reproduisons à ce sujet ce passage du *Bulletin de l'Académie* (n° 36, p. 33) ;

« M. Vaillard. — Je pense qu'il y aurait intérêt à imiter la prophylaxie vétérinaire. Lorsqu'un vétérinaire a constaté un cas de l'une des maladies transmissibles pour lesquelles la déclaration à l'autorité publique est obligatoire, il en prévient le propriétaire de l'animal qui est tout d'abord tenu à la déclaration ; à son défaut, il est tenu de la faire lui-même.....

M. Pinard. — On me permettra de penser que, pour aboutir, il n'y a qu'à prendre la même formule que pour les déclarations de naissance.

M. Barrier. — Ce que vient de dire M. Vaillard pour la prophylaxie des épizooties est parfaitement exact et se pratique d'une façon de plus en plus normale. Si l'on peut arriver à l'imiter en médecine humaine, ce sera assurément un grand progrès . »

(2) Voir la note précédente.

par les docteurs en médecine, sages-femmes, etc ... » Le sens exact de ces mots « à défaut » a donné lieu à de vives controverses (1) dont il convient de prévenir ici le retour ; il faut très nettement indiquer dans quelles conditions le médecin devra intervenir, il faut que chacun sache ce qu'il a à faire et le texte que nous soumettons au Parlement, pour être moins concis, présente le grand avantage de ne point laisser place au doute.

Nous écartons enfin le texte présenté dans le projet primitif du Gouvernement et adopté par la Chambre des Députés, savoir : « La déclaration est obligatoire.. pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence ou, à leur défaut, par le chef de famille, maître d'hôtel ou directeur de l'établissement ou par les personnes qui soignent les malades » ; il paraît en effet difficile de concevoir les conditions précises dans lesquelles jouerait en pratique une telle disposition et comment le chef de famille pourrait connaître quand et sous quelle forme il doit intervenir. Et les prévisions en cette matière sont d'autant plus indispensables que la loi doit prévoir et prévoit en effet des sanctions pénales.

Il faut, avons-nous dit plus haut, que la personne responsable soit *avertie* et notre texte définit les conditions dans lesquelles elle le sera en effet.

Ce texte s'adapte très exactement aux mœurs actuelles. Comment en effet les choses se passent-elles aujourd'hui lorsqu'un médecin constate un cas de fièvre typhoïde par exemple ? Il a soin d'aviser le chef de famille ou le chef d'établissement qu'il y a, au foyer domestique ou dans l'établissement, une maladie dont peut-être il ne dira point le nom, mais dont il ne dissimulera jamais le caractère de maladie transmissible ; il n'a point le droit de faire cette dissimulation et il ne la fait point ; prétendre, comme l'opinion a été émise, que le médecin n'a de devoir qu'envers le malade, qu'il peut se désintéresser de toute autre considération que de celle qui touche directement celui-ci , qu'il n'a point en conséquence à prévenir par un avertissement immédiat la possibilité de contagion du mal aux autres personnes de la famille, de la maison, de la collectivité, c'est pousser le paradoxe jusqu'au point où il devient un véritable danger public. Aussi notre texte prescrit que : « Le praticien est tenu, dès qu'il a établi un diagnostic suffisant d'une des maladies envisagées, de remettre à la personne ci-dessus visée (2) le bulletin de déclaration dûment rempli (3) et dont il se fera donner récépissé, de lui faire connaître les dispositions de la loi en ce qui concerne la déclaration et de lui rappeler à ce sujet, avec ses obligations légales, son devoir social ».

Ainsi le médecin ne se bornerait pas à remettre à la personne intéressée le bulletin de déclaration ; il lui ferait connaître que la loi a rendu, sous des sanctions précises, cette déclaration obligatoire (devoir légal) et que cette déclaration est nécessaire pour que puissent être prises ou contrôlées les mesures de prophylaxie nécessaires à garantir la collectivité contre la propagation du mal (devoir social). Par là, le médecin se trouvera faire œuvre éducative et deviendra le plus utile collaborateur de la loi de 1902, et cette considération revêt à nos yeux une importance considérable.

En fait, dans l'immense majorité des cas, le médecin offrira à la personne intéressée, pour prévenir toute perte de temps, de jeter lui-même à la poste ou de faire parvenir, par quelque autre moyen, ce bulletin à l'autorité ; cependant, il se présentera des cas où ladite personne méconnaissant son devoir, atteinte de la folie de négation à l'égard de tout progrès scientifique, ou craignant que les conséquences de la déclaration entraînent pour elle quelque gêne matérielle, et tenant pour rien l'intérêt public, au lieu de confier le bulletin au médecin, le gardera par devers elle et se refusera à l'adresser à qui de droit. Il est indispensable que la loi et la santé publique puissent être défendues contre une telle éventualité, et c'est à quoi tend le paragraphe suivant de notre texte : « L'autorité qui reçoit la déclaration est tenue d'aviser sur-le-champ le praticien que la personne intéressée a fait effectivement la déclaration qui lui incombait ; si, dans les quarante-huit heures après qu'il a remis le bulletin à ladite personne, le médecin n'a pas reçu l'avis précité de l'autorité sanitaire, il est tenu de faire directement à celle-ci la déclaration de la maladie ; il est tenu aussi de faire cette déclaration d'urgence si ladite personne a refusé de lui donner récépissé du bulletin ».

Cette refonte de l'article 5 de la loi de 1902 entraîne une modification à l'article 27 du titre IV relatif aux pénalités ; nous demandons que la même peine d'amende fixée par la loi de 1892 pour les médecins et rappelée par l'article 27 de la loi de 1902 soit étendue aux autres personnes responsables, avec le bénéfice éventuel de l'article 463 du Code pénal, conformément à l'article 30 de la loi de 1902. Mais le législateur de 1902 n'a pas prévu et il paraît utile de prévoir le cas de récidive ; nous demandons que la peine soit alors de cinq jours d'emprisonnement ; c'est le texte de l'article du projet présenté au nom du Gouvernement en 1891, et c'est la peine prévue par les articles 479 et 482 du Code pénal. On ne jugera sans doute pas que cette peine est excessive si l'on veut bien considérer que dans les dits articles 479 et 482, elle est prévue pour les personnes qui « font métier de deviner et pronostiquer ou d'expliquer les songes », et aussi contre « les auteurs et complices de bruits ou tapages nocturnes troublant la tranquillité des habitants » et encore contre « ceux qui auront méchamment enlevé ou déchiré les affiches apposées par ordre de l'administration »,

(1) D'après Baudry-Lacantinerie (tome I, n° 889). les autres personnes énumérées par l'article 56 ne sont tenues de déclarer la naissance qu'à défaut du père, c'est-à-dire lorsqu'il est mort, légalement inconnu, absent, privé de l'usage de ses facultés intellectuelles, ou hors d'état d'agir pour quelque cause que ce soit.

(2) Cette personne au terme du premier paragraphe de l'article proposé est : « Le principal occupant, chef de famille, ou d'établissement des locaux où se trouve le malade et, à son défaut, dans l'ordre ci-après, le conjoint, l'ascendant, le plus proche parent du malade, ou toute autre personne résidant avec lui ou lui donnant des soins ». Cette énumération n'est point nouvelle ; on la trouve dans le décret du 10 juillet 1906 portant règlement d'administration publique sur les conditions d'organisation et de fonctionnement du service de désinfection. Lors de l'élaboration de ce règlement, prévu par l'article 33 de la loi de 1902, le Conseil d'État a dû se préoccuper de déterminer la personne à laquelle s'adresserait, en vue de l'exécution des mesures à prendre, l'agent du service public de désinfection ; c'est à cette énumération qu'après un minutieux examen, il s'est arrêté et il l'a inscrite dans l'article 12 du décret.

(3) Le bulletin de déclaration, actuellement en usage, et que le médecin devrait transmettre aujourd'hui directement, en franchise, bien entendu, est composé d'une feuille détachée d'un carnet à souches et portant essentiellement : la date, le nom, l'adresse, le numéro de la maladie, et, s'il s'agit d'un enfant, l'école fréquentée, ; au dos du bulletin, formant cartelettre, est inscrite l'observation suivante : « Les communications relatives aux cas de maladie, communications confidentielles par leur nature, conservent le même caractère aux mains des représentants de l'autorité publique qualifiée pour les recevoir, le maire et le sous-préfet, comme de tous auxiliaires dépositaires par état ou profession des secrets confiés sous les peines prévues par l'article 378 du Code pénal » (arrêt de la Cour de cassation du 13 mars 1897).

toutes contraventions moins dangereuses assurément pour la chose publique que celles dont il s'agit ici.

La modification que le présent projet demande au Parlement d'apporter à la loi de 1902 est, nous tenons à le répéter à la fin de cet exposé des motifs, à la fois équitable et utile ; elle donnera au corps médical une satisfaction morale légitime ; elle mettra un terme à une situation fâcheuse qui ne pourrait évidemment se prolonger sans les plus graves inconvénients ; elle offrira au Gouvernement, soucieux d'assurer l'application de cette loi protectrice de la santé publique, un bon terrain d'action à la fois éducative et répressive ; elle lui permettra de poursuivre rigoureusement le petit nombre des intransigeants qui s'obstineraient en une inertie coupable, et d'imposer à tous le respect de la loi.

Le président de la République française décrète :

Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des Députés par le Président du Conseil Ministre de l'Intérieur, chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion. :

PROJET DE LOI. — *Article unique.* — Les articles 5 et 27 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique sont modifiés comme suit :

« ART. 5. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire, dans les conditions ci-après, d'une part pour le docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en a constaté l'existence, d'autre part pour le principal occupant, chef de famille ou d'établissement, des locaux où se trouve le malade et, à son défaut, dans l'ordre ci-après, pour le conjoint, l'ascendant, le plus proche parent du malade ou toute autre personne résidant avec lui ou lui donnant ses soins.

« Le praticien est tenu, dès qu'il a établi un diagnostic suffisant d'une des maladies envisagées, de remettre à la personne ci-dessus visée le bulletin de déclaration dûment rempli et dont il se fera donner récépissé, de lui faire connaître les dispositions de la loi en ce qui concerne la déclaration et de lui rappeler à ce sujet, avec ses obligations légales, son devoir social.

« L'autorité qui reçoit la déclaration est tenue d'aviser sur-le-champ le praticien que la personne intéressée a fait effectivement la déclaration qui lui incombait ; si dans les quarante-huit heures après qu'il a remis le bulletin à ladite personne, le médecin n'a pas reçu l'avis précité de l'autorité sanitaire, il est tenu de faire directement à celle-ci la déclaration de la maladie ; il est tenu aussi de faire cette déclaration d'urgence si ladite personne se refuse de lui donner récépissé du bulletin.

« Un arrêté du Ministre de l'Intérieur fixe le mode de la déclaration.

« ART. 27. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévues aux articles 1 et 2, ainsi qu'à celles des articles 6, 7, 8 et 14.

« Celui qui aura construit une habitation sans le permis du Maire sera puni d'une amende de 16 à 500 francs.

« Celui qui aura commis une contravention aux prescriptions de l'article 5 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs, et, en cas de récidive, de cinq jours d'emprisonnement ».

Fait à Paris, le 30 mars 1909.

Le Président de la République française,
signé : A. FALLIERES.

Par le Président de la République : Le président du Conseil, Ministre de l'Intérieur :
Signé : G. CLÉMENCEAU.

ANNEXE. — (*Loi du 15 février 1902 ayant pour objet la protection de la santé publique*, — ART. 5. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence. Un arrêté du Ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixe le mode de la déclaration.

ART. 27. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque, en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892, aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévues aux articles 1 et 2, ainsi qu'à celles des articles 5, 6, 7 , 8 et 14.

Celui qui aura construit une habitation sans le permis du maire sera puni d'une amende de 16 francs à 500 francs.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le Prof. A. ROBIN.

I

Traitement du lumbago.

Je désire, tout d'abord, à propos d'un malade entré hier dans nos salles, vous dire quelques mots du diagnostic, de la localisation anatomique et du traitement du lumbago, ainsi que de divers accidents qu'il peut entraîner et qu'une thérapeutique convenable permet d'éviter.

Le malade atteint de lumbago souffre, et souffre cruellement, des lombes. On a attribué cette douleur, cette affection, au rhumatisme, mais c'est là une opinion inexacte, car je n'ai jamais constaté de rhumatisme en l'espèce. Comme le torticolis, le lumbago est toujours fonction d'une articulation douloureuse. Les muscles sont douloureux parce qu'ils se contractent pour immobiliser une articulation lésée. Le malade souffre à la région lombaire, mais il souffre plus au niveau de certaines articulations, toujours les mêmes en général. Recherchez quelles sont les articulations touchées et commencez par explorer l'articulation lombo-sacrée. Appuyez sur les points articulaires et demandez au patient si la pression réveille de la douleur. Examinez ensuite les articulations sacro-coxales, droite et gauche. Chez le malade de notre service, nous trouvons de la douleur sur l'articulation sacro-coxale gauche. Ce n'est pas tout. Explorez les apophyses transverses des vertèbres lombaires. Ici, nous ne constatons rien jusqu'à la première lombaire, mais, dès que nous arrivons sur l'apophyse transverse de la douzième dorsale, nous réveillons une souffrance assez vive. Les trois points d'élection dans le lumbago sont donc : l'articulation sacro-lombaire, les articulations coxo-sacrées, droite et gauche, et généralement

la douzième vertèbre dorsale. Quand ce sont les articulations sacro-lombaires ou coxo-sacrées qui sont intéressées, la guérison est ordinairement rapide. Quand c'est la douzième dorsale, l'affection est plus persistante, plus longue, plus difficile à guérir. De plus, en ce cas, quand le malade a cessé de souffrir, on ne peut pas dire qu'il est guéri. Il est, pour employer une expression familière aux syphiligraphes, simplement blanchi : il ne souffre plus ; mais, vienne un effort, l'affection reprend facilement.

Un autre caractère particulier au lumbago dont le point de départ est la douzième dorsale, c'est la possibilité d'irradiations douloureuses vers la région crurale, vers l'ombilic. Quand ces irradiations ont duré un certain temps, il peut arriver une complication, la paralysie du muscle grand oblique. Lorsque le grand oblique se paralyse à la suite de cette douleur névralgique persistante, vous assistez à une déformation singulière. Toute la partie du ventre du côté intéressé forme une sorte de hernie : c'est l'intestin qui, non maintenu, se distend. Ce trouble morbide, décrit nulle part, est confondu avec l'éventration. Il faut savoir l'en différencier puisqu'il est justiciable du traitement électrique — qui réussit toujours — et non de l'intervention chirurgicale.

Quel est le traitement du lumbago ? Il découle des données pathogéniques que je viens d'énoncer. Il faut distinguer deux cas, suivant que vous voyez le malade au début ou que vous le voyez plus tard.

1° Vous voyez le lumbago dans le cinq ou six premiers jours. Le traitement essentiel, à ce moment, est le repos.

2° Une fois les cinq ou six premiers jours passés, il est indispensable de faire de la mobilisation. Quand la lésion siège au niveau de l'articulation sacro-lombaire, il vous suffira d'appliquer le genou sur l'articulation et de masser celle-ci sur le genou, par des mouvements antéro-postérieurs et latéraux du tronc. Quand c'est l'articulation sacro-coxale qui est intéressée, vous pratiquez des mouvements de torsion du tronc, répétés quatre ou cinq fois. Il suffit généralement de quelques séances pour amener la guérison. Lorsque les lésions siègent à la douzième dorsale, vous mobilisez de la manière suivante : vous vous placez derrière le malade, vous appuyez le pouce sur l'articulation et vous imprimez au sujet des mouvements de torsion autour du pouce comme pivot, en agissant doucement, sans aller à la grande douleur. Quand l'affection est déjà calmée, vous apprenez au malade à exécuter certains mouvements pour éviter le retour du lumbago. Ces mouvements consistent à mettre le corps en arc de cercle, le patient assis, les mains, tantôt l'une, tantôt l'autre, s'inclinant successivement vers le sol, en arrière et en avant, sans que le pied quitte le sol.

Vous voyez combien ce traitement est simple Il est aussi efficace que simple.

II

Traitement de la bronchite fétide.

Je vous parlerai maintenant du traitement de la bronchite fétide. La fétidité de l'exhalation et de l'expectoration, son odeur d'ail, sulfureuse, gangréneuse, est caractéristique du groupe morbide que nous allons étudier.

Quand vous consultez les classiques sur cette question, vous y trouvez une assez grande confusion. On a décrit sous ce nom un peu de tout. Il importe de s'y reconnaître et de faire des divisions qui ne soient pas théoriques, divisions importantes surtout au point de vue du pronostic, plus qu'au point de vue du traitement, qui reste le même, ou presque, dans tous les cas.

Je diviserai les bronchites fétides en trois groupes :

Dans le premier groupe, il s'agit d'une simple putréfaction des mucosités bronchiques. Pour cela, interviennent une série de conditions. D'abord, des conditions anatomiques dont la principale est l'ancienneté de la bronchite. Il n'y a qu'exceptionnellement fétidité dans les bronchites aiguës. Pour ma part, je n'ai vu qu'un seul exemple de bronchite aiguë fétide, qui a guéri assez rapidement, et constitue un cas absolument rare. Donc, il faut, en premier lieu, une vieille bronchite. Il faut, en outre, que l'épithélium bronchique ait subi une altération et que les mucosités soient stagnantes.

Il est aussi des conditions générales qui interviennent, la dépression de l'organisme, l'alcoolisme, le paludisme, le diabète, l'aliénation mentale, la misère physiologique. Enfin, une infection est nécessaire.

On a beaucoup discuté sur la nature de l'infection. Certains auteurs l'attribuent à un germe spécial. Les micro-organismes de ces infections sont des anaérobies.

Voilà une première variété de bronchite fétide qui est simple et d'un pronostic excellent. A elle se rapporte également l'affection décrite sous le nom d'ozène des bronches, consécutif ou non à l'ozène nasal.

La deuxième variété de bronchite fétide constitue ce qu'on a appelé la gangrène des extrémités bronchiques, ou maladie de Briquet, ou sphacèle des bronches. Ici, les bases étiologiques d'ordre anatomique sont différentes. La condition essentielle est qu'il y ait eu bronchectasie, dilatation des bronches. L'affection est caractérisée par une série de particularités. D'abord, l'aspect spécial des crachats ; ceux-ci, dans le vase qui les contient, forment une couche inférieure épaisse, une couche moyenne fluide et une couche supérieure, muqueuse, mousseuse. Si

vous examinez la couche inférieure, vous y trouvez des magmas (bouchons de Dietrich), petites masses d'apparence caséeuse, de couleur blanc grisâtre ou brune, d'odeur infecte, formées d'acides gras, de débris cellulaires et de produits ammoniacaux. Ces détritus granuleux sont absolument caractéristiques de la forme de bronchite fétide dont je m'occupe. Ils diffèrent des produits de la gangrène du poumon par l'absence de fibres élastiques.

Au point de vue symptomatique, cette deuxième variété se comporte ainsi. Au cours d'une vieille bronchectasie, on voit apparaître une expectoration fétide. On pourrait croire à la gangrène du poumon, mais l'état général reste bon. Les poussées thermiques, d'autre part, n'y atteignent pas l'intensité qu'elles ont dans la gangrène pulmonaire. Puis, sous l'influence du traitement, en quatre ou cinq jours souvent, on voit la fétidité disparaître. Ce n'est là, il est vrai, en général, qu'une rémission, des récidives plus ou moins graves survenant dans la plupart des cas et le malade — quand on n'applique pas le traitement de bonne heure — finit par mourir de cachexie.

La troisième variété de bronchite fétide comprend les cas dans lesquels la fétidité survient au cours d'une broncho-pneumonie. Nous venons d'en avoir deux exemples dans le service. Vous retrouvez ici les éléments étiologiques d'ordre général que j'ai déjà signalés pour la bronchite fétide simple. L'affection s'observe chez les déprimés, les surmenés. Ainsi, notre premier malade était un alcoolique qui fut atteint de bronchite fétide à sa troisième poussée de broncho-pneumonie. C'est à ce moment que, fatigué, abattu, son expectoration devint fétide, tellement fétide qu'on dut l'isoler. Notre deuxième malade est un ancien bronchitique qui tousse depuis des années. Après une première bronchite avec congestion pulmonaire, il sort de l'hôpital ; puis, il y rentre un mois plus tard dans un état grave, porteur d'un foyer de broncho-pneumonie à la base droite. Sa situation s'aggrave encore et il fait de la bronchite fétide. Ces exemples vous montrent les conditions spéciales où survient la bronchite fétide consécutive à la broncho-pneumonie.

Quand on se trouve en face d'une bronchite fétide, quelle qu'en soit le type, qu'il s'agisse d'une forme simple, d'une maladie de Briquet ou d'une bronchite fétide post-broncho-pneumonique, le traitement est le même, et il donne presque toujours d'admirables résultats.

Quel est le danger en l'espèce ? C'est l'infection. L'urgence est de combattre l'infection. A côté et au-dessous se dressent des indications de second plan. La première est de faciliter l'expulsion de ces mucosités putrides. La deuxième est d'éliminer les produits toxiques. La troisième est de soutenir l'état général. La quatrième est d'agir sur le foyer morbide. Mais ces indications secondaires cèdent le pas à l'indication urgente qui est de combattre l'infection. Comment ?

On a essayé de combattre l'infection par la voie pulmonaire, la voie gastrique, la voie rectale, la voie sous-cutanée.

Constantin Paul faisait faire des inhalations avec le liquide suivant :

Acide phénique	5 gr.
Acide thymique	1 gr.
Alcool à 90°.....	20 gr.
Eau.....	100 gr.

Skoda proposait les inhalations d'essence de térébenthine :

Essence de térébenthine.....	20 gr.
Eau.....	1000 gr.

Il pulvérisait ce mélange.

Plus tard, on a conseillé le formol, qui est irritant. Béclère a recommandé les injections intra-trachéales d'eau oxygénée et d'huile mentholée.

Tout cela est bon, mais il y a mieux. J'emploie une formule, dont je me sers également chez les bacillaires qui ont des infections secondaires. J'associe l'iodure d'allyle, agent essentiellement antiseptique, d'une puissance antiseptique très grande, à l'acide hydrofluosilicique et au goménol. Mais ni le goménol, ni l'iodure d'allyle ne sont solubles dans l'eau et il est nécessaire de les émulsionner. J'ai utilisé, d'abord, pour cela, le bois de panama. Malheureusement, il est très irritant pour les bronches. Je me suis adressé ensuite au lichen carragahen. Voici la formule en question :

Iodure d'allyle.....	5 gr.
Acide hydrofluosilicique	2 à 6 gr.
Goménol (ou eucalyptol)	10 gr.
Décoction de lichen carragahen q. s. pour émulsionner.	
Eau bouillie.. q. s. pour 1 litre.	

Pour procéder à ces pulvérisations, on prend un grand pulvérisateur à vapeur. On place le malade à 1 mètre, pour qu'il ne reçoive pas la buée directement. On fait une petite cabine au lit avec une toile, formant ainsi un espace clos. Le patient reste dans cette atmosphère confinée où arrive la vapeur. La vaporisation dure dix minutes et le séjour du malade dans l'atmosphère médicamentée une demi-heure. On recommence l'opération toutes les trois ou quatre heures, sans cesser, ni jour, ni nuit.

Dans la médication par voie buccale, on a proposé divers agents thérapeutiques, la teinture d'eucalyptus, l'eucalyptol, la teinture de benjoin, les eaux sulfureuses, la terpine à haute dose. Ces agents sont à repousser. Lance-

BIOGÉSINE ROCHARD

SPÉCIFIQUE DE Ier ORDRE

DE TOUS LES ETATS

ANÉMIQUES

NEURASTHÉNIQUES ET CACHECTIQUES

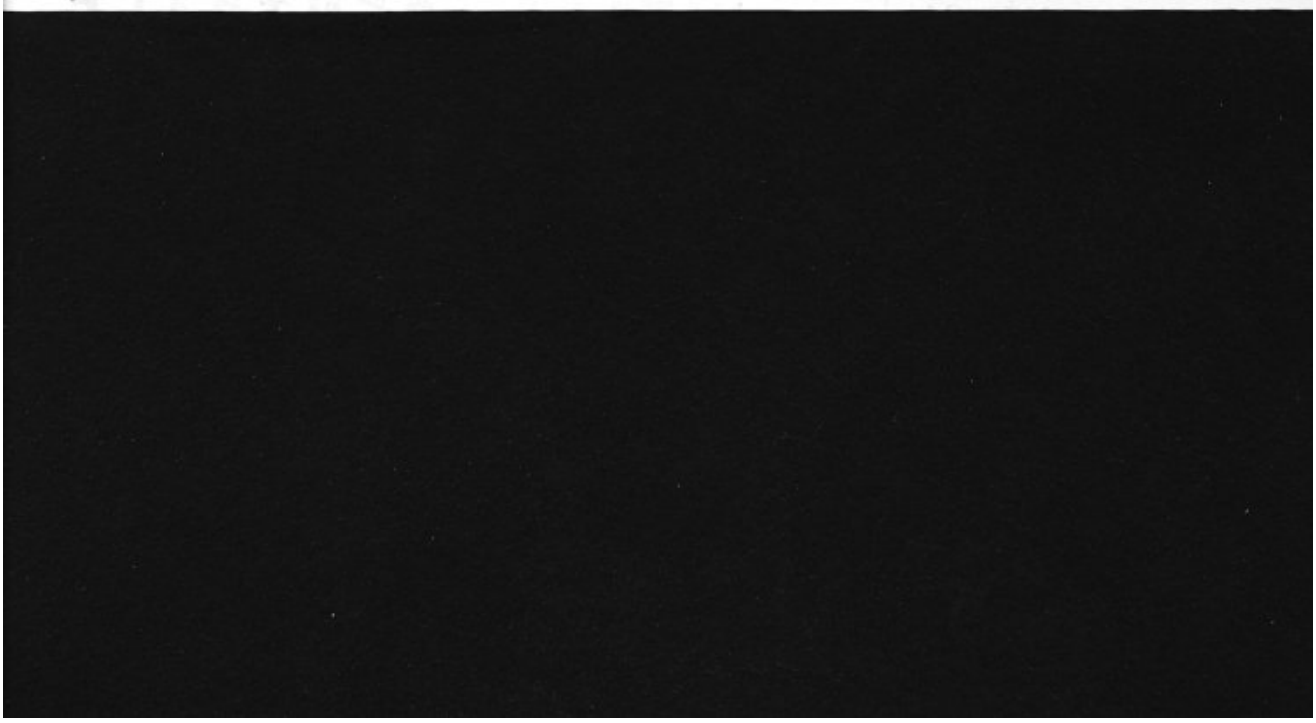
FORME. — La *Biogésine* est présentée sous la forme d'élégantes pilules blanches obtenues par un procédé spécial assurant un dosage rigoureux et une dissociation rapide. D'où administration très facile.

COMPOSITION.— Chaque Pilule contient : 1° Dix centigrammes d'une composition **PHOSPHO-ORGANIQUE** nouvelle à **NOYAU LAXATIF** de **FER** et de **MANGANÈSE**. — 2° Un centigramme d'**ARRHÉNAL**. — 3° Un milligramme de **SULFATE** de **STRYCHNINE**. — 4° Cinq centigrammes d'**EXTRAIT** de **NOIX** de **KOLA FRAICHES** et **STÉRILISÉES : MAXIMUM** d'**ACTIVITÉ** sous **MINIMUM** de **VOLUME**.

RÉFÉRENCES. — D'après les innombrables attestations médicales que nous avons reçues, la « *Biogésine* » s'est toujours montrée très supérieure, par la **RAPIDITÉ** et la **PERSISTANCE** de son action aux préparations à base de peptonate de fer, hémoglobine, glycérophosphates, etc.

DOSES. — 2 à 6 pilules par jour, aux repas.

Avis Important. — *Dans le but de permettre à Messieurs les Membres du « Concours Médical » une expérimentation plus large que par l'emploi d'échantillons de format réduit, nous avons le plaisir de mettre ci-dessous à leur disposition 2 Bons l'un pour 1 flacon, l'autre pour 3 flacons. Messieurs les Médecins qui ne voudraient pas utiliser eux-mêmes ces bons peuvent les remettre à ceux de leurs clients auxquels la « Biogésine » serait utile. Chaque flacon contient 100 Pilules et est accompagné d'un mode d'emploi très clair.*



Demandes et offres (suite)

pas de frais, peu de fatigue. Pressé, indemnité 2500 fr.

—

N° 12. — On demande bon poste campagne sain, seul médecin, chasse, pêche, on ferait la pharmacie si nécessaire.

Règlement indemnité comptant. Ecrire Dr X... 33, poste restante, Oran.

—

N° 13. — A céder : 1° appareil faradique avec 2 bobines, marque Malaquin, 45 fr. au lieu de 72 fr. 2° métronome à mercure interrupteur et renverseur de Huet, marque Gaiffe, 75 fr. au lieu de 110 fr. ces deux instruments en excellent état.

—

N° 14. — Docteur 38 ans, achèterait clientèle de 15000 fr. contre garanties sérieuses, s'intéresserait à affaire médicale ou para-médicale.

Ecrire Dr A. N° 14, au bureau du journal qui transmettra.

—

N° 15. — Pour cause de double emploi, à vendre Lion-Peugeot 8/9 HP 1909, carrosserie 2 places, nombreux accessoires, état de neuf. Faire offres au docteur C., n° 15 au bureau du journal qui transmettra.

Association Amicale

—

Secrétaire général : Dr **Mignon**, Villa des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise).

Trésorier : Dr **Gassot**, Chevilly (Loiret).

BUSSANG
RECONSTITUANTE
DIGESTIVE
DIURÉTIQUE

SERUM
AU BENZOATE D'HYDRARGYRE À 1%
Selon la formule du Professeur GAUCHER
Préparé par R. BOUGOURD & GANDILLON, 16, Boulevard Ornano
NOTRE SÉRUM EST INDOLORE SANS COCAÏNE

Sa supériorité est dûe à la pureté du Benzoate d'Hydrargyre préparé dans nos laboratoires. Un dispositif spécial permet de faire subir au sel mercuriel un lavage permanent de plusieurs mois lui conférant une neutralité complète

Ampoules de 1 Centi.cube à 1%
,, 2 ,, à 1%
Flacons de 30 Centi.cubes à 1%
,, 60 ,, à 1%

CE PRODUIT EST SPÉCIALISÉ ÉGALEMENT SOUS LE NOM
D' HERMOSERUM BENZOATE BOUGOURD & GANDILL
en ampoules de 1 & 2 centi.cubes

DÉPÔTS À PARIS : LABORATOIRE DE STÉRILISATION, 16, Boulevard Orna
PHARMACIE FAUCILLON, 48, Rue Legendre
ENVOI D'ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE

SEULES EAUX ALCALINES RECONSTITUANTES
ST. LEGER POUGUES
Sans rivales pour le Traitement des
Gastralgies — Dyspepsies — Gravelle — Diabète — Les Convalescen

reaux a apporté un grand progrès quand il a préconisé l'hyposulfite de soude.

Hyposulfite de soude..	4 gr.
Sirop d'eucalyptus ...	30 gr.
Eau	150 gr.

Une cuillerée toutes les heures.

L'hyposulfite de soude rend de précieux services, associé à l'antisepsie directe des voies aériennes. On ne doit pas l'employer, toutefois, quand le malade a de la diarrhée.

On a essayé la voie sous-cutanée (les injections d'huile gaiacolée et iodoformée), et la voie rectale, mais tous ces traitements, sauf l'hyposulfite de soude, ne valent pas la voie pulmonaire. L'indication fondamentale est donc réalisée par les inhalations, dont je vous ai indiqué la formule.

J'arrive aux indications secondaires. Faciliter l'expectoration, d'abord. Les inhalations suffisent. Cette indication est remplie par les inhalations. Il n'y a qu'un cas où il faut y joindre autre chose ; c'est quand l'expectoration est très abondante. Dans la maladie de Briquet, il y a quelquefois intérêt à diminuer l'expectoration. On aura recours alors aux injections rectales de créosote :

Créosote de hêtre ...	10 grammes.
Décoction de bois de panama à 20 %...	90 grammes.

Chaque cuillerée à café contient cinquante centigrammes de créosote. Injecter dans le rectum une cuillerée à café diluée dans deux cuillerées d'eau. La créosote a une action dessiccative.

La deuxième des indications secondaires est de favoriser l'élimination des produits toxiques. On prescrira, dans ce but, les boissons abondantes, etc.

La troisième indication secondaire est de soutenir l'état général. C'est un point important. Vous possédez un agent actif, l'huile camphrée. Vous en injecterez tous les jours un gramme. C'est un puissant remontant et un antiseptique général. La potion à l'extrait de quinquina est également utile :

Extrait de quinquina..	4 gr.
Alcool	40 gr.
Julep gommeux	120 gr.

Vous alternerez cette préparation avec la potion à l'hyposulfite de soude, dont je vous parlais il y a quelques instants. Si le malade est très déprimé, vous ajouterez de l'acétate d'ammoniaque et en même temps, au lieu de lait pur, vous ferez prendre du lait additionné de café.

Enfin, reste à agir sur la lésion locale. Nous disposons d'un seul moyen, le vésicatoire. Vous l'appliquerez seulement si, après quelques jours, vous n'avez pas obtenu un résultat satisfaisant des autres médications.

Résumons le traitement :

1° Inhalations d'iodure d'allyle, d'acide hydrofluo silicique, associés au goménol ou à l'eucalyptol.

2° Injection rectale créosotée quand l'expectoration est considérable.

3° Potion à l'hyposulfite de soude dans tous les cas, sauf s'il y a diarrhée. L'alterner, si le malade est très déprimé, avec la potion à l'alcool et au quinquina, renforcé, au besoin, d'acétate d'ammoniaque.

4° Donner du lait, du café, du champagne.

5° Quand le malade tousse et passe ses nuits sans sommeil, prescrire la poudre de Dover, 0 gr. 40 centigr. en un cachet, le soir.

6° Enfin quand, au bout de 5, 6, 7 jours, l'affection n'a pas diminué, appliquer un vésicatoire.

Quels résultats procure ce traitement ? Bons, en général. Nos trois malades actuels ont guéri. Voilà, en résumé, un traitement simple, facile à mettre en œuvre . Son seul inconvénient — léger, devant son efficacité — est que vous ne trouverez pas toujours aisément dans les officines pharmaceutiques de l'iodure d'allyle et de l'acide hydrofluosilicique.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix).

LA SEMAINE MÉDICALE

L'insuffisance diaphragmatique.

Dans un récent travail, paru à la *Revue Internat. de Méd. et de Chir.*, M. le Dr T. Thooris, définit l'insuffisance diaphragmatique ;

Le déplacement vertical nul ou en deça d'un espace intercostal de la partie horizontale du diaphragme. On peut se passer du cylindre enregistreur et de l'écran pour reconnaître de quelle hauteur descend le diaphragme chez nn sujet donné, en inspiration. Il suffit d'un ruban métrique. On mesure le périmètre abdominal dans le plan horizontal parallèle aux crêtes iliaques au moment où le sujet atteint le maximum de son ampliation thoracique et au moment où le thorax atteint sa plus grande réduction. Si le périmètre abdominal est le même aux deux temps de la respiration, la descente du diaphragme ne dépasse pas un demi-espace intercostal.

« Si le périmètre abdominal maximum est constaté au moment où le sujet atteint le maximum de son expansion thoracique, le déplacement vertical du diaphragme ne dépasse pas la hauteur d'un espace intercostal.

« Si le périmètre abdominal minimum est atteint au moment où le thorax parvient à son maximum d'expansion, la descente du diaphragme dépasse la hauteur d'un espace intercostal et est

d'autant plus prononcée que le périmètre abdominal au moment de l'inspiration devient plus petit.

« En somme, le signe clinique d'insuffisance diaphragmatique, facile à dépister par une simple mensuration périmétrique, dont la valeur est démontrée par la méthode graphique et la radioscopie, présente un grand intérêt au point de vue pathogénique et au point de vue thérapeutique. La mécanique diaphragmatique, mieux connue dans ses causes favorisantes et dans ses effets, apporte la clé de bien des problèmes dont les solutions ont été jusqu'ici recherchées, d'une part dans des lésions imaginaires, dans la fatalité de diathèses plus ou moins tautologiques, et d'autre part, dans des traitements médicamenteux dont les vertus sont plus admises que démontrées.

« On est en droit d'attendre mieux d'une conception pathogénique basée sur l'importance du rôle abdominal dans l'activité physiologique de l'homme, et cette conception pathogénique est d'autant plus plausible que la débilité apparente, l'entéro-colite, l'obésité, les palpitations cardiaques, et sans doute, bien d'autres symptômes morbides encore, sont amendés et disparaissent sous l'influence d'une thérapeutique des mouvements qui ont pour but exclusif de restituer aux muscles de l'abdomen la fonction que, dans tous ces cas, ils avaient perdue. »

Le régime déchloruré contre les douleurs gastriques.

Décidément, la mode ne paraît pas favorable au chlorure de sodium en ce moment ; après les reins, l'estomac aurait fort à souffrir de l'ingestion intempestive du chlorure de sodium.

MM. Enriquez et Ambard ont récemment montré qu'il existe une *chlorhydrie qualitative* qui ne suit aucune loi, du moins actuellement définissable, et une *chlorhydrie quantitative* qui, elle, se trouve subordonnée à l'ingestion des chlorures (*Semaine médicale*, 1907).

« Au point de vue pratique, d'après MM. Enriquez et Ambard, on peut dire que, chez les individus normaux, la déchloruration, après avoir augmenté pendant plusieurs jours la chlorhydrie, la laisse ensuite revenir aux environs de la normale ; que, chez les hyperchlorhydriques, elle la fait, assez rapidement, baisser vers la normale qu'elle atteint en quelques semaines ; et qu'enfin, les hypochlorhydriques, de quelque espèce qu'ils soient, — en dehors des cancéreux, — ont leur sécrétion augmentée par le régime déchloruré.

« Dans un travail d'ensemble récemment publié dans la *Revue mensuelle de médecine interne et de thérapeutique*, MM. Enriquez et Ambard, confirmant leurs premiers travaux, envisagent spécialement les rapports de la sécrétion gastrique et des phénomènes subjectifs, en particulier chez les hyperchlorhydriques. Chez eux, la déchloruration fait varier la sécrétion sur une très large échelle et les phénomènes subjectifs présentent également des modifications considérables.

« Mais il existe un retard très net entre les modifications des phénomènes subjectifs et les modifications sécrétoires. Si l'on met un hyperchlorhydrique d'emblée à un régime très strict, on peut constater que la sécrétion est réduite à ce que nous pouvons considérer comme son taux minimum et que néanmoins le malade souffre encore ; il faudra continuer le régime deux ou ou trois semaines pour que le malade ne souffre plus. Ce *retard* est constant et il importe de le bien connaître.

« Il n'en reste pas moins certain que les douleurs des hyperchlorhydriques sont généralement soulagées par le régime sans sel.

« Donc, en présence d'un hyperchlorhydrique quelconque, on peut toujours craindre de rencontrer un malade dont l'hypersécrétion ne cédera qu'à une déchloruration stricte, et le devoir, qui est de soulager le plus rapidement possible le malade, nous commande donc d'instituer un régime où les chlorures soient réduits au minimum. L'expérience démontre qu'avec le régime il n'est guère de douleurs qui résistent plus de cinq semaines.

« Les douleurs ayant été supprimées ainsi, il est évident, d'autre part, que nous avons le devoir de permettre au malade d'ingérer la quantité de sel la plus grande qui soit compatible avec le maintien de sa guérison. Il est à peine besoin de dire combien un régime déchloruré strict, malgré certaines facilités qu'il offre au point de vue de sa réalisation par la variété des aliments qu'il permet, est insipide et difficilement compatible avec les obligations sociales.

« Il convient d'étudier la susceptibilité du malade au sel et de lui donner des indications pratiques pour manier le sel sans inconvénients. Voici, après de multiples expériences, la conduite à laquelle les auteurs se sont arrêtés.

Les douleurs ayant disparu pa le régime déchloruré, le malade continuera comme auparavant à manger une cuisine strictement préparée sans sel ; mais il disposera, pour saler les aliments, qu'il trouve trop insipides, d'une salière personnelle dans laquelle il renouvellera régulièrement le sel à la dose de 10 gr. par exemple.

« Ce procédé est infiniment supérieur à celui qu consiste à prescrire au malade de « saler modérément ».

Il est nécessaire, dans l'application du régime déchloruré aux douleurs gastriques, de faire plusieurs distinctions :

« Il y a, en effet, des cas qui commandent sans discussion la déchloruration, et d'autres, au contraire, qui indiquent la restriction de certains mets sans déchloruration ; pour d'autres enfin, on peut hésiter entre l'un et l'autre des traitements et même entre leur association.

« Pour les malades qui souffrent depuis longtemps et qui ont été traités sans succès par les alcalins et par les régimes divers, la déchloruration s'impose absolument. Chez un de nos malades, par exemple, âgé d'une soixantaine d'années, déjà légèrement cachectique, suspecté en raison de son âge, de sa cachexie et de l'échec de tous les régimes spéciaux de néoplasie gastrique, nous

avons vu les douleurs disparaître complètement par une réduction de sel à 3 grammes, le malade mangeant de tous les mets. Nul doute que, pour ce malade, l'amélioration suggestive, qui d'ailleurs s'est accompagnée d'une augmentation de poids et de bien-être général, ne vaille largement le régime un peu sévère qu'on lui avait imposé.

« Chez un autre malade, avec ptose et dilatation gastriques, traité par des régimes sévères et la diminution des boissons, avec si peu de succès qu'on envisageait déjà une intervention chirurgicale, on a obtenu un résultat analogue.

« Considérons maintenant les cas presque inverses de malades qui ne souffrent qu'incidemment à la suite d'excès de table, ou à la suite d'ingestion de mets qu'ils savent digérer difficilement : il est incontestable que, pour ces malades, le régime déchloruré est un traitement peu avantageux. Soumis au régime déchloruré, ils digéreraient, il est vrai, plus aisément certains aliments, dont ils doivent se priver à regret ; mais cette plus grande liberté leur paraîtrait bien vite onéreuse. En général, la cuisine de tous les milieux sociaux est une cuisine salée. Il est évident que pour les malades qui ne souffrent que peu et qu'incidemment, le mieux est d'éviter les aliments qu'ils tolèrent mal ; c'est d'ailleurs ce qu'ils font d'eux-mêmes et il n'y a pas mieux à leur conseiller.

« Reste une troisième catégorie de malades qui souffrent par période, au point que la douleur les gêne dans leurs occupations. Ces malades pratiquent volontiers des cures soit alimentaires, soit hydrominérales. Ces cures les soulagent pour un temps donné. Mais n'y a-t-il vraiment pas mieux à faire que de soulager ces malades périodiquement ? Pour ces malades, on pourra hésiter. L'expérience nous montre qu'ils sont soulagés par la restriction de certains aliments, et qu'ils sont soulagés également par un régime hypochloruré sans restriction d'aliments. Il n'appartiendra donc pas au médecin d'imposer d'autorité tel ou tel traitement, et il devra se borner à proposer au malade cette alternative : ou bien de suivre les régimes habituellement prescrits, sans se soucier de la question de sel, mais naturellement, en modérant l'ingestion, ou bien de suivre un régime nettement hypochloruré sans se soucier de la qualité des aliments » (*Tribune médicale*).

En résumé, 1° le régime déchloruré ne paraît guère utile dans les cas d'hyperchlorhydrie légère ; 2° il est à essayer sous réserve de l'approbation ultérieure du malade, dans les cas moyens ; 3° il est absolument indiqué dans les cas sévères.

Enfin, dans les cas douteux, où l'on hésite entre une gastrite et un cancer de l'estomac, le régime déchloruré fournira des preuves contre la possibilité du cancer s'il réussit à calmer les douleurs ; dans le cas contraire, en effet, on n'obtient pas de sédation de la douleur.

Troubles nerveux précoces du mal de Pott sous-occipital.

M. le Dr Lucien Rousset a étudié dans sa thèse (Paris, 1909) les nombreux troubles nerveux précoces du mal de Pott sous-occipital.

« Ces troubles prodromiques, dit l'auteur sont d'ordre sensitif, moteur, sensoriel, chaque variété pouvant être combinée aux deux autres ou exister séparément.

Les troubles sensitifs consistent en douleurs qui revêtent deux formes :

a) Forme névralgique (muscle sterno-cléido-mastoïdien, apophyse mastoïde ou parotide, dents), à siège unilatéral ou bilatéral, à intensité progressive, non calmée par le traitement général, mais cédant à l'immobilisation ;

b) Forme arthralgique, plus connue, localisée à l'articulation occipito-atloïdienne.

Les troubles moteurs sont représentés par des paralysies complètes ou incomplètes, définitives ou passagères, intéressant le grand hypoglosse, le facial ou le spinal.

Les troubles sensoriels sont caractérisés par du vertige et du nystagmus.

La grande variabilité de ces symptômes relève surtout du siège particulier de la localisation tuberculeuse : la région bulbaire.

La pathogénie est discutable, la cause déterminante pouvant être au niveau du tronc nerveux, des branches, des racines ou des noyaux bulbaires et agir soit par compression (périoste épaissi, abcès en formation, stase circulatoire, épaississement méningé, etc.), soit par infection (directement ou indirectement). En effet, les confirmations anatomiques nous manquent.

Si l'attention n'est pas attirée du côté du mal de Pott sous-occipital, ces symptômes précoces risquent de passer inaperçus, d'être méconnus ou d'être interprétés faussement.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Intra-dermo-réaction à la léproline. — Le signe de la trachée dans l'anévrysme de l'aorte. — Fréquence insolite des paralysies infantiles. — Le diabète d'origine traumatique. — Le sérum de Marmorek dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Essais de sérothérapie anti-rhumatismale.

Le médecin-major Rost prépare depuis 1904 sous le nom de *léproline*, un produit extrait de bacilles lépreux, susceptible d'être utilisé en thérapeutique et pour le diagnostic de la lèpre.

MM. Mantoux et Pautrier ont eu l'idée d'essayer une intra-dermo-réaction à la léproline et ils viennent d'exposer à la *Société médicale des hôpitaux* les résultats de leurs premières expériences sur ce sujet. Les auteurs, adoptant la technique habituellement employée pour la tuberculine, ont obtenu chez leurs malades lépreux des réactions assez tranchées pour que cette méthode leur paraisse applicable au diagnostic. Seule, toutefois, une plus large expérimentation fixera sur la valeur réelle de l'intra-dermo-réaction à la léproline.

— Le *signe de la trachée*, plus connu sous le nom de signe d'Oliver, consiste en une secousse brusque de *haut en bas*, qu'imprime au tube laryngo-trachéal, l'anévrysme de l'aorte localisé à la partie postéro-inférieure de la portion transversale de la crosse. La concavité de l'arc aortique est à cheval sur la bronche gauche et les secousses imprimées par la poche à cette bronche se propagent au canal trachéo-laryngé qui se trouve ainsi attiré de haut en bas. Le dit battement rythmique apparaît mieux lorsqu'on prend le cartilage cricoïde entre l'index et le pouce, comme dans le procédé d'Oliver, le malade soulevant le menton.

La secousse se produit généralement de haut en bas. Cette règle souffre cependant des exceptions. M. Hirtz montre à la Société médicale des hôpitaux un patient chez lequel le signe de la trachée est en sens inverse, c'est-à-dire de bas en haut. L'auteur estime que, dans ce cas, l'ectasie doit se trouver sur la convexité du vaisseau.

— M. Netter signale à la Société médicale des hôpitaux l'existence d'une sorte d'*épidémie de paralysie infantile*, actuellement d'ailleurs un peu en décroissance Le nombre des cas de cette affection a été, pendant l'été dernier, notablement plus important que de coutume. Au point de vue clinique, la petite épidémie en question se trouve caractérisée par la fréquence des symptômes méningés. Toutefois, le méningocoque — qu'on pourrait être tenté d'incriminer eu égard à l'épidémie parallèle de méningite cérébro-spinale — semble devoir être mis hors de cause.

— La question de l'*origine traumatique de certains diabètes* se pose de temps en temps dans la pratique, à propos d'accidents du travail par exemple. MM. Marcel Labbé et Vitry ont discuté ce sujet devant la Société des hôpitaux. Ces auteurs ont recherché les observations indiscutables de diabète traumatique, et ils les classent en deux groupes : dans le premier, il s'agit de diabètes graves ayant succédé à des traumatismes importants, fractures du crâne ou du rachis, cas qui ont évolué en quelques mois vers la mort ; dans le second groupe, il s'agit de diabètes légers provoqués par un traumatisme minime, qui a produit une glycosurie passagère, guérie en l'espace d'un mois environ.

A côté de ces cas, d'interprétation simple, il en est d'autres d'interprétation beaucoup plus embarrassante. Le début brusque des accidents n'est pas un caractère de valeur absolue en faveur de l'origine traumatique ; il appartient, en effet, à tous les diabètes graves, qui apparaissent brusquement et se constituent en quelques jours, sans cause apparente, sans maladie antérieure, sans traumatisme. On peut se demander d'autre part, en face d'un cas de diabète attribué au traumatisme, si la glycosurie n'existait pas avant le traumatisme, ou encore, si le traumatisme, sans causer le diabète, ne l'a pas aggravé, « fouetté », rendu patent alors qu'il n'était que latent.

MM. Labbé et Vitry pensent qu'il faut être prudent lorsqu'on est appelé à fournir des conclusions au sujet du diabète traumatique, que certains auteurs admettent cependant avec facilité (10 pour 100 des cas pour Cantani, 5 pour 100 des cas pour Lépine).

— Le *sérum de Marmorek* a donné lieu, depuis son apparition, à une quantité considérable de travaux principalement dans les pays de langue allemande. Les avis des auteurs qui l'ont employé ont été, comme souvent en matière de tuberculose, variables, voire opposés, bien que les opinions favorables constituent le plus grand nombre.

MM. Castaigne et Gouraud ont traité par le sérum de Marmorek 22 malades atteints de tuberculose pulmonaire et ils viennent communiquer à la Société médicale des hôpitaux les résultats obtenus. Ils ont utilisé, comme méthode de traitement, les deux voies sous-cutanée et intra-rectale. Ils firent les premières injections à la dose de un centimètre cube ou même d'un demi-centimètre cube. La dose était ensuite doublée, l'injection faite tous les deux jours, de façon à arriver en six à huit jours et 3 ou 4 injections au chiffre de cinq centimètres cubes. Ils conseillent d'espacer les piqûres après quinze à vingt jours.

Souvent les réactions cutanées ont forcé à abandonner la voie sous-cutanée pour la voie intra-rectale. Les lavements furent de 10 centimètres cubes tous les jours, ou 15 centimètres cubes tous les deux jours.

Les réactions et accidents sont uniquement ou presque uniquement l'apanage des injections sous-cutanées ; MM. Castaigne et Gouraud ne les ont jamais constatés avec les lavements. Avec les injections, les réactions sont fréquentes. Elles sont généralement locales et consistent en tuméfaction d'abord légère, puis, si l'on continue les piqûres, plus considérable, pseudo-phlegmoneuse, avec ou sans urticaire. Les réactions générales et les réactions de foyer sont beaucoup plus rares. Outre ces réactions, on a observé également, parfois, des accidents, quelques-uns mortels. Les auteurs ont perdu ainsi un de leurs malades. Aussi, sans abandonner la voie sous-cutanée, qui est notablement plus active, conseillent-ils autant que possible d'employer le sérum en lavements, chez les individus, en particulier, qui ont des antécédents asthmatiques personnels ou héréditaires et chez les bronchitiques.

Les résultats thérapeutiques ont été avantageux, surtout vis à-vis des symptômes fonctionnels, anorexie, amaigrissement, qui ont cédé pour faire place à un relèvement accusé du poids, de l'appétit. Les signes locaux n'ont pas paru être très modifiés. Le sérum de Marmorek, agent beaucoup plutôt anti-toxique qu'anti-bacillaire, modifie principalement les phénomènes d'ordre toxinique et apporte ainsi à l'organisme une aide puissante dans sa lutte contre le bacille : si l'atteinte est légère ou si le traitement hygiéno-diététique vient fortifier le terrain, l'organisme peut remporter la victoire.

Les auteurs résument dans les conclusions sui-

URODONAL

Dissout l'Acide urique

« L'Urodonal produit une véritable saignée urique ».

3 cuillerées à café par jour chacune dans un verre d'eau 10 jours par mois.
Etats aigus 3 cuillerées à soupe par jour.

AUCUNE TOXICITÉ — AUCUNE CONTRE-INDICATION

Communication à l'*Académie de médecine* (10 nov. 1908).
— à l'*Académie des sciences* (14 déc. 1908)

MÉDAILLE D'OR, Exposition de Londres 1908

Adopté par le Ministère de la Marine
SPÉCIALITÉ RÉGLEMENTÉE

L'URODONAL, 207, Boulevard Péreire, PARIS

5 fois plus actif que la Piperazine.

37 fois plus actif que la Lithine.

La Toux

dans toutes les affections pulmonaires,
est IMMÉDIATEMENT CALMÉE par le

SIROP DU Dr BOUSQUET

1 cuillerée à bouche renferme :

0 gr. 01 DIONINE-MERCK, 2 gouttes BROMOFORME chimiquement pur et VI gouttes Alcoolat. de rac. d'aconit titrée.

DOSE QUOTIDIENNE POUR LES ADULTES : 4 à 8 cuillerées à potage.

LABORATOIRE DU Dr F. BOUSQUET, 140, RUE DU Fg St-HONORÉ, PARIS

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

—

Mais si une fois la question réglée judiciairement (par conciliation ou jugement), il est trop tard pour le médecin pour réclamer ses honoraires concernant les soins donnés avant cette conciliation ou ce jugement ?

N'est-ce pas cela ?

Réponse. — La lettre du Dr R., peut, en effet, se comprendre comme vous l'expliquez, mais nous n'en sommes pas certain, car, bien qu'il ait dû lire sa lettre et notre réponse dans le dernier numéro, il n'a pas protesté contre notre interprétation.

S'il en est ainsi, il est bien évident que le fait que la conciliation ou le jugement sont intervenus entre patron et ouvrier ne saurait influer sur le sort de la dette directe que le patron contracte envers le médecin par le seul fait que celui-ci a soigné son ouvrier blessé du travail. On ne saurait opposer au médecin cette exception qui ne figure pas dans la loi. Nous ne connaissons pas le jugement signalé par le Dr R.

Concours à Dr F., à M. — Nous avons bien reçu de vous une lettre contenant plusieurs questions sur l'exercice de la pharmacie par le médecin. Avant d'y répondre, nous serions désireux de connaître votre nom, car nous n'avons pas l'habitude de répondre à des correspondants anonymes.

Dr D., à G., à *Concours*. — J'ai délivré, selon vos indications répétées, un certificat sur papier timbré de 0 fr. 60 à un assuré agricole ne tombant pas sous le coup de la loi des accidents du travail. Or, la P..., qui a cette assurance, me dit de délivrer ces certificats sur papier libre. Je lui ai répondu, que je le ferais, si elle voulait bien prendre à sa charge les amendes pouvant m'incomber de ce fait. Je n'ai pas sa réponse; je lui dis d'ailleurs de s'adresser à vous pour renseignements.

Suite page XII.

MALADIES DE L'ESTOMAC

CACHETS CHARVOZ

Digestifs, Toniques, Apéritifs

Se trouvent dans les principales Pharmacies et chez tous les Fournisseurs des Pharmaciens

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Pharmacie Centrale, 12, rue Neuve, LYON.

BROMOCARPINE

Employée dans toutes les grandes Névroses :

HYSTÉRIE - ÉPILEPSIE - CHORÉE

La cause déterminant l'attaque convulsivante dans l'épilepsie est intimement liée aux intoxications nutritives.

Les échanges organiques se trouvent modifiés biologiquement chez les épileptiques et cette nutrition viciée amène l'élaboration de produits anormaux (toxines-uréides) qui déterminent l'hypertoxicité du sang et de la lymphe. C'est ainsi que pendant les quelques jours qui précèdent l'attaque, les urines des épileptiques sont toutes hypertoxiques et donnent fréquemment d'une façon positive la diazo-réaction de Erlich.

La conception pathologique que nous venons de résumer, rend parfaitement compte des symptômes observés dans les grandes névroses.

L'état du sujet sera donc d'autant meilleur que l'élimination des déchets « toxines, uréides, indican » se fera plus vite. Il est donc en rapport avec l'état des reins et des autres organes d'élimination de l'économie.

La **Bromocarpine** est une préparation pharmaceutique préparée sur ces principes ; elle comprend l'association de la pilocarpine aux bromures alcalins. Par son usage, la transpiration chez le malade est plus accentuée, la respiration cutanée s'effectue bien, la diurèse est plus abondante, la bromuration intensive devient sans dangers. Cette préparation entrée depuis quelque temps dans la thérapeutique courante, offre aux malades un précieux remède, et aux médecins la garantie que l'on doit trouver dans tous les médicaments de cette importance.

Forme..... SIROP GLYCÉRINÉ très tolérable au goût.
Pas de Bromisme. Pas d'intolérance gastrique.
Capacité..... 500 c/c.
Doses..... Enfants : 1 à 6 cuillerées à café. — Adultes : 1 à 3 cuillerées à bouche par jour.

OLIVIÉRO, O. I. Q., Phien Supr 1re cl., Ex-Interne en phie de la SALPÊTRIÈRE, BOULOGNE (Seine)

ARTÉRIOSCLÉROSE, ANGINE de POITRINE, RHUMATISME DÉFORMANT

NATRISILICINE Silicate de Soude granulé

DOSE : 2 à 6 cuillerées à café par jour, aux repas. — Prix du flacon : 3 francs.
Pharmacie **VIGIER**, 12, Boulev. Bonne-Nouvelle, PARIS

La **Natrisilicine** remédie à l'insuffisance de la silice et empêche par conséquent la formation des dépôts de carbonate de chaux qui durcissent les artères.

NOUVEAU PANSEMENT GYNÉCOLOGIQUE

TAMPOVULES B. S. G. D. G. de CORBIÈRE et LINDEUX

Avantages : 1° Maintien de l'ovule au niveau où il a été introduit pendant toute la durée de sa fonte ;
2° Action plus énergique du médicament résultant de son séjour plus prolongé au contact de la muqueuse.

TAMPOVULES simples *à la glycérine solidifiée* et *à tous principes médicamenteux* : thigénol, ichthyol, oxygène naissant, résorcine, collargol, cocaïne, etc., etc.

Prix au public : la boîte de 6 : 4 à 6 fr. ; 25 % aux Médecins et Pharmaciens

Laboratoire CORBIÈRE et LINDEUX, 3, rue de Fourcroy, Paris. *Téléph.* : 537-64

vantes l'impression thérapeutique qu'ils ont de l'emploi du sérum de Marmorek :

1° Le sérum de Marmorek, bien que d'action inégale et inconstante, n'en constitue pas moins une précieuse ressource dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Il semble légitime de l'ajouter à la cure hygiéno-diététique.

2° D'une façon générale, il faut préférer la voie rectale à la dose de 10 centimètres cubes tous les jours ou 15 centimètres cubes tous les deux jours ; elle a l'avantage de n'amener jamais d'accidents. Mais, malgré cela, on peut recourir à la voie sous-cutanée, sensiblement plus active, lorsque les lavements auront échoué, et surtout dans les formes aiguës où il faut agir vite et fort. On commencera alors par des doses minimes : un quart ou un cinquième de centimètre cube, pour atteindre ensuite progressivement la dose de 5 centimètres cubes tous les deux jours. La dose utile est d'ailleurs très variable, suivant les malades.

Chez les malades qui ont des antécédents personnels ou héréditaires d'asthme ou de bronchite chronique, il est plus prudent de s'abstenir de toute injection sous-cutanée.

3° Le sérum de Marmorek paraît posséder surtout une action anti-toxique qui influence d'abord les symptômes d'ordre fonctionnel.

— M. Rosenthal a présenté à la *Société de l'Internat* un travail résumant les premiers essais qu'il a tentés de *sérothérapie anti-rhumatismale*. S'appuyant sur une série d'études, faites en collaboration avec M. Thiroloix, au cours desquelles une bactérie anaérobie a été retrouvée dans le sang, mis en culture, de sujets rhumatisants, M. Rosenthal a fait inoculer des cultures de ce microbe (considéré comme l'agent du rhumatisme), à des chevaux. Le sérum des chevaux ainsi traités semble jouir de propriétés anti-rhumatismales importantes.

Son action est certaine, dit l'auteur, sur le rhumatisme articulaire aigu franc, et nulle sur les pseudo-rhumatismes infectieux. Quelquefois héroïque et capable de juguler la maladie, le sérum a le plus souvent besoin d'être aidé par la médication pharmaceutique, le salicylate de soude en particulier. Le sérum compléterait l'effet du salicylate.

P. L.

Edmond Chaumier. — **Etudes cliniques sur les maladies des enfants**, tome Ier. 1 vol., 546 pages. (Asselin et Houzeau, éditeurs, Paris, 1909.)

Ce livre, très original dans sa conception, a le grand mérite d'avoir été vécu ; ce n'est ni un traité magistral, ni une compilation, car il condense l'expérience personnelle de l'auteur, et comme tel il est enrichi de nombreuses observations cliniques.

Ce tome Ier traite du rachitisme, auquel l'auteur reconnaît une origine infectieuse, de la syphilis, de la blennorrhagie, de la chorée et de la coqueluche.

FORMULAIRE RAISONNÉ

La scille. — Poudre de scille.

Par le Dr André Lombard.

Employée depuis la plus haute antiquité et douée d'une action irritante quelquefois utilisée localement pour obtenir la disparition de végétations cutanées ou la résorption de faibles épanchements liquides, la scille est surtout administrée utilement par le tube digestif. Elle constitue dans la médecine des enfants, comme dans celle des adultes, un médicament peu dangereux, facilement maniable.

A dose toxique, elle ne produit pas de diurèse mais provoque des troubles gastro-intestinaux, des convulsions, de la dyspnée, des palpitations, puis de l'irrégularité du cœur et la mort par syncope ou collapsus. A dose forte, mais non toxique, elle provoque encore des vomissements et des selles abondantes, mais aussi la sédation du pouls et de la respiration et la diurèse.

La scille est d'abord un puissant diurétique ; ses propriétés excitantes, incisives, expectorantes ne sont que secondaires. Dans les œdèmes, les hydropisies, l'anasarque d'origine cardiaque, son action diurétique est très manifeste ; moins que la digitale, elle est tonique du cœur, mais plus qu'elle, elle est diurétique ; au reste les deux médicaments sont souvent associés.

S'il y a de l'œdème pulmonaire, de la pleurésie, de l'ascite, elle trouve son indication comme diurétique. Comme excitant, on l'emploiera dans les affections de l'appareil respiratoire, et aussi comme incisif et expectorant, spécialement dans le catarrhe bronchique subaigu, la coqueluche. Dans la pneumonie et les maladies aiguës infectieuses, quand les malades urinent peu, elle est indiquée à la fois comme diurétique et expectorant.

Un mauvais état du tube digestif, les hémorrhagies, la phtisie pulmonaire, les affections douloureuses du système nerveux, contre-indiquent son emploi. Mais la contre-indication la plus formelle provient de l'albuminurie, des néphrites ; le médicament cesserait d'être inutile pour devenir dangereux.

La *poudre de scille*, rougeâtre, très amère, constitue un excellent mode d'administration ; mais elle ne doit pas dater de plus d'un an ; on assure sa conservation — elle est très hygrométrique — en additionnant de sucre de lait. On en prescrit 0 gr. 10 à 0. gr. 80 en paquets ou en pilules.

Poudre de scille.....	0 gr. 10
Sucre de lait.....	0 gr. 20

En un paquet, en faire 15, en prendre un toutes les 4 heures. Chez l'enfant, on prescrit un centigramme par jour et par année d'âge ; la dose

quotidienne est avalée en 4 ou 5 paquets (un toutes les 2 heures), dans une cuillerée d'eau ou de lait.

On l'associe souvent à la digitale et à la scammonée ; pour un enfant de 5 ans :

Poudre de scille	
Poudre de digitale	âà un centigr.
Poudre de scammonée	
Sucre de lait	0 gr. 20

En 1 paquet, en faire cinq. En prendre un toutes les 2 heures (Comby).

Chez l'adulte, on prescrira :

Poudre de digitale	
Poudre de scille	âà cinq centigr.
Poudre de scammonée	
Sirop de gomme	q. s.

En 1 pilule, en prendre 4 ou 5 par jour pendant 4 ou 5 jours.

On l'associe encore au calomel pour développer ses propriétés diurétiques ; et on prescrit à un enfant de cinq ans :

Poudre de scille	
Calomel à la vapeur	âà un centigr.
Sucre pulvérisé	0 gr. 10

En 1 paquet ; en prendre cinq dans la journée.

Ses propriétés expectorantes sont exaltées par l'association avec le kermès ou le soufre doré d'antimoine :

Poudre de scille	
Kermès (ou soufre doré d'antimoine)	âà cinq centigr.

En 1 pilule ; en prendre 3 ou 4 par jour pendant une dizaine de jours.

De même, on la conseillera en même temps que le soufre, dans les affections bronchiques ou pulmonaires, le soufre étant prescrit, comme expectorant, à la dose de 2 à 3 grammes ; M. Comby conseille.

Poudre de scille	deux centigr.
Soufre lavé	quatre —
Sucre	0 gr. 10

En 1 paquet, en prendre de 2 à 5 par jour, selon l'âge de l'enfant.

On ne constate pas avec la scille de phénomènes d'accumulation ; mais son emploi prolongé peut être suivi d'accidents du côté du tube digestif ; l'intolérance au médicament, ou l'irritation du tube gastro-intestinal, se manifeste par des vomissements et surtout de la diarrhée.

Cours de Psychothérapie clinique.— Le Dr Bérillon a repris son cours de psychothérapie clinique le jeudi 13 janvier, à 5 heures, à l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Objet du cours : 1° L'hypnotisme et les méthodes de rééducation en psychothérapie ; 2° l'hypnotisme et l'orthopédie mentale : Les arriérés du jugement.

Il le continuera les jeudis suivants.

L'OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par le Dr Chabrut.

Conjonctivite eczémateuse.

La *conjonctivite phlycténulaire* (fig. 4) *strumeuse*, ou mieux *eczémateuse*, en raison de sa parenté indéniable et de sa coïncidence fréquente avec l'eczéma de la face, est une conjonctivite partielle caractérisée par le développement, sur la conjonctive, surtout dans le voisinage de la cornée, et empiétant même très souvent sur elle (*kérato-conjonctivite* phlycténulaire), d'une ou de plusieurs papules rouges, pointues ou étalées, suivant les dimensions qui varient d'une tête d'épingle à une lentille et vers laquelle converge un pinceau vasculaire très net, sur la muqueuse restée pâle. Cette papule s'affaisse, puis

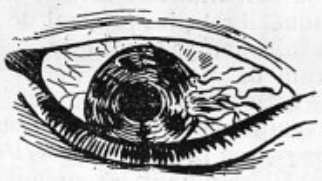


Fig. 4.

s'ulcère et marche assez rapidement vers la guérison sans laisser de traces, sauf si elle empiète ou siège sur la cornée, auquel cas elle peut laisser une légère taie qui n'acquiert de l'importance, pour le passage des rayons lumineux, que si elle s'avance vers le centre pupillaire après plusieurs récidives et si elle avoisine avec d'autres taies. Il peut même y avoir, mais rarement, perforation de la cornée et leucome permanent, grave, ou bien encore une opacité en bandelette (kératite en bandelette) venant d'une sorte de phagédénisme du petit ulcère, dont le bord marginal se comble à mesure que le bord central progresse, entraînant avec lui les vaisseaux, qui convergeaient à l'origine à la petite papule et qui barrent maintenant la cornée d'une traînée rouge (fig. 5).

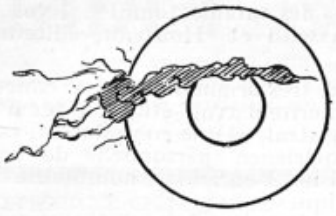


Fig. 5.

Cet ulcère progresse tant que son extrémité centrale est *gris jaunâtre* et infiltrée. *L'infiltration gris jaunâtre est toujours l'indice d'un ulcère*

LE PLUS PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL
Ramène l'appétit, provoque une augmentation rapide du poids des malades; relève l'état général, diminue la toux et fait disparaître la purulence des crachats chez les TUBERCULEUX.

HISTOGÉNOL NALINE
à base de Nuclarrhine.
Médication Arsénio-Phosphorée organique.

EXPÉRIMENTÉ avec succès dans les Hôpitaux de Paris et les Sanatoria. Communications à l'Académie des Sciences, la Société de Biologie, de Thérapeutique de Paris.
Thèse sur l'HISTOGÉNOL, présentée à la Faculté de Médecine de Paris et de Montpellier.

FORMES : Emulsion : 2 cuillerées à soupe par jour. Elixir : 2 cuill. à soupe par jour.
Granulé : 2 mesures par jour, Ampoules : 1 ampoule par jour.
Comprimés : 4 par jour.

Indications : TUBERCULOSE
LYMPHATISME, SCROFULE, NEURASTHÉNIE, BRONCHITES CHRONIQUES, CHLORO-ANÉMIE, CONVALESCENCES, etc., etc.

Littérature et Échantillons : S'adresser à NALINE, Phien à Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine).

Nouveau Traitement de la SYPHILIS

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). 20 à 100 gouttes par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule).
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). } Injecter une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours.
INJECTIONS INDOLORES.

HECTARGYRE
(Combinaison d'Hectine et de Mercure).

PILULES (Par pilule: Hectine 0,10; Protoiodure Hg. 0,05; Ext. Op. 0,01). Une à deux pilules par jour.
GOUTTES (Par 20 gouttes: Hectine 0,05; Hg. 0,01). 20 à 100 gouttes par jour.
} Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule: Hectine 0,10; Hg. 0,005).
AMPOULES B (Par ampoule: Hectine 0,20; Hg. 0,01). } Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours.
INJECTIONS INDOLORES.

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : S'adresser aux Laboratoires A. NALINE, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine).

Affections de la GORGE et des Voies Respiratoires
MALADIES & HYGIÈNE DE LA BOUCHE ET DES DENTS
Le meilleur spécifique contre la GRIPPE

TABLETTES
1 fr. 75
LA BOITE
Spécialité à vente réglementée assurant aux pharmac. un bénéfice obligatoire.

OXYMENTHOL PERRAUDIN

à base d'OXYGENE à l'état NAISSANT

de Menthol, faiblement dosé, de Cocastovaïne, de Benzoate de Soude, et d'Extraits végétaux d'un goût agréable.

Souveraines contre Toux, Grippes, Laryngites, Pharyngites, Asthme, Emphysème.

DOSE : 6 A 10 TABLETTES PAR JOUR.

Echantillons gratis sur demande :
Pharmacie PERRAUDIN, 70, rue Legendre, Paris.

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

Ne pourrait-on pas savoir définitivement à quoi s'en tenir ? Les Compagnies d'assurance et vous-mêmes pourriez avoir un avis définitif de l'Administration des finances. De cette façon, les compagnies, les assurés et les médecins sauraient à quoi s'en tenir.

On ne serait plus exposé à perdre des clients vexés de cette demande d'un papier timbré et les Compagnies ne chercheraient plus à se libérer de cette somme de 1 fr. 20 due par elles par assuré.

Réponse. — Nous approuvons la réponse que vous avez faite à la Compagnie d'assurances, mais son acceptation, improbable d'ailleurs, d'un semblable engagement, ne vous mettrait pas à l'abri de tous ennuis, car vous pourriez être contraint d'abord de payer l'amende, sauf à exercer votre recours contre la Compagnie, ce qui pourrait vous obliger à un procès dans lequel, même gagnant, vous auriez, outre les ennuis, à supporter des frais irrécouvrables supérieurs aux 62 fr. 50 de l'amende.

Quant à l'avis de l'Administration des finances, il est connu. C'est la loi fondamentale de l'impôt du timbre, celle du 13 brumaire an VII, qui le lui dicte, en assujettissant au droit de timbre (art. 12, 1° *in fine*) « *tous actes, et écritures*, soit publics, soit *privés*, devant ou *pouvant faire titre*, ou être produits pour obligation, décharge, *justification*, demande ou défense ».

Si certains certificats sont exempts de timbre, c'est qu'une autre loi les en a dispensés. Priez la Compagnie d'assurances de vous citer le texte qui en dispense les certificats délivrés pour les accidents agricoles.

Dr D., à W., à *Concours*. — Abonné et fidèle lecteur du *Concours*, je vous serai obligé de me donner dans la Correspondance hebdomadaire du prochain numéro, le renseignement suivant qui, je crois, doit intéresser beaucoup de médecins.

Lorsqu'un assisté fait partie d'une Société de secours mutuels lui donnant droit à une indemnité journalière de maladie et aux médecin et pharmacien (libre choix du médecin qui est justement le médecin de l'A. M. G.), à qui incombent les frais pharmaceutiques ? autrement dit sur quel compte le médecin, qui est à la fois médecin de la Société et méde-

Suite page XIV.

TRAITEMENT DE
L'ARTHRITISME
et de la DYSPEPSIE
par l'Eau de
VALS SOURCE LA REINE
Un verre le Matin à jeun
Un verre avant le Déjeuner
Un verre avant le Dîner
Le reste de la Bouteille consommé aux Repas
Toutes Pharmacies ou s'adresser à M. CHAMPETIER, à Vals-les-Bains (Ardèche)

Les MÉDECINS FAISANT LA PHARMACIE
emploieront avec avantage les
CAPSULES, GRANULES, PILULES, AMPOULES SP,
POTIONS GRANULÉES DE
A. LE COUPPEY
SOUILLARD-LE COUPPEY & Cie, Succ.
Fournisseurs des hôpitaux de Paris. 23, RUE DES ECOUFFES, PARIS
Fournisseurs de droguerie des Membres du « CONCOURS »
CACHET DE GARANTIE
GRANULES LE COUPPEY
La forme « GRANULE » est la plus sûre et la plus commode pour administrer les alcaloïdes et médicaments actifs et en surveiller l'action
Les « GRANULES DE COUPPEY » rigoureusement titrés et préparés avec des produits d'une pureté absolue donnent toutes les garanties de et dosage de régularité d'action.

TRAITEMENT LOCAL et GÉNÉRAL des AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES
POUDRE GÉNIA
DIGESTIVE, ABSORBANTE, LAXATIVE, RECONSTITUANTE
Carbonate de chaux précipité, Phosphate de chaux bicalcique, Lactate de chaux, Citrate de soude, Bicarbonate de soude, Magnésie hydratée, Chlorhydrate de cocaïne (cinq milligr.) par cuillerée à café. *(Formule donnée par Germain Sée).*
TRÈS EFFICACE dans
Dyspepsies et Entérites communes et tuberculeuses, Gastralgies et Fermentations, Constipations, Hémorroïdes, Cirrhoses, Diabète, Goutte, Obésité. Gastro-entérites infantiles.
DOSES { ADULTES : Une à deux cuillerées à café à hauteur des bords, au début, au milieu de chaque repas. Deux à quatre cuillerées à café à hauteur des bords, dans hyperchlorhydrie.
ENFANTS : Une demi à deux cuillerées à café par 24 heures, suivant l'âge.
DÉPÔT : GRANDE PHARMACIE GÉNÉRALE, 136, Rue du Chemin-Vert, PARIS *et toutes Pharmacies.*
PRIX DU FLACON : En France, 4 fr. 50 ; à l'Étranger, 5 fr.

CONTREXEVILLE GREAT SOURCE
GOUTTE GRAVELLE, Voies Urinaires, Régularisatrice de la Digestion
Société des Meilleures Eaux Minérales : Contréxéville Great Source à Contrexéville (Vosges)

AMÉNORRHÉE, DYSMÉNORRHÉE
HEMALGINE BROS
2 FORMES : CACHETS OU SUPPOSITOIRES. PRIX : 3 FRANCS
DOSE : 1 PAR HEURE AU DÉBUT DES CRISES
Expérimenté dans les Hôpitaux de Paris. V. BROS, Phien, MELUN, et toutes Pharmacies

cornéen progressif et indique le sens de la progression. Le retour du gris franc et de l'aspect miroitant, indice de la régénération épithéliale, est au contraire le signe de l'arrêt et de la guérison. Après guérison, la kératite phlycténulaire qui a évolué sous forme de kératite en bandelette laisse une traînée blanche opaque, étroite mais indélébile.

L'infiltration cornéenne peut atteindre les couches profondes et en amener la fonte purulente. Alors l'opacité voit sa teinte jaunâtre s'accentuer, signe de suractivité du travail infectieux et élément d'un pronostic grave. Mais ces complications sont rares et, chez les enfants surtout, les taies en apparence les plus étendues et les plus opaques s'éclaircissent souvent d'une façon remarquable.

Le *pannus* (exsudat organisé en tissu vasculaire, rouge épais en un point de la cornée) est aussi une des formes rares des complications cornéennes de cette affection.

La conjonctivite ou mieux la *kérato-conjonctivite phlycténulaire* est une affection de l'enfance ou de l'adolescence, à guérison facile, mais à récidives fréquentes. L'enfant atteint aborde le médecin, la tête en flexion forcée sur la poitrine, les yeux énergiquement clos (blépharospasme) et protégés par les mains ou les bras. Il a une photophobie intense qui est mise en éveil par les tentatives d'ouverture des paupières et d'examen et qui lui arrache des cris violents. Les enfants mal tenus surtout présentent tous les signes de l'eczéma scrofuleux de la face et du cuir chevelu : ulcérations des lèvres, du pourtour des narines, du front et des joues, blépharite, rhagades des paupières, dermite pustuleuse et echtymases du cuir chevelu, rhinites et otites chroniques, engorgements, fistules ou cicatrices ganglionnaires.

La conjonctivite phlycténulaire ou eczémateuse sera facilement distinguée des états précédents par sa forme localisée, papulaire, sa localisation dans le voisinage du limbe scléro-cornéen, en deçà ou au delà, l'acuité ordinaire de la photophobie et les lésions eczémateuses ou scrofuleuses concomitantes de la face.

Conjonctivite printanière.

La *conjonctivite printanière*, ou mieux *catarrhe printanier*, dénomination sous laquelle est connue cette affection depuis qu'elle a été reconnue par Arlt, est assez rare. Son aspect, son évolution, ainsi que son origine inconnue, en font presque une curiosité pathologique. Avant tout il convient de mettre le lecteur en garde contre le mot catarrhe, qui s'applique assez improprement ici à un signe qui est assez intermittent. C'est une affection très spéciale, caractérisée sur la conjonctive palpébrale par des végétations étalées, aplaties, plus larges à mesure qu'elles approchent du bord supérieur saillant du tarse renversé, véritable pavage du tarse d'aspect lactescent, dont on ne saurait mieux comparer le dessin qu'à celui des pierres plates qui forment le revêtement des anciennes voies romaines. Il est indispensable de retourner le tarse pour voir cette lésion absolument typique. Il peut arriver aussi que les végétations manquent et que l'aspect laiteux de la conjonctive soit le seul signe de l'affection (fig. 6).

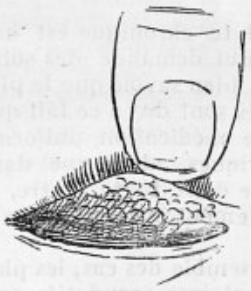


Fig. 6.



Fig. 7.

Sur le bulbe, la lésion entoure et envahit même la cornée dont les contours deviennent par place irréguliers et recouverts ; elle se présente alors sous forme de végétations noueuses molles et brunes qui sont le point de convergence de pinceaux vasculaires (fig. 7) envahissant parfois un secteur entier de la cornée.

Les symptômes accusés par le malade ont ceci de spécial qu'ils sont presque nuls en hiver et pendant les jours froids et humides et qu'ils apparaissent pour augmenter de plus en plus d'intensité avec les chaleurs pénibles, consistent en rougeur des yeux avec démangeaisons pénibles, larmoiement et photophobie. Mais si les signes subjectifs varient, la lésion, elle, change à peine.

Cette affection, sans jamais compromettre la vue d'une façon durable, est d'une ténacité désespérante. Elle dure des années, résiste à tous les traitements et disparaît un jour comme elle est venue, sans rime ni raison. Les irrigations aseptiques et les topiques contre les démangeaisons sont les seuls moyens locaux à employer à moins que l'envahissement d'une grande partie de la cornée par les granulations n'en nécessite l'ablation.

Quant au diagnostic, il est difficile, en dehors de la présence des granulations, et l'évolution intermittente est, dans ce cas, le seul guide du médecin. Les granulations elles-mêmes sont différentes de celles du trachome par leur grosseur, leur pâleur et leur étalement, l'aspect tout spécial de l'envahissement de la cornée, le manque de contagion et l'inefficacité des traitements ordinaires des granulations vraies.

THÉRAPEUTIQUE

Conseils thérapeutiques au sujet des bronchites chroniques,

par le Dr Al. Chevrin.

Pour beaucoup de médecins, rien n'est plus décevant à traiter que la bronchite chronique, car une fois l'amélioration obtenue, les phénomènes congestifs réapparaissent et le malade, tout comme auparavant, recommence à tousser et à expectorer.

Sans doute, la bronchite chronique est une affection très tenace, et qui demande des soins continuels ; mais il faut bien savoir que la plupart des insuccès signalés sont dus à ce fait que le médecin ordonne une médication uniforme pour tous les bronchitiques, alors que dans cette affection, plus que dans toute autre, il faut faire varier le traitement avec chaque malade.

Si, en effet, dans l'ensemble des cas, les phénomènes locaux, inflammatoires, exsudatifs, septiques, ont entr'eux beaucoup de ressemblance, il faut tenir grand compte du terrain et savoir que tel bronchitique est un asthmatique, tel autre, un dartreux, tel autre, un dyspeptique, tel autre, un nerveux, et que par conséquent, en plus de l'élément catarrhal, il y a tout un ensemble de prédispositions morbides à combattre.

Voyons donc quelles devront être les prescriptions à faire chez le malade atteint de bronchite chronique.

Tout d'abord, il y a des indications hygiéniques importantes à préciser :

On sait (et à ce sujet Pidoux nous a donné de très importantes notions) que les catarrheux possèdent à un très haut degré la susceptibilité au froid. C'est le froid qui cause les poussées aiguës dont on peut dire que chacune fait gravir un degré de plus à la maladie. Il faut donc que les malades se prémunissent contre l'action du froid.

Nous conseillerons à ce point de vue d'aguerrir progressivement les malades. On utilisera l'hydrothérapie chaude, tiède, froide, les frictions sèches ou alcooliques. Si le malade ne peut supporter ce régime, il devra faire en sorte de ne pas sortir par les temps humides et d'éviter les changements brusques de température. Un climat tempéré sera aussi conseillé aux malades assez fortunés pour quitter leurs occupations et vivre à Cannes, Menton, Nice, etc.

Il faudra ensuite songer aux prescriptions médicamenteuses et c'est ici que devra s'exercer toute la capacité du thérapeute.

D'une façon générale, on fait appel aux médicaments qui modifient les sécrétions bronchiques et les tarissent tout en exerçant sur les lésions des effets antiseptiques directs. Les balsamiques sont les plus anciens.

Certains auteurs préconisent le copahu et Dujardin-Baumetz prescrivait par jour 4 à 8 des capsules suivantes :

Copahu.....
Goudron.....
} ââ 0 gr. 5

D'autres auteurs ont conseillé la térébenthine en capsules de 0,25 centigr. (6 à 8 par jour). Puis la terpine et le terpinol ont détrôné la térébenthine. Enfin, aujourd'hui, la faveur médicale est allée aux comprimés de thiocol.

S'il nous fallait prendre parti, nous dirions nettement que ce dernier médicament représente le maximum d'effets thérapeutiques et le minimum d'inconvénients.

Tandis que les balsamiques fatiguent au bout de quelque temps l'estomac et l'intestin (nous les avons vus déterminer des crises aiguës d'entérite glaireuse, les comprimés de thiocol Roche sont stomachiques et toujours bien supportés ; de plus, ils déversent dans l'économie, amènent au niveau des lésions bronchiques, une dose suffisante de gaïacol sulfoné, pour antiseptiser et modifier les sécrétions, tout en stimulant à ce niveau les réactions défensives.

4 à 8 comprimés de thiocol, par jour, modifient rapidement la consistance et la couleur des crachats. Ils deviennent plus fluides et blanchâtres ; de purulents, ils sont bientôt muco-purulents, puis muqueux, et enfin, quand l'assèchement des lésions est effectué (ce qui est prouvé par la disparition des râles muqueux), l'expectoration disparaît entièrement et le malade ressent une amélioration manifeste.

Comme médication expectorante, le tartre stibié et le chlorhydrate d'ammoniaque ont été proposés aussi et ce dernier surtout est utile dans certains cas de moyenne intensité.

Quelques médecins font appel à la médication astringente et conseillent le tanin, le ratanhia, l'acétate de plomb. Seul le tanin est encore employé dans quelques cas, mais sous la forme de solutions iodo-tanniques et contre la diathèse strumeuse.

Nous parlerons peu de la médication stupéfiante par l'opium, la belladone, l'aconit, l'eau de laurier-cerise. A ce sujet, rappelons que, dans le Codex actuel, on doit utiliser l'extrait alcoolique de racines d'aconit ; 1 à 10 ctgr., et jamais plus de 10 gr. par jour d'eau de laurier-cerise.

Pour nous, la médication stupéfiante doit être maniée prudemment et l'on doit plutôt attendre des effets calmants du traitement local et modificateur des lésions elles-mêmes. Ainsi quand nous avons obtenu, par les comprimés de thiocol, la réduction de l'expectoration et la disparition des râles muqueux, alors la toux cesse d'elle-même et définitivement. Pour nous, la médication stupéfiante ne doit être utilisée que dans les cas de toux pénible et quinteuse et toujours concurremment avec la médication locale pathogénique.

Enfin, on fera de la révulsion, et par révulsion, nous entendons parler non pas seulement des cataplasmes sinapisés, mais aussi de vésicatoire.

C'est au vésicatoire moyen qu'il faut avoir

recours dans la bronchite chronique et nous allons même ajouter dans certains cas de tuberculose.

Toutes les fois que, chez un tuberculeux, vous constatez une zone limitée de matité, zone douloureuse, névralgique depuis longtemps, placez un petit véricatoire, et vous verrez bientôt la douleur disparaître *définitivement* et la matité se dissiper. Et, dans la bronchite chronique, il faut avoir recours au vésicatoire, parce qu'il ramène la maladie dans ses limites normales et l'empêche de s'étendre en surface ou en profondeur.

Dans ces dernières années, on a recommandé aussi l'usage de l'aérothérapie. Avec les appareils de Waldenburg ou de Dupont, on fait *inspirer* le malade dans l'air comprimé, et on le fait *expirer* dans l'air raréfié. Grâce à ces appareils, il s'établit dans l'arbre bronchique un double courant aérien très actif qui aide à l'expectoration des mucosités et permet aux bronches de reprendre leur élasticité.

Il y a dans cette manière de voir une grande part de théorie pure, car lorsque nous avons employé ces appareils, les résultats obtenus n'ont pas été très brillants et ils fatiguent vite les malades.

Nous insisterons peu sur le traitement thermal. Les eaux sulfureuses, d'où qu'elles viennent, en font surtout les frais et dans beaucoup de cas, il est utile d'y avoir recours.

Une distinction s'impose, au point de vue thérapeutique, entre la bronchite sèche et la bronchorrée ; dans la première l'iodure de potassium ou de strontium est absolument indiqué, nécessaire, et, à la place de l'opium ou de la belladone, le bromure de strontium.

Dans la forme humide, nous préconisons les comprimés de thiocol Roche ou le sirop Roche au thiocol. Pour les raisons indiquées tout à l'heure, ce remède est préférable aux balsamiques, et nous obtenons avec son usage un assèchement réel des lésions pulmonaires, une antisepsie locale sûre.

Lorsque l'auscultation fait entendre des sons crépitants moyens, nous donnons 6 comprimés par 24 heures. Quand les râles sont bulleux, gros, éclatants, 8 comprimés. Dans les mêmes cas, 2 à 4 cuillérées à soupe de sirop Roche peuvent être utilisées.

Les résultats sont les suivants : diminution de la toux, fluidification des crachats, assèchement complet des bronches, disparition des râles muqueux et de l'oppression. Bientôt aussi l'état général se relève et le malade est nettement amélioré.

Presque dans tous les cas de bronchorrée, cette thérapeutique nous a réussi, et c'est pourquoi nous tenions à la signaler.

LES TROUVAILLES DU PRATICIEN

La saignée improvisée.

Mon cher confrère,

Permettez-moi de rectifier une erreur, certainement involontaire qui s'est glissée dans l'article intitulé : « Saignée improvisée », publié dans le dernier numéro du *Concours*. Notre confrère, le Dr Panis, semble attribuer au Dr Chadzynski la paternité d'un procédé « élégant et simple » de saignée au moyen de l'aiguille de Pravaz. Tous ceux qui, comme moi, suivaient le service du Dr Maisonneuve à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1868, l'ont vu pratiquer la saignée du bras avec une aiguille analogue dont il se servait, du reste, pour la transfusion du sang. Le procédé n'en est pas moins recommandable pour cela, mais j'ai tenu, par reconnaissance pour mon ancien maître, à faire connaître ce détail ignoré de la plupart des jeunes médecins.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr J. Jablonski.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES PROPHARMACIENS

Le problème médico-pharmaceutique.

Dernier son de cloche.

Par le Dr G. Duchesne

(*Suite.*)

Dans le précédent numéro, nous avons donné successivement les différentes thèses soutenues par tel ou tel et nous nous sommes cru autorisé à synthétiser les opinions de la majorité, dans cette formule : La pharmacie aux médecins.

La question n'est d'ailleurs pas neuve au Concours *où elle a été traitée antérieurement dans un article rempli d'arguments topiques et que nous avons reproduit dans son intégralité.*

Pour être vieux de près de 3 ans, cet article n'a rien perdu de sa saveur. Il emprunte au contraire à l'actualité une force et une vigueur nouvelles que nous sommes heureux de pouvoir mettre en relief. Loin d'avoir compromis leur solidité, les arguments invoqués par notre correspondant ont acquis une puissance plus grande et l'état d'esprit que nous constatons dans le corps médical nous est une preuve et un garant qu'ils viennent à leur heure, après s'être en quelque sorte bonifiés dans le recueillement qui a suivi le jour où leur auteur, avec une véritable prescience de l'avenir, les a formulés.

La pharmacie aux médecins.... Le terme est inexact, et nous supplions les intéressés de n'y pas voir ce que l'un des nôtres articulait dans une des lettres auxquelles nous faisions allusion plus haut: « une représaille contre les empiètements de beaucoup de pharmaciens, et aussi un

moyen d'attirer l'attention générale sur la limitation ».

Nous n'avons de haine contre quiconque et nous ne demandons la mort de personne. La pharmacie a sa raison d'être ; elle est une nécessité et rien ne peut la faire disparaître. Le tout est de savoir si la façon dont elle est régie et exercée est conforme aux mœurs et aux besoins actuels ; mieux encore, aux mœurs et aux besoins qui, du train où vont les choses, se manifesteront dans quelque vingt ans.

Eh bien ! à la question ainsi posée, la réponse n'est pas douteuse ; non, la pharmacie, telle qu'elle fonctionne aujourd'hui, n'est plus en rapport avec les exigences de l'art de guérir. Tout en ayant tenu compte des progrès de la science, le pharmacien en est toujours resté à la préparation *secundum artem* des formules magistrales où il cherche et trouve le plus clair de ses bénéfices, et qui tendent de plus en plus à disparaître du formulaire des praticiens au fur et à mesure surtout que les agents physiques et naturels, mieux connus, deviennent d'une utilisation plus pratique, plus rationnelle et plus large.

Qui prétendra que les névroses ne se trouvent pas mieux de l'hydrothérapie scientifiquement maniée que des bromures dispensés au kilogr.? Qui songera à préférer à la balnéation froide dirigée contre les pyrexies, —et avec quel succès! — les sels de quinine à action douteuse, éphémère et non exempte d'inconvénients ? Qui osera mettre en parallèle chez les artérioscléreux hypertendus les effets incertains d'une médication dont les iodures forment le principal élément,et la si efficace et si hypotensive d'Arsonvalisation, jointe à une hygiène et à une diététique appropriées ?

Sans doute faut-il compter avec les préjugés et avec la foi aveugle que le public professe encore à l'égard des traitements qui fondent leurs espoirs si souvent illusoires sur les agents tirés des minéraux ou des végétaux. Sans doute aussi faut-il reconnaître que certains de ces agents ont une action spécifique difficilement remplaçable, et que le médecin est bien aise de les avoir sous la main quand l'indication s'en présente, Mais, outre que le nombre en décroît singulièrement de jour en jour, que de changements encore à leur propos ? Le mercure, les alcaloïdes de l'opium, la caféine, la spartéine, etc., empruntent de plus en plus la voie hypodermique pour pénétrer au sein de l'organisme souffrant.La méthode des injections sous-cutanées est en faveur croissante auprès des médecins et même des malades, et le jour est proche où la plupart des éléments de la matière médicale recourront à la seringue de Pravaz pour accomplir leur œuvre guérisseuse.

Singulier retour des choses d'ici-bas, disons-le en passant, qui remet en honneur, — mais avec quelles dimensions plus restreintes, quelle fabrication plus soignée, quelles utilisations plus nombreuses et quelle destination moins spécialisée !— la seringue, l'antique seringue, l'arme de chevet des apothicaires à l'époque où Molière leur consacrait les plus désopilantes de ses pages. La pharmacie périssant au XXe siècle par ce qui fit son triomphe au XVIIe, quelle matière à philosopher !

Pour les médicaments qui s'administrent par la bouche, la forme et la présentation s'en simplifient également à chaque instant et, — procédé cher aux dosimètres — c'est par gouttes ou par granules qu'ils tendent à s'employer. Or, le type actuel de la médication digitalique au moyen de gouttes d'une solution soigneusement titrée ne diffère guère des pratiques dosimétriques, et son protagoniste, Huchard, chez qui le clinicien avisé se double d'un thérapeute expert, se trouve à cette heure désigné par les intéressés comme un transfuge de la dosimétrie, voire de l'homéopathie. Je me suis souvent demandé naguère ce que deviendraient les pharmaciens d'une ville dont tous les médecins, devenus soudain partisans de la doctrine dosimétrique, ne soigneraient plus leurs malades qu'à coup de granules.

En vérité, les temps sont proches où les ordonnances médicales se borneront à prescrire un régime alimentaire, des règles d'hygiène, des séances d'électrothérapie, de massothérapie, de radiothérapie, et où le praticien fournira extemporanément à ses malades,à chacune de ses visites, en piqûres ou en gouttes, la dose strictement nécessaire de tel médicament choisi parmi la demi-douzaine qui restera seule en faveur. Et alors, je renouvelle ma question : que deviendra le pharmacien s'il n'a pas évolué, et s'il se borne à contempler derrière ses comptoirs un pilulier devenu inutile ou un mortier qui ne servira plus qu'à l'émulsion des mayonnaises figurant dans les menus de sa table? Hélas ! je crains bien d'être dans la vérité en prévoyant qu'il cherchera à faire plus que jamais pour son propre compte de la consultation à outrance,avec exécution consécutive de sirops, d'emplâtres, de bols, à supposer toutefois que le public mieux éclairé et plus instruit veuille bien continuer à achalander d'une crédulité problématique une officine qui sera discréditée du fait même de sa moindre utilisation par les médecins.

Parallèlement à la transformation des méthodes thérapeutiques, nous assistons aux progrès constants des recherches de laboratoire, complémentaires de l'examen clinique dont elles contrôlent, éclaircissent et précisent les résultats. Dans une leçon récente, le professeur Tuffier enseignait aux élèves de son service de Beaujon, à propos des pyélonéphrites, de quel secours inespéré est pour le clinicien le laboratoire ; il leur montrait comment, à l'aide du laboratoire, on détermine avec une quasi-certitude la valeur d'un rein présumé sain, et d'où dépendent l'indication opératoire et l'avenir du malade : analyses chimiques complexes des urines préalablement divisées dans la vessie, fixation du point cryoscopique, de l'index de réfraction, recherches bactériologiques, etc., toutes choses ignorées ou mal connues hier encore et qui s'imposent désormais à l'attention du médecin qui veut faire réellement de bonne besogne. Par ailleurs, c'est le *Séro-diagnostic*, confirmateur de la dothiénentérie et qui permet, dans les cas douteux qu'il éclaire, de prendre toutes les précautions

utiles pour éviter la dissémination épidémique d'un foyer suspect. C'est la *Radiographie*, révélatrice de fractures insoupçonnées, de corps étrangers disparus ; c'est la *Ponction lombaire* suivie de l'analyse du liquide céphalo-rachidien, démonstrative de la vraie lésion dont souffrent les centres nerveux ; c'est la *Coprologie*, signataire des affections du tube digestif, dont elle fixe le siège, la nature, les causes, et qu'elle rend mieux aptes à recevoir le traitement qui leur convient. Toutes pratiques qui, quoi qu'on en ait pu dire dans un but intéressé, nécessitent des connaissances médicales approfondies.

L'évolution des Sciences biologiques tend donc fatalement, on le voit, à bouleverser de fond en comble le rôle du pharmacien, tel que nous avons été habitués à le considérer, à le restreindre, à l'annihiler, tandis que le médecin, par contre, se trouve appelé nécessairement à joindre à sa besogne de prescripteur,— son diagnostic posé,— la mise en œuvre personnelle de plus en plus fréquente de ses prescriptions.

***

Les lois qui régissent l'exercice de la Médecine et de la Pharmacie ne sont plus en harmonie avec cette évolution. Elles comportent d'ailleurs une somme de paradoxe dont la portée ne peut qu'augmenter, si elles restent en l'état.

Elles ont en effet commencé par créer un monopole exclusif au profit des médecins d'une part, et des pharmaciens de l'autre, et elles l'ont défendu par des prohibitions que sanctionnent des pénalités réelles et sérieuses. Ayant ainsi défini la légalité et l'illégalité, ayant ainsi placé des barrières protectrices autour des deux professions, elles se sont ensuite empressées d'y faire des brèches, au moyen de tempéraments qui détruisent finalement, ou qui tout au moins amoindrissent considérablement le radicalisme des édictions préalablement formulées. Comme si le législateur s'était aperçu après coup qu'il est aussi matériellement impossible de défendre d'une manière absolue au médecin de délivrer des médicaments qu'au pharmacien de faire œuvre médicale.

Mais il y a là ceci de particulièrement déconcertant que le Pharmacien autorisé en cas d'urgence à donner des soins aux malades, ignore le premier mot de la médecine, de même que le médecin, auquel on tolère de délivrer des médicaments non seulement en cas d'urgence, mais encore d'une façon régulière et légale s'il exerce dans certaines conditions de résidence, n'a presque rien appris des choses pharmaceutiques. Ainsi, voilà deux professions étroitement solidaires l'une de l'autre, mais qui s'ignorent ; deux professions appelées pourtant fatalement à empiéter l'une sur l'autre au nom de la loi, et y empiétant illégalement, en réalité, à tout instant.

Or, la généralisation de ces empiètements qui d'exceptionnels, tendent à devenir la règle, n'a pas seulement pour conséquence de rendre illusoires des lois qui gagneraient en dignité à être respectées,— et nous savons comment la magistrature elle-même en prend à son aise avec les illégaux de la médecine !— ceci, c'est le côté juridique de la question, côté respectable, mais de valeur spéculative. Elle n'a pas seulement pour résultat immédiat de créer et d'entretenir entre médecins et pharmaciens des rivalités, des antipathies, parfois des haines qui peuvent avoir, pour certaines consciences aberrantes, des conséquences incalculables : ceci encore, c'est le point de vue humain, déjà plus menaçant. Mais surtout, elle fait courir des risques et des dangers sans nombre à la *santé publique*. Cela, c'est le côté *social* de la question ; c'est par là qu'elle s'élargit, qu'elle s'élève, qu'elle s'amplifie et qu'elle dépasse, et de beaucoup, la lettre des règlements et les intérêts étroits des professionnels.

Le dualisme médico-pharmaceutique est gros d'atteintes à la santé publique. Voilà le fait qui prime tous les autres et qui doit inciter tous les bons esprits, dans quelque camp qu'ils se trouvent, à chercher le *modus vivendi* qui le fera disparaître.

Les cas probants abondent pour appuyer cette affirmation.

Relativement aux pharmaciens, en voici trois dont je garantis l'authenticité.

Une femme se plaint, entre autres malaises, de violents maux de tête. Elle s'adresse à l'officine voisine qui lui délivre des cachets d'antipyrine ; deux jours après, elle meurt dans le coma. C'était une brightique en puissance d'urémie ; l'antipyrine ferme le rein, les accidents s'aggravent rapidement et emportent la malade.

Une fillette de 11 ans est vaguement souffrante : embarras gastrique, troubles intestinaux légers datant d'une dizaine de jours. La chose ne mérite pas une visite de médecin. Le pharmacien conseille quelques prises d'huile de ricin. L'enfant meurt huit jours plus tard de péritonite ; elle avait eu une fièvre typhoïde ambulatoire ; elle a succombé à une infection péritonéale, suite d'une perforation intestinale provoquée elle-même par l'irritation médicamenteuse de l'organe.

Un garçon de 20 ans, mon frère, a l'extrémité de l'index droit prise entre le pignon et la chaîne de sa bicyclette qu'il nettoyait, et quelque peu écrasée. Le pharmacien voisin,— un parent s. v. p. — applique vivement un pansement phéniqué avec une solution à 5 %. Conséquence : gangrène de deux phalanges nécessitant l'amputation du doigt.

Il est évident que si ces pharmaciens avaient possédé des connaissances médicales sérieuses, ils auraient pris garde d'appliquer ici et là des traitements formellement contre-indiqués.

Du côté médical, rappellerais-je l'affaire dont s'est occupée cette année même la Société de médecine légale, et relative à un confrère qui prescrivit à plusieurs reprises des doses *maxima* de substances toxiques à des enfants qui en furent incommodés au point d'en mourir ? Evoquerais-je ces formules bizarres, remplies d'incompatibilités et qui aboutissent à ce résultat : ou bien le pharmacien les exécute, et les transformations chimiques, les réactions, les combinai-

sons imprévues y introduisent des corps de propriétés différentes de celles qu'on escomptait et par suite d'action inattendue ; ou bien, il truque, et l'effet thérapeutique cherché ne se produit pas ; de toute manière, le malade est lésé.

Combien de médecins ignorent la contenance parcellaire exacte des fioles qu'ils utilisent pourtant chaque jour dans leurs prescriptions, et se trompent de très bonne foi dans le dosage auquel ils veulent recourir, et qui dépasse en plus ou en moins leurs intentions ? Et sont-ils si coupables, quand on peut lire dans un Traité de thérapeutique, excellent d'autre part, que la bouteille de 155 grammes contient 10 cuillerées à soupe de solution, 8,5 de potion, 8 de sirop, 13 d'huile..... Comme si le volume d'un récipient n'était pas invariable quelle que soit la densité du liquide qu'il véhicule !... Comme si la fiole en question ne renferme pas toujours 10 cuillerées à soupe !

Si les médecins avaient des connaissances pharmaceutiques suffisantes, ces erreurs seraient évitées, et le malade ne serait pas exposé à en souffrir.

En me remémorant le temps passé par un étudiant de première année de mon époque aux travaux pratiques de chimie et d'histoire naturelle, que de fois j'ai pensé qu'il aurait mieux valu à tous égards, substituer à la dissection du hareng, à l'établissement du diagramme de la renoncule, à la préparation de l'hydrogène, un stage de six mois dans une officine,—stage fructueux au cours duquel l'apprenti médecin se serait familiarisé avec ce que j'appellerai la *cuisine* de la pharmacie ; avec le *métier*, si l'on préfère, et aurait acquis ainsi des notions pratiques élémentaires, mais suffisantes à faire de lui un prescripteur sagace et bien informé.

Le dualisme séparatiste médico-pharmaceutique est aussi préjudiciable à la santé publique, à cause des retards inévitables que subit, à la ville et bien plus encore à la campagne, où les distances jouent un rôle si prépondérant, la mise en œuvre d'un traitement dont la prompte exécution est parfois d'importance capitale.

Ah ! comme la situation changerait si le pharmacien avait une bonne instruction médicale, si le médecin était compétent dans les choses de la pharmacie ! Ce *desideratum* comporte-t-il donc des difficultés insurmontables ? Est-il impossible à réaliser ? Non, certes, et c'est précisément dans cette réalisation que gît la solution de *tous* les problèmes angoissants qui nous préoccupent jusques et y compris l'encombrement.

Que faire dès lors pour y parvenir ?

Fusionner les deux professions l'une avec l'autre. Obtenons un bouleversement radical et foncier des études, des programmes et des examens. Que l'*Art de guérir* ne compte plus qu'une seule sorte de représentants sachant faire un diagnostic, formuler un traitement, en effectuer l'application dans ce qui est du ressort de la physiothérapie et la préparation dans ce qu'il comporte de nettement médicamenteux.

Ces études seront plus longues, plus complexes, plus ardues, plus coûteuses aussi ? Tant mieux. Elles auront moins d'attraits pour leurs aspirants qui de ce chef se feront moins nombreux.

La question étant posée sous cet angle, je n'ai pas la prétention d'en tracer aujourd'hui les détails d'ordre pratique. Mais je suppose cette révolution faite, et je suis dans la vie professionnelle le nouveau diplômé à *un seul titre*, auquel je ne donne pas de nom, pour ne pas être taxé de partialité. Celui-ci va s'installer à la campagne ; il y exercera simultanément toutes les branches de son Art, visitant ses malades, leur distribuant au cours de ses visites tel médicament spécialisé et prêt d'avance, et réservant pour le retour au logis les préparations plus complexes. Celui-là préfère la ville : s'il se sent plus de goût pour la vie active et remuante que réclame la clientèle médicale, il placera au premier rang de ses occupations l'examen des malades, l'établissement du diagnostic, la formule du traitement, etc., tout en restant apte, le cas échéant, à préparer ses prescriptions. Si la vie sédentaire a pour lui plus d'attraits, si les manipulations pharmaco-chimiques, les analyses, les recherches microscopiques lui plaisent mieux, il sera plus volontiers l'exécuteur des ordonnances de ses confrères ou des siennes propres, car, il pourra naturellement donner des consultations dans son cabinet, mais cette fois, avec toute la compétence désirable. Enfin, dans les grands centres, les spécialisations s'accentueront et au besoin s'associeront ; on voit bien aujourd'hui des polycliniques où travaillent conjointement, pour un profit commun, des médecins, des chirurgiens, des gynécologues, des oculistes, des otologistes, des dentistes...., pardon, des stomatologistes : il n'y aura rien de choquant, dans l'organisation future à laquelle nous songeons, à trouver réunis sous une seule raison sociale les mêmes professionnels, augmentés d'un radiothérapeute, d'un préparateur pharmaceutique, etc., chacun d'eux ayant mieux approfondi par des études plus perfectionnées la branche qui lui aura plu davantage.

— Que d'hypothèses hasardeuses ! diront les uns. — Que d'utopies ! clameront les autres.— Tiens, tiens ! Mais ce n'est pas déjà si mal, pensera le plus grand nombre quand on se sera donné la peine de réfléchir et qu'on aura reconnu qu'hypothèses ou utopies, nos idées n'ont rien de contraire au bon sens. S'ensuit-il qu'elles ne sont pas justiciables d'objections ? En tout cas, il serait intéressant d'examiner d'abord si ces objections sont plus fortes que celles qu'on peut adresser à l'état de choses actuel. Cette discussion nous entraînerait trop loin.

La seule qui mérite pour le moment l'attention est exprimée par un de nos correspondants qui s'inquiète de l'avenir des officines dont la valeur, en dehors des marchandises et du matériel, est parfois considérable en raison de l'achalandage, de la clientèle, de tout ce conventionnel qu'on nomme le pas de porte.

Eh bien mais ! Je ne vois pas ce qui empêcherait les nouveaux diplômés d'acheter ces officines comme cela se pratique aujourd'hui. On ne les achètera pas toutes peut-être. Tant pis pour les

laissés pour compte, tant mieux pour la masse ; puisqu'elles sont trop, dit-on avec juste raison, il n'y aura aucun inconvénient à ce que quelques-unes disparaissent par extinction ou par fusionnement avec une autre. Il arrive assez souvent de nos jours qu'une pharmacie se déprécie dans des proportions parfois énormes, parce que son propriétaire meurt, que la veuve veut en continuer l'exploitation avec un gérant et que la clientèle se désaffectionne peu à peu d'un fournisseur qui, à tort ou à raison, lui offre moins de garanties. Voilà pour les intéressés de véritables catastrophes. On en plaint les infortunées victimes ; mais nul qu'elles ne songe à se révolter contre des événements qui n'ont rien de légalement répréhensible. Ce sont des faits que l'on peut déplorer ; ils n'ont rien de condamnable en soi, et résultent du jeu de l'offre et de la demande qui mène toutes les affaires des hommes.

Et maintenant, il s'agit de conclure. Je le ferai brièvement.

Le dernier son de cloche, celui par lequel nous clôturons momentanément le débat auquel la propharmacie a donné naissance, et qui paraît traduire l'impression générale, le voici :

Laissant de côté les discussions particularistes, stériles et dénuées de réel intérêt, nous dirons audacieusement : *Plus de médecins, plus de pharmaciens, plus de propharmaciens*, au sens actuel du mot. Un seul type d'études médicales, qui englobera tout à la fois, la médecine et la pharmacie, et aboutissant à un diplôme unique, chacun demeurant évidemment libre de développer et d'utiliser la branche de ces études qui l'attire davantage.

Comment et par quels moyens peut-on arriver à un semblable résultat ? Là, je ne me charge pas de répondre et nous attendrons patiemment que nos lecteurs et nos amis nous fournissent des idées, des projets, des suggestions, à cet égard. N'oublions pas toutefois que les sociétés et les organismes sociaux sont soumis comme les individus à des lois d'évolution imprescriptibles, et qu'ils n'échappent notamment pas à ces deux axiomes du transformisme :

1° C'est la fonction qui crée l'organe ;

2° Tout organisme qui ne s'adapte pas à son milieu est destiné à végéter, puis à périr.

Tâchons qu'il n'en soit ainsi ni de la Médecine, ni de la Pharmacie, mais qu'appropriées au contraire l'une et l'autre aux nécessités modernes, elles vivent en prospérité et brillent d'un éclat renouvelé pour le plus grand bien de l'Humanité.

Dr G. DUCHESNE.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès des Praticiens. — Une réunion du Comité de Vigilance aura lieu le samedi 15 janvier, à huit heures et demie du soir, à l'hôtel des Sociétés savantes. L'approche du Congrès des praticiens donne à cette réunion une particulière importance et vous êtes instamment prié d'y assister.

Ordre du jour. — 1° Organisation et publicité du Congrès. 2° Règlement du Congrès. 3° Concours d'admission à l'entrée des écoles (Dr Delpeut). Rapport sur la limitation ou la non-limitation du nombre des étudiants à l'entrée des écoles. 4° Les questions d'enseignement au prochain Congrès. 5° Le concours d'agrégation au prochain mois de mai 1910.

La propagande en faveur du Congrès des praticiens se fait d'une manière régulière, des communiqués sont envoyés en ce moment à la Presse, donnant le programme du Congrès.

Je viens vous demander, mon cher confrère, comme secrétaire du Comité de vigilance, de vouloir bien prendre la parole, dans chacune des organisations médicales dont vous êtes membre, et d'appuyer de votre influence le Congrès auprès de nos confrères.

Le très grand effort qui est accompli, dans un esprit que vous connaissez, sans autre désir que celui d'augmenter la puissance du Corps médical organisé, fait, je crois, un devoir à tous ceux-ci de participer directement ou indirectement au Congrès.

LEREDDE.

Programme du Congrès. — Les questions suivantes sont, jusqu'ici, à l'ordre du jour du Congrès :

La loi de 1902 sur la santé publique : Dr Declercq (Lille) et Wicart (Paris).

Le relèvement des honoraires médicaux : Brosselle (Le Vésinet, Seine-et-Oise).

L'avortement, au point de vue médico-social : Bertillon (Maisons-Laffitte, Seine-et-Oise).

Exercice illégal de la médecine. Les remplacements médicaux : Levassort (Paris).

Structure administrative des hôpitaux à l'étranger et en France : Léon Archambault (Paris).

L'hôpital aux indigents : Régis (Paris).

Libre choix du médecin et Sociétés de secours mutuels : Bolliet (Lyon, Rhône).

Libre choix et grandes Administrations : Vallat, (Joinville, Seine).

Limitation ou non-limitation du nombre des étudiants dans les Ecoles de médecine. Conseil médical supérieur : Tourtourat (Paris), Le Fur (Paris).

Adresser les communications relatives au Congrès au Dr Leredde, secrétaire, 31, rue La Boétie. Paris ; les adhésions avec un mandat de cinq francs au Dr Quidet, trésorier, 54, rue Bonaparte, Paris.

La date exacte du Congrès, qui se tiendra dans les premiers jours d'avril, sera publiée incessamment.

Cours libre d'Ophtalmologie. — M. le Dr KŒNIG, autorisé par le Conseil de l'Université, fera son cours tous les mardis, à 5 heures, à l'École pratique de la faculté de médecine (Amphithéâtre Cruveilhier, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Programme des cours. — Troubles de l'appareil de la vision dans les maladies nerveuses. Séméiologie.

I. Névroses. — II. Maladies organiques. (Présentation de malades).

Bureau d'Hygiène. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène de la ville de Carcassonne (Aude) est déclarée ouverte dans les conditions résultant de l'arrêté du maire en date du 5 décembre 1908. Le traitement alloué est fixé à 5.000 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 28 *janvier* 1910, pour adresser au ministre de l'intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

Hygiène Industrielle. — Le Président de la République française;

Sur le rapport du ministre du travail et de la prévoyance sociale,

Vu la loi du 12 juin 1898 concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels, modifiée par la loi du 11 juillet 1903, et notamment l'article 3 ainsi conçu :

« Des règlements d'administration publique, rendus après avis du comité consultatif des arts et manufactures, détermineront :

. . . . . .

« 2° Au fur et à mesure des nécessités constatées, les prescriptions particulières relatives, soit à certaines industries, soit à certains modes de travail.»

. . . . . .

Vu le décret du 23 avril 1908 prescrivant les mesures particulières d'hygiène dans les industries où le personnel est exposé à l'intoxication saturnine ;

Vu l'avis du comité consultatif des arts et manufactures ;

Le conseil d'Etat entendu, décrète :

Art. 1er. — Dans les établissements où sont exécutés les travaux dangereux énumérés à l'article 1er du décret du 23 avril 1908, les chefs d'industrie, directeurs ou gérants sont tenus d'assurer le service médical dans les conditions définies ci-après :

Art. 2. — Un médecin désigné par le chef d'établissement procède aux examens et constatations prévus aux articles 3 et 4.

La rémunération de ces visites est à la charge de l'entreprise.

Art. 3. — Aucun ouvrier ne doit être admis aux travaux visés à l'article 1er du décret du 23 avril 1908, s'il n'est muni d'un certificat délivré par le médecin, et constatant qu'il ne présente aucun symptôme d'affection saturnine ni de maladie susceptible d'être aggravée dangereusement par le saturnisme.

Art. 4. — Aucun ouvrier ne doit être maintenu aux mêmes travaux, si le certificat n'est pas renouvelé un mois après l'embauchage et ensuite une fois par trimestre.

En dehors des visites périodiques, le chef d'établissement est tenu de faire examiner par le médecin tout ouvrier qui se déclare indisposé par les travaux auquel il est occupé, ou qui exprime le désir d'être soumis à un examen médical.

Art. 5. — Un registre spécial mis constamment à jour et tenu à la disposition de l'inspecteur du travail, mentionne pour chaque ouvrier :

1° Les dates et durées d'absence pour cause de maladie quelconque ;

2° Les dates des certificats présentés pour justifier de ces absences, les indications d'ordre médical qu'ils contiennent et la mention du médecin qui les a délivrés ;

3° Les avis donnés par le médecin de l'établissement par application des articles 3 et 4 ci-dessus.

Art. 6. — Le délai d'exécution des mesures édictées par le présent décret est fixé à trois mois à partir de sa publication.

Art. 7. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 28 décembre 1909.

Conférences de médecine et d'hygiène scolaires préparatoires au concours de l'inspection médicale des Ecoles).— *Ces conférences auront lieu au Laboratoire d'hygiène scolaire, Musée Pédagogique, 41, rue Gay-Lussac, les samedis à 8 h. 1/2 du soir, à partir du 15 janvier* 1910. — 15 janvier 1910. Diagnostic clinique de la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire à l'école. Dr Méry, directeur du laboratoire d'hygiène scolaire. — 22 janvier 1910. Développement des principaux organes pendant la période scolaire. Dr Gillet, médecin inspecteur des écoles. — 5 février 1910. Le mobilier scolaire (banc, table). Dr Dufestel, médecin inspecteur des écoles. — 12 février 1910. Rôle du médecin scolaire. Prophylaxie des maladies transmissibles à l'école. Dr Louis Gourichon, médecin inspecteur des écoles. — 19 février 1910. Hygiène collective des écoliers (hygiène du corps, hygiène du vêtement, hygiène alimentaire, cantines scolaires). Dr Jouliard, médecin inspecteur des écoles.— 26 février 1910. Hygiène intellectuelle. Pédagogie psychologique (mesures de la fatigue intellectuelle, surmenage, horaires). Dr Raimondi, médecin inspecteur des écoles. — 5 mars 1910. Examen anthropométrique de l'écolier (procédés, instruments, carnet de santé.). Dr Paul Raymond, médecin inspecteur des écoles.— 12 mars 1910 : Examen de la vue, de l'ouïe, du nasopharynx et des dents à l'école. Dr Stackler, médecin inspecteur des écoles. — 19 mars 1910. : Examen psychique de l'écolier (anormaux pédagogiques, arriérés et instables, stigmates de dégénérescence). Dr Mallet, médecin inspecteur des écoles. — 9 avril 1910 : Vaccination dans les écoles (procédés, dossier vaccinal). Dr Tolédano, médecin inspecteur des écoles. — 16 avril 1910 : Education physique (différentes méthodes, gymnastique, etc.) Dr Cayla, médecin inspecteur des écoles. — 26 avril 1910 : Hygiène morale de l'écolier (discipline, surveillance, éducation sexuelle, etc.) Dr Butte, médecin inspecteur des écoles.

Conférences de l'hôpital « Accidents du travail » (à 5 heures du soir). 136, rue Championnet, pendant le 1er trimestre de 1910). — Mardi 18 janvier. Dr Just Lucas-Championnière : « Fractures de l'humérus à l'extrémité supérieure, au point de vue des accidents du travail ». — Mardi 25 janvier. Dr Redard « Des traumatismes du rachis dans les accidents du travail ». — Mardi 1er février . Dr Terson : « La recherche de la simulation et des fraudes visuelles dans les accidents du travail ». — Vendredi 11 février. Dr Martha : « La loi sur les accidents du travail, ses abus et ses dangers ». — Samedi 19 février. Dr Raymond Petit : « Pneumonie et pleurésies traumatiques ». — Mardi 1er mars. Dr Mouchet : « Des fractures malléolaires ». — Mercredi 9 mars . Dr Dagron : « Emploi de la massothérapie pour réduire les luxations facilement et sans douleur ». — Mardi 15 mars. Dr Rochon-Duvigneaud : « Cataractes traumatiques et accidents du travail ». — Mardi 22 mars. Me Tourey-Piallat : « Antécédents morbides . Accidents du travail ». — Mardi 12 avril. Dr Lapointe : « Testicule et accident du travail ».

Société médicale des praticiens— La Société médicale des Praticiens vient de renouveler son bureau pour l'année 1910. Ont été nommés : Président : Dr Le Filliatre ; vice-présidents : Drs Regnault et Georges Rosenthal; secrétaire général : Dr P Barlerin ; trésorier : Dr Maurice ; secrétaires des séances : Drs Risacher et Wurtz.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 4 Dimanche 23 JANVIER 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

Le IIIe Congrès des Praticiens.
Appel aux membres du Corps Médical..... 67
Propos du jour.
Au Syndicat des médecins de la Seine. En reconnaissance des services rendus..... 68
Clinique chirurgicale.
Les principes d'anesthésie locale..... 71
La semaine médicale.
Le chlorure de calcium dans les néphrites. — Le traitement électrique des atrophies musculaires. — Notions récentes sur les rapports de l'estomac..... 73
Formulaire raisonné
La scille ; ses diverses préparations..... 74
Thérapeutique gynécologique.
Quelques précisions nécessaires sur les injections vaginales 75
Chronique judiciaire du Sou médical.
La légende des médecins marrons. Le procès du Dr Hémery, de Lens..... 76
Bulletin des Sociétés d'intérêt professionnel.
Association Amicale Maladie. Séance du Conseil d'administration du 28 décembre 1909..... 83
Reportage médical..... 87

LE TROISIÈME CONGRÈS DES PRATICIENS

APPEL AUX MEMBRES DU CORPS MÉDICAL

Le succès du Congrès qui se tiendra, à Paris, dans les premiers jours d'avril, sera sans doute, égal au succès des Congrès précédents. Le Comité d'organisation fait appel aux praticiens et leur demande leur adhésion. Il demande même celle des médecins, qui ne pourront venir à Paris dans les premiers jours d'avril, et profiter ainsi des facilités de voyage, qui seront certainement accordées par les Compagnies de chemins de fer, comme elles l'ont été lors des Congrès précédents. Le Comité demande à tout praticien d'appuyer le Congrès de son obole, s'il est de cœur avec les organisateurs, s'il comprend l'intérêt de la lutte engagée pour tous et pour lui-même, et dont il peut voir déjà les résultats. La campagne pour le relèvement des honoraires médicaux, dont tout le monde récoltera les fruits, ne s'est-elle pas appuyée sur le rapport du docteur Vimont et les décisions du Congrès de Lille ? Cette campagne se poursuivra demain au Congrès de Paris, et ne s'arrêtera pas avant que soit relevée la situation matérielle du médecin dans tout le pays de France.

Depuis les Congrès de Paris et de Lille, le Syndicalisme médical a pris un essor admirable. Le nombre des médecins syndiqués est passé de 5000 à 8.000. Nous pourrions, nous devrions être 15.000, dans trois ou quatre années, et bientôt ne resteraient en dehors des Syndicats médicaux d'autres hommes que les égoïstes et les découragés, ceux qui croient pouvoir vivre, en restant isolés et craignent les charges d'une famille, dont ils ignorent les joies et dont ils méconnaissent l'idéal. Certes, le mouvement syndical est dû aux ouvriers de la première heure ; mais le développement de ce mouvement leur est dû aussi, puisqu'ils ont appuyé le Congrès de toute leur force ; ils ont voulu que grandisse l'arbre qu'ils ont semé ; ils le veulent plus haut, plus vigoureux, portant des branches sans cesse plus nombreuses, Rien n'arrêtera l'accroissement du prestige et de l'influence du Corps médical en France, rien, sinon les fautes commises par ses membres, l'indifférence chez ceux-ci, l'esprit de rivalité chez ceux-là, l'absence d'amitié, de confiance entre les uns et les autres.

Les médecins comprennent que l'heure n'est plus de gémir sur la crise médicale, mais d'agir en commun ; ils laissent pleurer les faibles et veulent travailler d'accord. Dans les Congrès, les uns trouvent des armes pour relever la situation matérielle du médecin, d'autres pour développer sa

situation morale ; tous cherchent à établir les doctrines syndicalistes, les principes communs, qui serviront à l'action commune, demain et dans l'avenir.

Le Manifeste du Comité d'organisation, la liste des rapports, qui vient d'être publiée par les journaux médicaux, ont fait connaître aux médecins le programme du nouveau Congrès de Paris. L'enseignement médical, sans être négligé, n'occupera qu'une partie restreinte des séances ; aussi bien, la religion du Corps médical éclairée, la doctrine syndicaliste établie, nous pouvons attendre avec confiance les résultats des Congrès précédents. Au premier rang, viendront les questions d'hygiène, traitées par les docteurs Declercq et Wicart, les questions d'assistance ; le docteur Régis étudiera la question de l'hôpital aux indigents, introduite au Congrès de Lille par le docteur Motais, si importante pour les médecins des villes. Le docteur Léon Archambault demandera que le médecin joue un rôle direct, personnel, dans la vie, l'administration, le gouvernement des hôpitaux, en France comme à l'étranger. Et la lutte contre les collectivités hostiles aux médecins, ignorantes de ses droits, sera poursuivie. Après le docteur Vallat, qui traitera des relations du Corps médical et des grandes administrations, le docteur Bolliet étudiera celles du médecin et de la mutualité, et tout le monde rendra hommage à la ténacité, à la patience héroïque de l'homme qui s'est attaché à cette question depuis des années et a préparé la victoire que remportera le Corps médical, *quand ses membres sauront vouloir*. Le docteur Levassort parlera de l'exercice illégal de la médecine, le docteur Bertillon de l'avortement considéré au point de vue du Corps médical, et le docteur Bresselle exposera le rapport sur le relèvement des honoraires, auquel nous avons déjà fait allusion.

***

Il n'y a pas un médecin de France qu'une ou plusieurs des questions soulevées au Congrès n'intéressent, pas un qui ne puisse trouver profit à prendre part au Congrès, à suivre ses débats, à s'instruire au contact des autres médecins, en discutant avec eux, en cherchant avec eux. S'il en était autrement, c'est qu'il y aurait chez les médecins un état de paresse et de torpeur auquel on ne saurait croire, c'est qu'ils seraient incapables de penser et de créer. C'est que nous habiterions un pays étrange, où chacun tient un langage idéaliste, où chacun parle d'altruisme, de réformes sociales, de progrès, et où l'homme se dérobe dès qu'une direction est indiquée, dès qu'une route est ouverte, à l'heure où ses pieds peuvent se poser sur le sol dur et déjà exploré.

Il dépend de nous, confrères, que le Congrès de Paris affirme de nouveau la force, la volonté, l'énergie créatrice du Corps médical organisé, la solidarité de ses membres.

Et sachez-le, si vous affirmez cette force, cette force grandira encore, si vous faites preuve de solidarité, cette solidarité grandira encore. Quelques hommes, parmi lesquels ceux dont vous connaissez tous les noms et qui, depuis vingt années, travaillent pour le Corps médical, travaillent pour vous. Aidez-les de votre confiance, appuyez-les de vos subsides. L'avenir du Corps médical sera celui que vous saurez faire.

Dr Leredde.
Dr Quidet,
Trésorier, 54, rue Bonaparte, Paris

PROPOS DU JOUR

Au Syndicat des médecins de la Seine. En reconnaissance des services rendus.

Les Drs Philippeau, Diverneresse et Guillemonat avaient, à la fin de l'année dernière, jugé bon de laisser à d'autres la direction parfois délicate du Syndicat des médecins de la Seine auquel ils restent d'ailleurs plus que jamais attachés.

Cette demi-retraite aurait pu être mal interprétée et donner prise à la médisance ; on eût pu croire qu'à la suite de divergences de vues, ces trois dévoués syndicalistes auraient été mis dans l'obligation de se retirer. Le Conseil d'Administration du Syndicat, voulant nettement indiquer la solidarité étroite qui règne entre ses membres et les sentiments de reconnaissance qu'il ressent à l'égard des trois vaillants confrères qui ont rendu de si nombreux services aux praticiens indépendants, a résolu de remercier dans une réunion tout intime MM. Philippeau, Diverneresse et Guillemonat, et de leur offrir une simple plaquette de bronze sans valeur réelle où seraient gravés leurs titres à la reconnaissance du Syndicat.

La réunion a eu lieu, samedi 15 janvier, à 7 h. 1/2, à la Taverne du Nègre. MM. Jeanne et Boudin au nom du *Concours* et du *Sou Médical*, MM. Geoffroy et Groslard au nom du Conseil judiciaire du Syndicat, avaient tenu à assister à la fête. Les plaquettes (le *Souvenir* de Dupré), fruit d'une souscription entre les membres du Conseil d'Administration, furent remises au dessert aux trois

vaillants syndicalistes par le Président du Syndicat des médecins de la Seine, le Dr J. Noir, qui prononça le discours suivant :

Mes chers collègues,
Mes chers Amis,

Dans l'intimité de cette fête restreinte et toute familiale, nous avons résolu d'exprimer à trois de nos collègues, qui furent entre tous des dévoués et des braves, les sentiments d'affection et de reconnaissance auxquels leurs services syndicaux donnent droit.

Et c'est pour moi le plus précieux privilège de la Présidence, que de pouvoir revendiquer aujourd'hui le droit de parler en votre nom et de dire aux trois vaillants qui ont abandonné la direction de notre syndicat, toute l'affection que nous avons pour eux et tout le prix que nous ne cesserons d'attacher à leurs services.

Le départ de nos amis, Philippeau, Divernesse, Guillemonat, ne saurait d'ailleurs être une véritable retraite. Leurs qualités de lutteurs ne sauraient leur permettre un complet repos. Ils font, permettez-moi de le dire, une fausse sortie, car nous les savons capables d'exercer individuellement une action plus énergique et plus audacieuse que celle qu'ils auraient pu mener, retenus par les liens des charges officielles de notre Syndicat.

Mais il a plu à nous tous, membres du Conseil d'Administration, de bien montrer en nous réunissant aujourd'hui pour les fêter, que nous avons toujours approuvé les grandes lignes de leur conduite, et que nous restons indissolublement attachés à eux, bien qu'ils aient jugé nécessaire, pour des motifs d'ordre personnel de laisser à d'autres le soin et l'honneur de les remplacer au premier rang.

Ennemis du faste et des démonstrations tapageuses, nous avons résolu de remettre à nos trois amis dans la stricte intimité un souvenir sans valeur et d'une simplicité telle que l'intention de ceux qui l'offrent en fait seule le prix.

Notre ami Vimont a fait le choix de ces petites plaquettes sur lesquelles nous avons fait graver les noms et les titres de ceux que nous désirons honorer. Le choix de Vimont a été celui d'un homme de goût. Le graveur Dupré a multiplié, sur ces bronzes, les amours et les tourterelles. Sur l'avers : une femme pensive est assise au pied d'une stèle où sont gravés ces simples mots : *In Honorem*. Elle laisse un enfant ailé, piétinant des guirlandes de roses, soulever son voile de deuil.

L'artiste a gravé au-dessous : *Souvenir*.

Mais si Dupré a voulu ainsi représenter le doux souvenir des anciennes amours, il a laissé à votre président une tâche bien difficile, celle de trouver dans ce charmant et mélancolique tableau un symbolisme quelconque se rapportant aux services syndicaux de nos trois amis.

Lesage, dans l'introduction de son immortel *Gil Blas*, raconte que deux écoliers, se rendant à l'Université de Salamanque, rencontrèrent au pied d'une fontaine une table de pierre sur laquelle on avait gravé :

Ici est renfermée l'âme du licencié Pierre Garcias.

Le plus jeune étudiant se moqua de l'inscription et continua étourdiment son chemin ; le plus âgé, après avoir mûrement réfléchi, descella avec son couteau la pierre et trouva au-dessous l'âme du licencié, un trésor de cent ducats.

A l'exemple de l'écolier de Salamanque, je retourne nos plaquettes dédicatoires ; à l'exemple de l'enfant qui y est gravé, je soulève le voile de la femme endeuillée et pensive qui, si vous le voulez bien, symbolisera l'âme syndicale de nos trois amis.

Messieurs, leur âme syndicale ne saurait être représentée par un trésor, fût-il de 100 ducats ; en dépit des calomnies, des envieux et des sots, nous savons les ennuis, les efforts et les peines que la défense professionnelle a coûtés à nos trois amis ; ils savent, eux aussi, mieux que nous, les pertes que leur dévouement ont fait subir à leur budget et à leur clientèle ; ils sont encore et seront longtemps à chercher ce que le Syndicat a bien pu leur rapporter en honneurs et en argent.

Mais la récompense de nos collègues est d'un ordre moral autrement supérieur : elle consiste dans la satisfaction d'avoir rempli au mieux la mission délicate, dangereuse même, que leurs confrères leur avaient confiée ; elle consiste à avoir bien mérité du Syndicat des Médecins de la Seine, que, dis-je, du Corps médical français tout entier, car nos collègues n'ont pas limité leur action bienfaisante aux bornes étroites de leur syndicat, c'est à notre fédération nationale, c'est dans des œuvres de prévoyance ou dans d'autres groupements de combat, qu'ils ont mené la lutte pour la défense et l'amélioration de la profession médicale.

Philippeau, notre ancien Président, fut un des 85 qui, avec Le Baron, un vrai praticien trop oublié à mon gré, fondèrent en 1891 le Syndicat des médecins de la Seine.

Elu membre du Conseil en 1893, trésorier en 1894, vice-président en 1900, il fut en 1901 appelé à la présidence et y remplit ses fonctions avec le tact et l'autorité que vous avez tous su apprécier. Quand en 1907, l'orage et la tempête menacèrent de faire sombrer la navire syndical contre les écueils de l'égoïsme et de l'intérêt personnel vers lesquels un petit nombre d'ambitieux désiraient le conduire, ceux qui avaient confiance dans l'avenir du Syndicat cherchèrent le chef énergique et prudent, l'homme sûr, calme et patient, nécessaire pour bien diriger la barque, et Philippeau revint pour la troisième fois à notre tête. Il sut faire doubler à l'esquif le cap des Tempêtes, et Philippeau ne quitta la barre, qu'une fois le danger à peu près conjuré, sans abandonner cependant ceux qui l'avaient aidé.

Aujourd'hui, il continue à servir ses confrères, en se consacrant plus particulièrement à l'œuvre de la Prévoyance médicale.

Messieurs, ce que je considère, parmi les services qu'a rendus Philippeau, comme un des ses titres

principaux à la reconnaissance des praticiens, est ce que dans d'autres milieux on lui reproche presque comme une mauvaise action.

Ne faisant pas partie de la Prévoyance médicale, étant membre d'une autre Caisse de retraites, je ne saurais être suspect de défendre mes propres intérêts et je crois de mon devoir de dire à ce sujet toute ma pensée.

Les médecins ont le droit d'assurer leurs vieux jours, de finir avec dignité une vie toute de dévouement et de sacrifice, ils ont le devoir de songer à ceux qu'ils laissent derrière eux et auxquels leur profession ne permet pas le plus souvent de donner la plus modeste aisance.

S'ils ne peuvent, en butte aux difficultés de l'heure présente, réaliser les économies nécessaires à les mettre à l'abri des surprises de l'avenir, ils ont le droit absolu de demander à leurs clients, à ceux qui ne savent pas toujours estimer à leurs prix leurs services, de participer dans une faible part à la constitution de la modeste retraite de quelques centaines de francs que la Prévoyance leur promet pour l'avenir.

Il faut que le Pharisaïsme des Heureux et des Riches de notre profession ait étouffé en eux tout sentiment, je ne dis pas généreux, mais simplement équitable, pour refuser aux médecins besogneux une retraite constituée par leurs clients et cela à l'heure même où le législateur élabore des lois, où le patron employeur doit prendre une grande part de contribution à la retraite des ouvriers qu'il emploie.

Il n'est pas d'industriel, de société financière, (et nous savons par expérience jusqu'où dans ces milieux on pousse la générosité et le sentiment), qui ne prenne à sa charge en totalité ou en partie la retraite de ses employés. Or nous, médecins, nous sommes, en réalité, avouons-le, les employés de nos clients. Ne craignons donc pas de leur dire que nous faisons appel à eux pour nous secourir à la fin de notre vie.

Aussi, Messieurs, je n'hésite pas à joindre aux services syndicaux de notre ami Philippeau, le concours dévoué qu'il prête au développement de la Prévoyance Médicale.

Guillemonat, mes amis, n'a pas eu les longs services de Philippeau. Nous eûmes l'avantage de le rencontrer au moment même de la lutte, mais avec quelle hardiesse se révéla-t-il, aussitôt !

Ai-je besoin de vous rappeler, à vous tous qui l'avez vu à l'œuvre, sa dévorante activité, l'audace de ses conceptions, la rapidité de leur exécution ? Dois-je vous dire comment, saisissant avec une admirable intuition le moment critique, il sut faire à propos la plus efficace des propagandes, lancer le syndicat dans sa voie réelle, celle de la protection énergique des plus nombreux et des plus faibles ?

Dois-je vous rappeler les résultats acquis, le nombre de nos adhérents doublé en quelques semaines, tandis que nos adversaires, malgré d'académiques et aristocratiques proclamations, répandues à profusion, marquaient péniblement le pas, sans accroître le chiffre de leurs fidèles ?

Guillemonat ne fut pas un simple propagandiste, il fut le laborieux rapporteur qui se sacrifia entièrement à la besogne ingrate de l'amélioration pour le corps médical, du projet d'impôt sur le revenu. Il fut trouver sénateurs, directeurs et ministres, il frappa à toutes les portes et parvint à les forcer toutes.

Il intéressa à son action toutes les professions libérales : avocats, architectes, ingénieurs et artistes. Chargé par le Congrès des Praticiens de Lille de poursuivre, avec notre si dévoué confrère, le Dr Dubuisson, la réalisation des vœux des médecins, il put malgré le bref délai qui était laissé à ses démarches par la discussion hâtive de la Loi au Sénat, faire aboutir la plupart de nos revendications.

Si nous n'avons pas tout obtenu, ce ne fut certes pas sa faute. Aussi vous avez avec nous partagé notre indignation, quand nous vîmes la Haine et l'Envie, jointes à l'Impuissance, essayer de dénoncer Guillemonat comme un traître, comme un félon qui aurait, avec une coupable légèreté, fait bon marché des intérêts qu'il avait mission de défendre.

Messieurs, cette accusation fut utile; elle permit à Guillemonat de faire connaître aux 20.000 praticiens de France avec preuves à l'appui, toute l'étendue et les difficultés de sa campagne et de faire mieux apprécier à chacun l'importance des services rendus, que, dans sa modestie, il avait tenus cachés.

Le troisième vaillant que nous avons aujourd'hui à fêter est Diverneresse.

Est-il utile, mes amis, de m'appesantir à son sujet ? Depuis dix ans, il mène la bataille contre l'ennemi le plus puissant, le plus terrible, le plus implacable, contre la Finance organisée.

Et ce qu'il y a de surprenant, c'est que parfois, dans cette lutte, il triomphe. Et il triomphe presque seul. Quel appui, en effet, pouvons-nous lui porter ? Il court à l'ennemi, lance en arrêt, comme ces preux des anciens âges et nous, nous avons peine à le suivre de loin comme faisaient, dans les combats chevaleresques, les timides gens de pied, qui n'atteignaient le preux que pour le remettre en selle ou panser les blessures que dans son ardeur audacieuse il n'avait même pu sentir.

Dix ans, Diverneresse a conduit la lutte contre les Compagnies d'assurances.

Dix ans, il a tenu tête à nos ennemis et les a réduits à l'impuissance malgré les défections qui se sont multipliées dans nos rangs.

Un confrère aux yeux bandés m'écrivait naguère en appelant cette lutte de tous les instants, l'abominable campagne de Diverneresse.

Je regrette de ne pouvoir vous dire ici le total des millions que cette abominable campagne a obligé les Compagnies d'assurances à restituer aux praticiens, frustrés jusqu'alors du fruit légitime de leur travail.

Mais Diverneresse n'est pas de ceux qui s'arrêtent en chemin; dans son ardeur batailleuse, il trouve que nos syndicats se composent de troupes trop lourdes pour le suivre dans ses coups de main audacieux et c'est pourquoi, sans nous

abandonner, il préfère courir en enfant perdu, et bien avant l'extrême pointe de nos éclaireurs.

Pour moi, qui ai eu l'avantage de le seconder bien faiblement dans son action, je considérerai toujours comme le plus grand honneur que j'ai pu obtenir au cours de ma carrière syndicale, d'avoir, de par mes fonctions de secrétaire général de l'Union, partagé avec Diverneresse les risques que font courir les lois de notre pays à ceux qui disent la vérité sans crainte et qui ont le courage de s'attaquer aux Puissants du jour.

Messieurs, levons nos verres à Philippeau, à Guillemonat, à Diverneresse.

Grâce à eux, le Syndicat des Médecins de la Seine est devenu ce qu'il est : une force morale et une puissance effective. Pareil à un arbre puissant, il tire des sections syndicales, ses racines, une sève pleine de vigueur et de vie, il étend sur tous les médecins indépendants son ombre protectrice. Mais cela ne suffit pas, il faut maintenant lui faire porter des fruits et dussions-nous, pour cela, élaguer quelques branches parasites, nous travaillerons sans répit à son développement et à sa prospérité.

Après ce discours, M. JEANNE crut devoir associer le *Concours médical* et le *Sou médical* à cette manifestation et sut en excellents termes souligner encore les mérites des confrères, héros de la soirée.

Dans une improvisation vive et spirituelle, M. Boudin remercia à son tour au nom du corps médical de province ces trois parisiens dont l'action bienfaisante ne s'était pas bornée aux limites étroites du département de la Seine.

M. Geoffroy, au nom du Conseil judiciaire, dont on connaît le dévouement au Syndicat, se joignit à ce concert d'éloges. Puis tour à tour, MM. Philippeau, Guillemonat et Diverneresse remercièrent avec émotion leurs amis et les assurèrent de leur dévouement constant à l'œuvre commune.

Et le joyeux confrère Jacob, rappelant que Rabelais reste encore notre ancêtre, égaya cette belle soirée par quelques copieuses gauloiseries,

Pour ce que le rire est le propre de l'homme.

Institut médico-légal de Paris. — L'affreux édifice qui fait, à l'extrême pointe orientale de la Cité, une si vilaine tache sur le décor splendide dont le chevet de Notre-Dame constitue la partie la plus importante, la Morgue, lèpre hideuse de Paris, va enfin disparaître.

Le nouveau dépôt mortuaire sera rattaché à l'Institut médico-légal dont le Conseil général de la Seine vient de voter la construction place Mazas, en amont du Pont-d'Austerlitz.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur RECLUS.

Les principes de l'anesthésie locale.

Vous connaissez l'importance de l'anesthésie locale et je n'ai pas besoin d'insister sur ses bienfaits. Sans vouloir médire du chloroforme — qu'on ne peut souvent pas remplacer — nous ne saurions oublier les dangers de son emploi. L'anesthésie locale n'offre pas ces dangers et sa sécurité d'application constitue son avantage essentiel.

Je voudrais vous exposer aujourd'hui un certain nombre de principes généraux relatifs à l'anesthésie locale. Je vous parlerai, d'abord, de l'instrumentation. Elle est excessivement simple. A l'heure actuelle, l'outillage est constitué par une seringue de Pravaz, à laquelle il est bon d'apporter certaines modifications. La première de ces modifications est la pose de deux ailettes latérales pour opposer au pouce donnant la propulsion la résistance de l'index et du médius. J'ai demandé que ces deux ailettes soient au milieu même de la seringue de façon à rendre la propulsion plus facile. Il est une autre modification utile que je soumets à vos méditations. Elle consisterait à obtenir que l'aiguille soit moins amovible, mieux adhérente au corps de la seringue. On a proposé, à cet effet, divers changements. On m'a montré, ces jours derniers, une seringue avec pas de vis. Son inconvénient est le temps assez long nécessaire pour visser l'aiguille, mais cet inconvénient disparaît en partie si, au lieu d'une seringue de 2 grammes, on en emploie une de 4 grammes, le besoin de recharger la seringue se faisant alors moins sentir. En définitive, nous emploierons actuellement une seringue à deux ailettes, de quatre grammes de capacité et à vis. A défaut, bien entendu, la seringue ordinaire de Pravaz peut être utilisée.

L'aiguille, que sera-t-elle ? Vous devez avoir une aiguille de 3 centimètres 1/2. On doit la faire cheminer dans la peau où elle couvrira une certaine surface. Vous pourriez en choisir une plus longue, mais comme elle doit être mince, grêle, pour traumatiser au minimum les tissus, il convient de ne pas lui donner trop de longueur, sous peine de la voir se courber facilement.

Je répète. Servez-vous d'une seringue à deux ailettes, de 4 grammes, ayant un pas de vis pour empêcher le liquide de refluer entre la seringue et l'aiguille quand on pousse l'injection dans une peau un peu résistante, la pression devenant alors trop grande et le liquide se répandant au dehors au niveau de la jointure. Servez-vous d'une aiguille de longueur moyenne. Si vous n'avez pas

cette instrumentation sous la main, une seringue quelconque de Pravaz peut aussi convenir.

Passons à une chose infiniment plus importante, je veux parler de l'anesthésique proprement dit. Je ne veux pas vous faire l'historique de ces anesthésiques locaux, cocaïne (1886), eucaïne, tropococaïne. Nous en étions encore à la cocaïne, quand on nous donna la stovaïne. Il est certain que la cocaïne est l'anesthésique le meilleur, celui qui donne la plus grande quantité et la plus grande durée d'anesthésie. Il n'en est pas moins vrai que j'ai accepté la stovaïne, parce qu'elle était très anesthésique et moins toxique. Or, nous devons compter beaucoup avec la toxicité. Si nous avons un anesthésique local aussi dangereux que le chloroforme, laissons-le. Si nous cherchons des anesthésiques locaux, c'est parce qu'ils sont moins dangereux. Cette stovaïne est deux fois moins toxique que la cocaïne ; elle est, il est vrai, un peu moins anesthésique, un peu douloureuse. M. Picquand a eu une idée heureuse lorsqu'il a proposé de dissoudre la stovaïne dans du sérum isotonique, ce qui donne une solution moins douloureuse.

On nous a proposé, enfin, la novocaïne. Elle n'est pas plus anesthésique, mais elle a l'immense avantage d'être deux fois moins toxique que la stovaïne et quatre fois moins toxique que la cocaïne. Nous avons donc de ce côté un avantage considérable. Nous étions ainsi, dans la lune de miel de la novocaïne, quand nous eûmes à regretter de temps en temps l'anesthésie cocaïnique. Il est certain que la novocaïne est moins anesthésiante que la cocaïne, et, si nous l'adoptons, c'est parce qu'elle est quatre fois moins toxique. C'est alors que j'ai accepté des idées contre lesquelles j'avais lutté auparavant. Je n'aime pas, d'une manière générale, la polypharmacie. Je n'aime pas l'association des poisons dans une même formule. Il n'en est pas moins vrai que j'ai fini par me rendre aux avantages de l'adjonction de l'adrénaline à la novocaïne. Vous savez que l'adrénaline est une substance très toxique ; aussi, n'employons-nous que sa solution au millième. Nous associons donc les deux produits, à savoir : 1° la novocaïne, en solution à un demi pour cent, soit 1 gramme par 200 grammes d'eau ; 2° l'adrénaline, dans la proportion de 50 gouttes de solution d'adrénaline au millième pour 100 grammes d'eau. Nous avons les deux solutions dans des flacons séparés. Si, en effet, vous faisiez le mélange longtemps avant de vous en servir, il y aurait une altération des deux substances, qui peuvent réagir l'une sur l'autre. Je le redis, car c'est là un point très important, vous prenez un premier flacon contenant 0 gramme 50 centigr. de novocaïne dissoute dans 50 grammes de sérum, et un deuxième flacon renfermant 25 gouttes de solution d'adrénaline à 1 pour 1000 dans 50 grammes également de dissolvant. Au moment de vous en servir vous mélangez les deux flacons et vous obtenez en définitive 100 grammes de sérum renfermant 0 gr. 50 de novocaïne et 25 gouttes de solution d'adrénaline au millième. Chaque seringue de 4 centimètres cubes contient deux centigrammes de novocaïne et une goutte d'adrénaline au millième.

Ce dosage est capital, puisque vous voulez opérer en sécurité. N'oubliez pas que, quand on parle d'adrénaline, on veut dire solution d'adrénaline à 1 pour 1000.

Nous allons maintenant pratiquer devant vous une opération sous l'anesthésie locale, à la novocaïne associée à l'adrénaline, comme je viens de l'indiquer. La première règle générale, en pareil cas, est de tenir le malade couché. Cette règle est formelle. La solution anesthésiante a tendance à produire l'ischémie des centres nerveux supérieurs et à déterminer des accidents d'ordre syncopal. Si vous opérez assis, vous augmentez la tendance à la syncope. Vous savez que l'opération elle-même a déjà une action vaso-constrictive. Il est bon de ne pas l'accentuer par des médicaments comme la cocaïne. La novocaïne, il est vrai, n'est pas vaso-constrictive ; c'est pourquoi elle est moins toxique que la cocaïne.

L'estomac doit-il être à l'état de réplétion ou de vacuité ? Quand on parle d'anesthésie, on admet d'une manière générale que le malade doit être à jeun. C'est exact pour l'anesthésie générale. Pour l'anesthésie locale, au contraire, il est préférable d'avoir mangé. Je conseille au patient de ne rien changer à ses habitudes. J'aime mieux même qu'il ait mangé ; souvent, quand il n'a pas pris d'aliment, il est plus sujet aux pâleurs.

Lorsqu'on veut pratiquer une anesthésie locale, il est nécessaire que toutes les couches à inciser aient été anesthésiées individuellement. Je vais opérer devant vous aujourd'hui un hallux valgus. J'ai à traverser d'abord la peau. Je fais glisser la peau entre le pouce et l'index, de façon à faire saillir un pli cutané. Je pique à l'extrémité du pli en prévenant le blessé qu'il va sentir une piqûre. Dès que l'aiguille est enfoncée dans le derme, j'appuie sur le piston et fais progresser l'aiguille en continuant d'appuyer de manière que la goutte injectée précède le trajet intra-dermique et l'anesthésie d'avance. Il faut avoir soin de rester dans l'épaisseur du derme. Le fait de pousser graduellement le piston et la seringue a un autre avantage. Si on pénètre dans une veine, on la traverse rapidement et elle ne reçoit qu'une petite quantité de médicament. Il y a une différence notable, en effet, entre l'injection intra-veineuse et l'injection intra-cellulaire. Alors que, chez le lapin par exemple, la dose toxique de novocaïne est de 6 centigrammes par kilogr. pour la voie intra-veineuse, elle est de 50 centi-

grammes par kilogr. pour la voie sous-cutanée.

Après avoir anesthésié la peau, il convient d'anesthésier les différents plans à traverser au cours de l'opération. Tous les plans doivent être insensibilisés. L'injection dans le tissu cellulaire se pratique suivant les mêmes principes que l'injection intradermique. Pour l'anesthésie de l'os et du périoste, on enfoncera l'aiguille jusque sur le périoste, de façon à le décoller pour ainsi dire. Si je trouvais au cours de l'opération que l'anesthésie n'est pas suffisante, je la compléterais.

Dans l'hallux valgus — affection pour laquelle nous intervenons aujourd'hui devant vous — l'axe du gros orteil et celui du premier métatarsien forment un angle. L'opération consiste à enlever tout ce qui dépasse. Nous pouvons terminer cette petite opération sans douleur, grâce à l'anesthésie locale et sans courir les risques du chloroforme.

J'ai voulu, dans cette leçon, commencer l'étude des principes généraux de l'anesthésie locale. J'aurai à y revenir ultérieurement, avec plus de détails quant à la technique même de l'anesthésie.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Le chlorure de calcium dans les néphrites.

Le chlorure de calcium a été, depuis quelque temps déjà, préconisé et employé dans le mal de Brigt comme antitoxique.

Récemment, M. TUMMINIA, de Palerme, a recherché quelle pouvait être son action dans les néphrites aiguës et chroniques.

« Le diagnostic de la néphrite étant fait à la fois par l'examen clinique et l'examen chimique et microscopique de l'urine, dit l'auteur, (*Rev. internat. de Méd. et de Chir.*) on examine soigneusement le malade pendant un mois divisé en trois périodes de dix jours. Pendant la 1re et la 3e, celui-ci est soumis à la diète lactée absolue, et pendant la 2e, il prend en plus 0 gr. 50 à 1 gr. de chlorure de calcium par jour.

« Les urines des 24 heures sont recueillies avec soin chaque jour et examinées au point de vue microscopique et chimique. Et pour se rendre compte de l'influence du chlorure de calcium sur la pression sanguine, on mesure celle ci très régulièrement. » L'auteur a ainsi suivi vingt malades atteints de néphrite aiguë ou chronique. Les résultats ont été inconstants, mais bons dans l'ensemble. Tout d'abord, trois malades ont été améliorés d'une façon remarquable par le chlorure de calcium, on peut presque dire guéris : les urines ont été augmentées en quantité ; leur densité s'est élevée, l'albumine et les cylindres ont peu à peu disparu ; enfin, la pression sanguine a augmenté également de façon sensible, sous l'influence du médicament.

« Dans quatre cas, au contraire, le chlorure de calcium n'a donné lieu à aucune modification de l'urine ou de la pression sanguine.

« Enfin treize cas, sans être aussi favorablement influencés que les trois premiers, ont été très améliorés. La quantité et la densité des urines ont augmenté, pendant la période d'administration du chlorure de calcium ; l'albuminurie et la cylindrurie ont diminué, sans cependant disparaître complètement, et la tension sanguine s'est élevée sensiblement. »

En somme, résultats inconstants, mais fort appréciables, dans certains cas, et, par conséquent, à retenir pour le traitement des néphrites, qui est encore si précaire, malgré les nombreuses tentatives opothérapiques et physiologiques lancées à notre époque.

Le traitement électrique des atrophies musculaires

D'après M. le Dr H. LEBON, dans un article de la *Clinique*, le choix du courant électrique, employé pour traiter les atrophies musculaires, présente une importance très grande.

« On a remplacé d'abord les courants faradiques ordinaires par les courants faradiques rythmés à l'aide du métronome.

« Lorsque Bergonié eut fait remarquer l'avantage qu'il y avait à obtenir des contractions se rapprochant le plus possible des contractions volontaires, les courants ondulés succédèrent aux courants rythmés.

« Enfin, Leduc, après avoir fait connaître les courants intermittents et montré qu'ils étaient un excellent excitant du nerf et du muscle, étudia leur emploi dans le traitement des paralysies et des amyotrophies.

« Les courants faradiques rythmés et ondulés, ou encore les courants intermittents, procurent incontestablement des résultats bien supérieurs aux procédés anciens.

« Bordet donne les conseils suivants pour l'emploi des courants ondulés dans l'atrophie musculaire :

« Faradisation ondulée et quelques reversements lorsqu'on ne trouve qu'une diminution légère de l'excitabilité faradique ;

« Galvano-faradisation ondulée avec interruption brusque du courant au maximum, si la diminution de l'excitabilité faradique est très marquée et est apparue rapidement ;

« Galvano-faradisation rythmée et inversée, quand il y a diminution de l'excitabilité faradique et galvanique.

« L'atrophie musculaire étant accompagnée de réaction de dégénérescence, et la secousse ralentie, il faut avoir recours à la galvanisation ondulée, sans multiplier les excitations : l'intensité du courant doit varier entre 10 et 25 m.A.

« Il convient d'élever l'intensité du courant galvanique et de diminuer la vitesse de l'onduleur en présence d'une diminution marquée de

l'excitabilité galvanique avec secousse très lente.

« En opposant une résistance aux contractions, on peut encore remédier plus activement à l'atrophie. Cependant Leduc fait remarquer « qu'en faisant travailler un muscle qui se contracte on accélère la production de la fatigue ».

« L'électromécanothérapie ne doit être employée que dans des cas spéciaux, lorsque les muscles, bien qu'atrophiés, se contractent sous l'influence de la volonté et ne présentent pas de réactions anormales. Elle convient, surtout comme procédé de rééducation, et s'adresse aux impotences d'habitude comme le dit Laquerrière. Elle permet aux malades de réapprendre à se servir de leurs muscles.

« Les courants de Morton (Wave current), jusqu'ici peu étudiés, ne paraissent pas présenter des avantages bien sérieux.

« Les courants de haute fréquence semblent, au contraire, donner de bons résultats, à condition toutefois d'éviter la fatigue et de ne pas provoquer de contractions exagérées.»

Notions récentes sur les rapports de l'estomac

La radioscopie gastrique a fourni récemment entre les mains de M. le Dr Gabriel Leven des renseignements nouveaux sur la forme et les rapports de l'estomac.

D'une manière générale, ce viscère a la forme d'un *bas* dont le corps tout entier descend verticalement dans l'hypocondre gauche et dont le pied, plus ou moins perpendiculaire au corps se porte vers la ligne médiane qu'il atteint ou dépasse. Le corps du *bas* est surmonté d'une portion élargie sous-jacente au diaphragme. La raison d'être de cet élargissement est l'accumulation en cette région des gaz contenus dans l'estomac. Lorsque l'estomac est rempli avec le liquide gommé renfermant du bismuth qu'on utilise pour les examens, le contenu gastrique paraît noir et la zone claire qui le surmonte (chambre à air) se présente sous l'aspect de la boule d'ivoire que l'on utilise pour ravauder les bas.

L'auteur ajoute que l'examen radioscopique de plusieurs malades traités pour une appendicite chronique, a démontré souvent que ces malades sont simplement des dyspeptiques présentant des symptômes pyloriques plus ou moins accentués, plus ou moins persistants.

« La localisation douloureuse, précise, constante, au point de Mac Burney, confirmait cependant le diagnostic clinique d'appendicite chronique. Or, l'examen d'un grand nombre de ces malades prouve, grâce à la radioscopie, qu'il s'agit de sujets ayant un estomac allongé, dévié de façon telle que la région pylorique atteint le point de Mac Burney. La douleur provoquée ou spontanée, localisée au point de Marc Burney est une douleur pylorique et non une douleur appendiculaire. La démonstration de cette opinion repose sur le fait que ces malades guérissent, lorsqu'on les traite comme des dyspeptiques présentant des réactions pyloriques. »

FORMULAIRE RAISONNÉ

La scille. — Ses diverses préparations.

Par le Dr André Lombard.

L'*extrait alcoolique* de scille a une activité environ triple de celle de la poudre ; on l'ordonne à la dose de deux à quinze centigr. et on l'associe à la poudre, pour des pilules :

Extrait de scille.....	deux centigr.
Poudre de scille.....	cinq centigr.

En 1 pilule, en prendre 3 ou 4 par jour ; mais il est peu employé.

La *teinture alcoolique* contient vingt centigr. de scille par gramme (cinquante-trois gouttes) ; elle est prescrite à la dose de 1 à 3 gr. par jour en potion ; et chez l'enfant, à celle de deux gouttes par jour et par année d'âge, après un an. On l'associe à la même dose de teinture de digitale, et on peut, à l'exemple de M. Comby, donner à un enfant de 5 ans :

Teinture de scille..... }	âà X gouttes
Teinture de digitale..... }	
Sirop des cinq racines.....	15 gr.
Eau distillée.....	60 gr.

A prendre par cuillerées dans la journée.

On pourrait, sans inconvénient, élever de dix à quinze gouttes la dose de teinture de digitale, la préparation du nouveau Codex étant moins active que celle de l'ancien.

La teinture de scille est usitée comme liniment diurétique et en applications externes, à la dose de 10 à 15 gr. pour obtenir la disparition de certaines collections liquides ; on l'emploie seule ou associée à la teinture de digitale. Tel est aussi l'usage du *vinaigre scillitique* ; mais cette dernière préparation sert surtout à préparer l'*oxymel scillitique*, dont 25 gr. correspondent à 0 gr. 50 de scille, et qu'on prescrit à la dose de 5 à 30 gr. par jour, et, chez les enfants, à celle de 2 gr. par jour et par année d'âge. Comme liquéfiant et expectorant, on le prescrit dans la bronchite et la coqueluche. M. Comby formule, pour un enfant de 5 ans.

Oxymel scillitique.....	10 gr
Teinture de belladone à 1/10..... }	âà XX gt
Teinture d'aconit à 1/10..... }	
Sirop de terpine.....	10 gr.
Eau distillée.....	40 gr.

Dont on fera avaler une cuillerée à dessert toutes les deux heures. Chez l'adulte, on réalise une bonne préparation diurétique en associant l'oxymel scillitique à la macération de feuilles de digitale (0 gr. 25) et à l'acétate de potasse (3 à 4 gr). Il faut se garder d'associer dans une potion l'oxymel scillitique et le carbonate d'ammoniaque.

Il y a trois vins renfermant de la scille :

1° Le *vin scillitique*, dont 20 gr. contiennent les

principes de 1 gr. 20 de squames, qu'on prescrit à la dose de 5 à 15 gr. chez l'adulte, à celle de 2 gr. par jour et par année d'âge, chez l'enfant. On peut donner à un enfant de 5 ans, en 3 ou 4 prises dans la journée, la préparation suivante (Comby):

Vin scillitique	10 gr.
Sirop de cerises	10 gr.
Décocté de chiendent	60 gr

2° Le *vin de scille composé*, ou *vin diurétique amer de la Charité*, dans la composition duquel entrent des végétaux amers (quinquina gris) et aromatiques (angélique, absinthe, genièvre, etc.); 20 gr. correspondant à sept centigr. de scille ; on en prescrit à l'adulte 50 à 250 gr. et à l'enfant 8 à 10 gr. par année d'âge ;

3° Le *vin diurétique de Trousseau*, qu'on appellerait plus exactement *vin de digitale composé* ou *vin diurétique de l'Hôtel-Dieu* (Brissemoret et Joanin). Il importe de savoir que, en disant dans une prescription : vin de Trousseau, on fait absorber deux fois plus de principes que si l'on adopte une des autres dénominations. En effet, une cuillerée à soupe de ce vin soit 16 gr. contient neuf centigr. et demi de squames de scille, dix neuf centigr. de feuilles de digitale et 0 gr. 65 d'acétate de potasse ; tandis que la même quantité de vin de l'Hôtel-Dieu renferme 12 centigr. de scille, 8 centigr. de digitale et 0 gr. 80 d'acétate de potasse. De ce dernier on peut faire absorber une ou deux cuillerées à soupe par jour à l'adulte et 3 à 4 grammes à l'enfant par jour et par année d'âge ; tandis que le vin de Trousseau doit être donné à dose moitié moindre et qu'on ne doit pas dépasser, chez l'enfant, deux grammes par jour et par année d'âge.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Quelques précisions nécessaires sur les injections vaginales,

Par le Dr Em. GANOL.

On attache aujourd'hui aux injections vaginales une réelle importance thérapeutique. Elles ne servent pas seulement, comme on le pensait autrefois, à « nettoyer le vagin des sécrétions qui y séjournent », elles représentent un puissant moyen antiseptique et détersif et enfin elles ont une action hémostatique et constrictive due à leur haute température.

Il faut donc étudier l'injection vaginale avec autant de précision et de détails que s'il s'agissait de n'importe quelle autre médication et on nous saura gré de consacrer ici quelques instants à cette question, l'une des plus intéressantes de la pratique courante.

Toute irrigation vaginale — nous ne saurions jamais insister trop à ce sujet auprès des malades — toute irrigation vaginale doit être prise dans le décubitus dorsal. La malade doit être couchée, plus que couchée même, car elle doit esquisser la position bien connue de Trandelenburg, c'est-à-dire avoir la tête plus basse que le siège. Un coussin assez dur suffira pour obtenir ce résultat.

Dans cet état, le vagin a toute sa longueur et le liquide injecté entre en contact avec tous les points de la surface interne. Sous l'influence de l'injection, le vagin se distend et le col de l'utérus est baigné de liquide antiseptique.

Toute injection prise dans d'autres conditions est inefficace, inutile et donne au thérapeute une sécurité trompeuse.

Donc préconisons toujours la position couchée, bassin élevé, et cela pour n'importe quelle injection vaginale médicatrice.

La hauteur qu'il faut donner au bock injecteur doit être également indiquée. Une élévation atteignant un mètre au-dessus du plan horizontal où repose la malade est largement suffisante. Tombant de plus haut l'injection pourrait être traumatisante et bien des femmes ne peuvent la supporter. N'oublions pas que, dans les métrites et les annexites, tout mouvement imprimé à l'organe est extrêmement douloureux. A plus forte raison le seraient les chocs produits sur l'utérus par l'arrivée brusque de la colonne liquide. De plus, il ne faut pas oublier que souvent l'orifice externe du col est entr'ouvert et que le liquide injecté à forte pression risque de pénétrer dans la cavité utérine et même dans les trompes ; de là des accidents possibles : collapsus, péritonite, syncope. Il ne faut pas oublier que plusieurs cas de mort ont été signalés par les gynécologues comme ayant été provoqués par de simples injections vaginales.

Donc, deuxième conclusion : la *hauteur du bock ne devra pas dépasser un mètre.*

Quelle est maintenant la puissance antiseptique à donner à ces lavages ?

Et d'abord, il y a un fait que le médecin doit toujours avoir présent à la mémoire quand il formule des injections antiseptiques. Le vagin est un cul-de-sac, il garde toujours, *si l'on ne déprime la fourchette pendant l'injection*, une certaine quantité du liquide injecté, et voilà immédiatement réalisés des dangers d'intoxication.

Les malades, en effet, ne déprime jamais la fourchette vaginale et l'absorption de l'antiseptique employé est dès lors fatale .

On peut dire que presque toutes les femmes qui emploient le sublimé, même à faible dose, sont en peu de jours intoxiquées. Elles ont des éruptions acnéiques, des prurits rebelles aux traitements habituels et qui cessent quand cesse l'emploi du sublimé.

A part des cas très particuliers de syphilides ou d'ulcérations spécifiques de la muqueuse vulvaire, nous n'utilisons jamais cet hydrargyrique.

Autrefois, nous avions recours au permanganate, mais il tache trop le linge et rapidement les malades l'abandonnent. Il n'y a dans la médecine actuelle rien de mieux à conseiller pour les injections vaginales que l'anios à 2 %. Cet antiseptique n'a pas d'odeur, pas de couleur, il n'est

pas caustique et pas toxique et la petite quantité de liquide restant dans la cavité vaginale est, au contraire, favorable à la médication puisqu'elle représente un foyer d'oxygène naissant dont le dégagement dure tant que dure la présence de l'antiseptique.

Dans les cas de métrite catarrhale, on observe rapidement la fluidification et la disparition des pertes leucorhéiques, la diminution des douleurs. Dans les cas de vaginite et de vulvite, l'action germicide est encore plus belle et les effets kératoplastiques de l'anios viennent de plus favoriser la restauration des tissus désorganisés par l'injection. Les malades acceptent très bien ces injections parce qu'elles n'ont aucun inconvénient.

Quelle doit être enfin la température de ces irrigations ?

Ici, il faut tâter la susceptibilité des malades et procéder par une concentration progressive de calorique. Il y a beaucoup de malades qui ont des vertiges, des suffocations, des tendances syncopales par le seul fait d'une injection chaude. Il faut alors chez elles ajouter peu à peu, à l'eau primitivement tiède, du liquide chaud, et arriver ainsi au degré de chaleur nécessaire pour produire réellement des effets résolutifs et décongestifs .

Mais s'il s'agit de lutter contre les métrorrhagies graves, il n'y a pas à hésiter ; il faut employer les grands lavages (2 à 10 litres) avec une solution d'anios à 1 %, portée à 50 degrés.

Pour faire tolérer plus facilement cette chaleur locale, on pourra enduire la vulve et la paroi vaginale d'une forte couche de vaseline et la renouveler au besoin.

L'important, dans ces cas particuliers, c'est d'employer une grande quantité d'eau, plusieurs litres, et à une température très élevée.

En dehors de la solution antiseptique, il peut être nécessaire d'utiliser des injections astringentes: on emploiera alors l'alun, le tannin, le sulfate de zinc, et aussi des injections résolutives iodurées ou chlorurées.

CHRONIQUE JUDICIAIRE DU SOU MÉDICAL

La légende des médecins marrons.

Le procès du Dr Hémery, de Lens.

Un médecin indépendant de la région du Nord s'étant permis de soigner des blessés sans l'autorisation des Compagnies minières et de faire des certificats où il osait émettre des appréciations contraires à celles des médecins employés des mines, fut dénoncé comme médecin marron. Naturellement, comme il n'était pas le médecin d'un service médical patronal, son affaire fut rapidement instruite, et plus naturellement encore il fut envoyé en police correctionnelle par le parquet et le juge d'instruction de Béthune.

Comme la plainte ne tenait pas debout, et malgré les conclusions du juge d'instruction et du procureur, il a été acquitté.

Le « Sou médical » ayant accordé son appui à notre honorable confrère poursuivi, a fait suivre l'audience par un de ses délégués et a pu avoir ainsi connaissance des pièces du procès.

Nous croyons devoir les faire passer devant les yeux de nos adhérents du « Sou », afin qu'ils puissent juger, eux aussi, en connaissance de cause.

Voici d'abord le certificat dénoncé comme un certificat de médecin marron, et dans lequel le parquet et le juge d'instruction, bien ombrageux, ont trouvé matière à poursuites, à la grande satisfaction de la riche et puissante Compagnie minière de Lens.

Certificat du Dr Hémery.

Je soussigné, Docteur en Médecine à Lens, déclare avoir examiné, sur la demande de sa mère, le nommé Sébert (Jean), mineur, âgé de 18 ans, demeurant à Liévin, rue Chanzy, et avoir constaté une contusion profonde de la partie antérieure de la cuisse droite avec épanchement articulaire léger du genou. Le jeune homme marche difficilement. A la palpation de la face antérieure de la cuisse, on provoque une douleur vive, douleur dont on ne saurait mettre en doute la réalité, car elle est toujours accusée au même endroit, même si on détourne l'attention de Sébert ; quand on la produit, le pouls s'accélère, la pupille se dilate, la marche, elle aussi, produit une accélération de pouls. Des mesures prises à 0,20 cent. de l'interligne articulaire du genou donne à la cuisse droite 43 1/3 et, à gauche 42 1/2 ; à 0,15 cent., on trouve, à droite, 37 et, à gauche, 36 1/3 ; pour le genou, des mesures prises au niveau de la pointe de la rotule donnent, à gauche, 33 1/2 ; à droite, 34 1/2 ; prises au niveau du bord supérieur de la rotule, les mesures sont 38 à droite et 37 1/2 à gauche.

Je conclus à un accident devant entraîner un chômage de 12 à 20 jours, sauf complications.

Lens, le 12 décembre 1908.

Pour accident de travail, signé : HÉMERY.

Le même jour, le Dr Lequette, médecin des mines, adressait au sous-directeur de la mine de Liévin, la lettre suivante :

Liévin, le 12 décembre 1908,

Monsieur le Sous-Directeur,

Je viens vous rendre compte d'un incident regrettable qui s'est passé avant-hier, jeudi, à la fosse n° 3 des mines de Lens. A la suite d'un éboulement qui s'est produit dans une galerie souterraine, je fus appelé à 10 heures du matin pour porter mes soins à un homme que l'on disait grièvement blessé , la cuisse droite fracturée par un violent coup de bois, le malheureux était à demi-mourant au fond de la galerie où l'on était allé le chercher sur une civière. Je fis tous les préparatifs nécessaires en attendant la remonte de la victime qui se fit à midi moins un quart. Porté sur un brassard par deux hommes exténués, ruisselant de sueur, le blessé fut conduit dans la salle de bains voisine afin de procéder à son examen, sa toilette après, et le pansement en dernier lieu au dispensaire. Je reconnus bien vite que j'avais affaire à un simulateur, en train de jouer une ignoble comédie. Après une demi-heure d'attente, ce farceur, qui d'abord se déclarait incapable de tout mouvement, menacé d'être conduit à l'hospice de Lens pour y être soumis à l'examen de

plusieurs médecins, acceptait de s'en retourner seul et à pied à son domicile rue Chanzy, à 1.500 mètres de la fosse si on lui procurait un bâton. Je lui fis donder une quene, très grosse, qu'il prit et s'en alla. La mystification de cet individu ne s'arrêta pas là ; en effet, à 150 mètres environ de la fosse, il s'appuya contre un mur, rue Montgolfier, implorant la pitié publique et se laissa reconduire sur une brouette.N'est-ce pas quelque chose d'abominable ? Ce fumiste, devant le public, conservait le beau rôle et cependant, il n'y avait pas la moindre lésion, pas le plus petit traumatisme.

Appelé le soir par la mère de cet ouvrier qui, munie d'un billet du blessé, disait son fils avoir une cuisse double de l'autre,tant elle était enflée,je me suis rendu après de lui où j'ai eu la bonne fortune de rencontrer le délégué Dureux à qui il me fut facile de démontrer que Sébert était un simulateur, un vicieux qui, pour faire croire à un gonflement du membre, écrasait les muscles de la cuisse avec la main passée sous elle ; le sujet était debout d'abord. Je le fis asseoir et je traçai avec un crayon une ligne horizontale sur les cuisses. Je mesurai ensuite le pourtour de chacun des membres. Même longueur.Cette petite opération, faite d'abord à la partie supérieure, puis au milieu et enfin à la partie inférieure des membres, donna le même résultat.

Alors donc, mouvement du membre conservé, pas la moindre égratignure, pas de contusion, pas d'ecchymose, voilà ce que le délégué a pu constater avec moi, avec toute absence de gonflement.

Nous nous trouvons en face d'un simulateur qui n'a subi aucun traumatisme.

Je viens, tout à l'heure, de rencontrer, rue Montgolfier, ce pseudo-blessé, marchant à l'aide d'une canne et faisant mine de boiter.Quelle transformation en moins de deux jours ! C'est épouvantable !

Devant pareil scandale, j'ose espérer, Monsieur le sous-directeur, que vous prendrez des mesures pour montrer au personnel ouvrier que dans cette circonstance déplorable le médecin a fait tout son devoir et que le simulateur est indigne de continuer à faire partie du personnel,

Recevez, etc.

Votre serviteur,
Signé : LEQUETTE.

Lorsque nous disions que : « pour la plupart, ces médecins d'assurances,de mines,d'usine, de « chemin de fer », ne sont que des employés », il n'exagère rien au contraire,puisqu'il yen a parmi eux qui se qualifient eux-mêmes de « serviteurs ».

Mais glissons.

Munie de cette lettre, la Compagnie des mines s'adresse au juge des référés pour lui demander une expertise qui a lieu onze jours après, le 23 décembre 1908. Il est à remarquer qu'il s'agissait ici d'une incapacité temporaire que ni le blessé, ni le Dr Hémery, ni le médecin de la mine, ne parlaient d'incapacité permanente. C'était donc le juge de paix et non le juge des référés qui devait être saisi de la question. Mais il semble que la Compagnie des mines devait avoir de sérieuses raisons pour craindre l'intervention du juge de Paix.

Les juges ne se montrent pas d'ordinaire aussi empressés lorsqu'un blessé demande une expertise après laquelle il attend pour toucher son demi salaire lui permettant d'acheter le pain de sa famille.

Il est vrai qu'il y a tout de même une différence entre un pauvre diable et une riche Compagnie. Vive l'égalité devant la loi !

Voici maintenant le rapport médico-légal du Dr Quénée, désigné comme expert dans les conditions irrégulières que nous venons de signaler, et qui a été fait également dans les conditions irrégulières que nous signalerons tout à l'heure :

Remarquons également que cet expert, qui avait à se prononcer entre le médecin librement choisi par le blessé, et le médecin de Compagnie, se trouve être comme par hasard, un très proche parent d'un médecin en chef d'une Compagnie minière voisine de la mine de Liévin. Qu'il y a donc dans la vie de bizarres coïncidences ! !

Rapport médico-légal du Dr Quénée, expert.

Je soussigné,Quénée (Edmond),docteur en médecine à Béthune, commis par Monsieur le Président du Tribunal civil de Béthune, en vertu d'une ordonnance de référé en date du dix-sept décembre mil-neuf cent huit, à l'effet de procéder à l'examen médical du nommé Jean Sébert, de constater son état, de donner avis sur les prétentions de Sébert et sa situation. Dispensé d'office de serment, me suis transporté à Liévin, le dix-neuf décembre mil neuf cent huit, et ai procédé à l'examen médical de Sébert (Jean),à son domicile, rue Chanzy, en présence de Monsieur le docteur Lequette, de Liévin, représentant la Compagnie des mines de Lens.

Circonstances de l'accident. — Le dix décembre mil neuf cent huit, le jeune Sébert se trouvait au fond de la fosse numéro trois des mines de Lens. Il prétend avoir été victime d'un accident du travail.Un éboulement se serait, paraît-il, produit, et Sébert aurait reçu très violemment à la partie moyenne et antérieure de la cuisse droite une tête de bois. Le choc aurait été tellement violent que Sébert serait tombé à la renverse. Il resta étendu par terre,incapable du moindre mouvement. Il fut relevé par des camarades qui le transportèrent à l'accrochage. Il fut remonté au jour, puis porté en civière à la salle des bains. Le docteur Lequette l'examina ensuite sérieusement et ne remarqua aucune trace de blessure.

Néanmoins, Sébert se déclarait incapable de marcher et prétendait souffrir beaucoup quand on appuyait au niveau de la région antérieure et moyenne de la cuisse droite.

En l'absence de tout symptôme,le docteur Lequette proposa d'envoyer le blessé à l'hôpital de Lens, mais le blessé refusa et consentit alors à marcher et à retourner chez lui à pied, si on voulait lui donner un bâton pour s'appuyer. On accéda à sa demande et il repartit chez lui. Mais il prétend qu'à environ deux cents mètres de la fosse, il lui fut impossible de continuer son chemin et il dut se faire reconduire dans une brouette. Le soir,le docteur Lequette fut rappelé par la mère du blessé, sous prétexte que la cuisse était très enflée. En présence du délégué-mineur Dureux, le docteur Lequette prit des mensurations et ne constata aucune différence entre les circonférences des deux cuisses.

Le douze décembre, le docteur Lequette rencontra le blessé, qui se promenait à une distance assez grande de son domicile. Le blessé ne nie pas ce fait. C'est d'ailleurs le douze décembre que Sébert se rendit à Lens, où il consulta le docteur Hémery, qui lui délivra un certificat concluant à un accident devant entraîner, sauf complications, une incapacité temporaire de quinze à vingt jours.

Examen. — Quand je suis arrivé au domicile de Sé-

bert, celui-ci, qui ne s'attendait pas à mon arrivée, était debout dans sa maison sans bâton, ne paraissant gêné en aucune manière. Dès qu'il sut que je venais pour examiner sa blessure, il me dit que sa blessure était à peu près guérie, et qu'il marchait sans bâton depuis la veille. Il ajouta qu'il boitait encore et éprouvait des douleurs assez vives dans la cuisse. Tout travail, dit-il, lui est encore impossible : quand il appuie le talon par terre, il lui semble, prétend-il, ressentir des tiraillements douloureux à la face antérieure de la cuisse droite. J'ai fait marcher le blessé, sa démarche est spéciale. Il tient le membre inférieur droit très raide et en abduction, et il ne fléchit pas le genou. Forcément, dans ces conditions, il se produit une légère boiterie.

J'ai alors prié Sébert de se déshabiller. Il s'est assis sur une chaise. Pour enlever ses pantoufles et ses chaussettes, j'ai alors remarqué qu'il fléchissait très bien le genou et qu'il ne paraissait nullement gêné.

Je n'ai constaté au niveau du traumatisme aucune trace d'ecchymose. A la partie antérieure et moyenne de la cuisse, il existe simplement deux petites plaques de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, où la peau est de couleur café au lait très clair, mais cela ne peut être la conséquence d'un traumatisme aussi violent que celui dont Sébert prétend avoir été victime. S'il avait vraiment reçu en cet endroit un choc très violent, il persisterait encore, neuf jours après l'accident, des traces manifestes et indiscutables.

Or, je n'ai rien remarqué.

Les masses musculaires de cette région sont de consistance normale, égales à celles du côté opposé. Il n'y a pas d'induration des tissus, ni d'œdèmes, permettant de supposer un hématome profond. En un mot, il n'y a pas de symptômes de contusion profonde.

A la palpation de la face antérieure de la cuisse droite, on provoque une douleur, mais je fais les plus expresses réserves au sujet de la réalité de cette douleur. En effet, quand on détourne l'attention de Sébert, quand, par exemple on semble s'intéresser à l'examen du pied, et qu'en même temps on appuie fortement sur le point douloureux de la région antérieure et moyenne de la cuisse droite, le blessé ne réagit plus et n'accuse plus de douleur ; mais aussitôt que son attention n'est plus détournée, il accuse de nouveau la douleur avec énergie et paraît inquiet d'avoir oublié de crier quand on pressait le point douloureux. Le fait fut suffisant pour m'éclairer, mais j'ai voulu m'entourer de toutes les garanties. J'ai recherché le signe de Manhoff. Il consiste à compter le pouls du blessé à plusieurs reprises, puis à appuyer un ou deux doigts sur la région douloureuse et de recompter le pouls. Si la pression est vraiment douloureuse le nombre des pulsations augmente de vingt à trente. Or, chez notre blessé, un peu ému par mon arrivée inopinée et par l'examen, le pouls était un peu rapide, à cent quatre pulsations.

A plusieurs reprises, j'ai pu compter cent quatre pulsations, après avoir pressé énergiquement sur la région prétendue douloureuse, le pouls s'est encore maintenu à cent quatre pulsations.

J'ai recherché également le signe de Bechtérew. Il consiste dans la dilatation pupillaire, homo-latérale, la rougeur du visage, l'accélération de la respiration quand on pince la région prétendue douloureuse. Chez Sébert aucune modification ne s'est produite, ni dilatation pupillaire, ni rougeur de la face, ni accélération de la respiration. J'ajoute que le pouls ne s'est jamais accéléré quand j'ai prié Sebert de marcher.

La mensuration a donné les résultats suivants :

Périmètre de la cuisse à dix centimètres au-dessus de la rotule : quarante-quatre centimètres des deux côtés.

Périmètre de la cuisse à quinze centimètres au-dessus de la rotule : quarante-huit centimètres des deux côtés.

Périmètre de la cuisse à vingt-centimètres au-dessus de la rotule : cinquante et un centimètres et demi des deux côtés.

Périmètre de la cuisse à vingt-cinq centimètres au-dessus de la rotule : cinquante et un centimètres et demi des deux côtés.

Périmètre du mollet à douze centimètres au-dessous de la rotule : trente-trois centimètres des deux côtés.

Il n'y a donc aucune différence entre les périmètres des deux membres inférieurs.

Genou. — Le genou paraît normal. Pas trace d'épanchement articulaire même légère. Pas de craquements. Les mensurations sont les suivantes.

Circonférence du genou. — Primo, à la région médiane : trente-sept centimètres des deux côtés. Secundo, au-dessous de la rotule, trente-trois centimètres des deux côtés. Tertio : au-dessus de la rotule, trente-sept centimètres et demi des deux côtés. Il n'y a donc rien du côté du genou, dont les mouvements sont complets.

L'articulation coxo-fémorale fonctionne également très bien. Le blessé peut prendre la position accroupie.

Discussion. — Il est extrêmement étrange qu'un traumatisme aussi violent que celui dont prétend avoir été atteint Sébert n'ait produit aucune lésion, mais seulement des douleurs très vives. Pour résumer, Sébert aurait reçu sur la face antérieure de la cuisse droite un choc très violent occasionné par la chute d'un bois supportant plusieurs berlines de pierres et de charbon. Il aurait été renversé et incapable de faire le moindre mouvement. Un tel traumatisme devait se traduire peut-être par une fracture de cuisse mais sûrement par des ecchymoses, très étendues, indices de contusion violente et d'hématome. Un gonflement considérable du membre devait s'en suivre, ainsi que de l'impotence fonctionnelle ; or chez Sébert, rien de tout cela. Il ne peut marcher, mais à la suite d'une menace d'un envoi à l'hôpital de Lens, un miracle se produit et le blessé s'en va en boitant en s'appuyant sur un bâton. Je n'ai constaté aucun symptôme physique. Pas d'ecchymoses, pas d'œdème, pas d'induration des masses musculaires.

Pas de gonflement. Les mensurations des deux membres inférieurs donnent des résultats identiques. Rien du côté du genou.

Il ne persiste qu'un seul symptôme, symptôme objectif : la douleur accusée au niveau de la région antérieure et moyenne de la cuisse droite, or, cette douleur est sujette à caution et je ne puis croire à sa réalité pour les raisons suivantes : Primo : En détournant l'attention de Sébert et en pressant énergiquement les masses musculaires de la région prétendue douloureuse on ne provoque pas la douleur ; Secundo : Absence du signe Manhoff (expliqué précédemment) . Tertio : Absence du signe de Bechtérew (expliqué précédemment). Quarto : En l'absence de signe de contusions, à quelle cause attribuer cette douleur ? (Il n'y a pas de troubles sensitifs — ni moteurs, ni trophiques.)

Conclusions. — Sébert ne présente aucun symptôme de contusion récente dans la région antérieure et moyenne de la cuisse droite qu'il signale comme siège d'un traumatisme dû à un accident de travail survenu le dix décembre mil neuf cent huit. Pas d'ecchymoses. Pas de tuméfaction. Pas de plaie. Aucune réaction inflammatoire. Un seul symptôme subjectif — la douleur — et il n'y a pas lieu de croire à sa réalité pour les raisons ci-dessus énoncées.

J'ai conclus que Sébert n'a pas été, le dix décem-

PIPÉRAZINE MIDY

Az H $\langle$ CH² - CH² / CH² - CH² $\rangle$ Az H
Diéthylène-Diamine

GRANULÉE EFFERVESCENTE

Produit défini
plus actif
que ses dérivés ou les
associations médicamenteuses
à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE

LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE

Prix : 5 fr. - La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.

Comme préventif : 3 mesures par jour / 10 jours par mois — *chaque mesure = 0.20 ctg Pip pure*

Echantillons : Phie MIDY 140, Faub.St-Honoré, PARIS

Crises aiguës : 4 à 6 .....

Production illimitée d'Oxygène naissant

ANIOS

MÉDICINAL

ANTISEPTIQUE PUISSANT

le Plus actif KÉRATOPLASTIQUE

Poudre ANIOS *inodore remplace Iodoforme*

Savons ANIOS

INODORE NON CAUSTIQUE

DÉSODORISANT NON TOXIQUE

ÉCHANTILLONS et littérature. Michel et Cognard. Phcien YVON. *7 Rue de la Feuillade, PARIS.*

Correspondance hebdomadaire
Suite).

adhérez d'abord à votre Syndicat local ; puis soumettez à votre Président toutes les propositions qui vous seront faites et ne les acceptez ou ne les refusez qu'après avoir reçu bon conseil.

Dr D., à F., à *Concours*. — Ayez l'obligeance de me répondre par la voie du *Concours* combien je dois demander pour une constatation de décès avec certificat médico-légal pour un décès survenu sur la voie publique dans une commune distante de 2 k. 500 de mon domicile. Détail s. v. p.

Réponse. — Visite : 8 fr. Rapport : 5 francs.

Indemnité de déplacement 0 fr. 40 par kilomètre parcouru.

Dr B., à A., à *Concours*. — 1° Quels honoraires dois-je demander pour l'examen d'un cadavre, *fait la nuit*, sur réquisition écrite du commissaire de police et rapport consécutif.

Réponse : Visite 8 fr. Rapport : 5 fr. Le fait que l'examen a eu lieu la nuit est sans influence sur les honoraires.

2° A qui dois-je adresser ces honoraires, et où devrai-je les porter.

Réponse. — Adressez votre note à l'autorité qui vous a requis. Vous recevrez un mandat indiquant la caisse à laquelle vous devrez toucher.

Dr X., à Y., à *Concours*. — Un pharmacien de 1re classe, docteur en pharmaciel a-t-il le droit de se faire appelé docteur et de faire précéder son nom du titre de docteur tout court (sans distinction) soit sur ses en-tête, soit sur sa signature. Si non, existe-t-il un décret lui interdisant et quel est ce décret ?

Réponse. — C'est en vertu d'un usage ancien que les docteurs en médecine se trouvent suffisamment désignés par le titre de docteur, sans autre indication.

De même que ce droit ne leur est accordé par aucune loi ni aucun décret, de même aucune loi ni aucun décret n'interdisent aux autres docteurs d'user de cette seule appellation.

Mais il est certain que l'usage qu'en ferait, en vue d'établir une confusion, un docteur en pharmacie, par exemple, serait, tout au moins, moralement blâmable. Nous estimons même que, dans le cas où ce pharmacien ferait de l'exercice illégal de la médecine, cet usage abusif devrait être considéré comme une circonstance aggravante de na-

Suite page XII.

AMÉNORRHÉE, DYSMÉNORRHÉE
HEMALGINE BROS
2 FORMES : CACHETS OU SUPPOSITOIRES. PRIX : 3 FRANCS
DOSE : 1 PAR HEURE AU DÉBUT DES CRISES
Expérimenté dans les Hôpitaux de Paris. V. BROS, Phien, MELUN, et toutes Pharmac

TRAITEMENT RADICAL
CONSTIPATION
MIGRAINES -- CONGESTIONS -- MALADIES de l'INTESTIN
UN ou DEUX
GRAINS DE VALS
Le soir avant dîner
à base de Cascara Sagrada et podophyllin.
ADMINISTRATION : 86, Boulevard Port-Royal, PARIS

SEULES EAUX ALCALINES RECONSTITUANTES
ST. LEGER POUGUES
Sans rivales pour le Traitement des
Gastralgies — Dyspepsies — Gravelle — Diabète — Les Convalescences

TRAITEMENT PRÉVENTIF ET CURATIF DES INSUFFISANCES DIGESTIVES PAR LA
PANCRÉONE MATARÉ
en tablettes dosées à 25 ctgr.
Extrait pancréatique de porc, jamais altéré par le suc gastrique. Spécifique contre les *affections de l'intestin, estomac, foie, pancréas, stéatorrhée, entérite chronique.* Très efficace contre la migraine, etc.. — DOSES de 4 à 12 tablettes par jour suivant les cas.
Dépôt : E. FLACH, pharmacien, 11, r. Malher. Ag. on. en France : A. SCHERER, 31, r. d 4 stre, Paris

TRICALCINE

à base de sels calciques rendus assimilables
Traitement de la TUBERCULOSE par la RÉCALCIFICATION
RACHITISME, SCROFULOSE
CROISSANCE
Sur demande, envoi de la Littérature
Laboratoire des « PRODUITS SCIENTIA »
42, *rue Blanche, PARIS*

TUBERCULOSES
CATARRHES
GRIPPES, BRONCHITES
de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon.
EMULSION MARCHAIS
Phospho-Créosotée
Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions.
Bien tolérée — Parf absorbée

bre mil neuf cent huit, victime d'un accident du travail pouvant entraîner une incapacité temporaire quelconque de travail.

Béthune, le vingt-trois décembre mil neuf cent huit.

QUÉNÉE.

Comment se fait-il que le Dr Lequette, médecin de la mine, ait été seul prévenu du jour et de l'heure de l'expertise ? Pourquoi le Dr Hémery, médecin du blessé, n'a-t-il pas été prévenu ?

L'expert dit : « Quand je suis arrivé au domicile « de Sébert, celui-ci ne s'attendait pas à mon « arrivée ». Donc l'expert reconnaît qu'il n'avait pas prévenu le blessé, l'une des parties au procès. Le blessé n'avait pu prévenir son médecin. Cela seul suffirait pour confirmer la valeur de l'expertise.

De quel droit le médecin de la mine s'est-il permis de pénétrer avec l'expert au domicile du mineur. Le domicile du mineur est-il donc un moulin où tout le monde peut entrer ? Il semble qu'il y ait eu bien des imprudences, pour ne pas dire plus, de commises par l'expert.

Nous attirons sur ces différents points l'attention des députés de la région minière, qui sont chargés de défendre les droits de leurs électeurs.

A la suite de cette expertise et des conclusions de l'expert, une plainte est déposée au parquet contre notre confrère Hémery pour certificat de complaisance, délit prévu par l'article 30 de la loi accidents.

Sans hésiter, puisqu'il s'agissait d'un médecin indépendant et d'une plainte déposée par un patron, le procureur de la République fait une enquête. Voici les principales pièces de l'instruction :

Résumé succinct du rapport de M. Petitjean, contrôleur des mines, du 31 décembre 1908, affaire Sébert.

M. Petitjean, contrôleur des mines, a interrogé Sébert ;

Delcourt (Edouard), 44 ans, porion ;

Parent (Charles), 54 ans, mineur ;

Cabacle (Clément), 28 ans, mineur.

De leur déposition, il résulte que :

Parent, voulant abattre une gaillette, dit à Sébert de se retirer ; celui-ci ne recula pas assez loin, car la gaillette en tombant, ayant entraîné un bois, le bois vint frapper Sébert à la jambe ; Sébert tomba et s'évanouit. Les camarades lui prodiguèrent leurs soins pendant qu'un herscheur allait chercher le porion Delcourt.

Le contrôleur, comme l'année précédente, constate que, en 1908, 30 *accidents* ont provoqué un chômage *de plus de* 20 *jours*. Or, il y a seulement 15 enquêtes de délégué. Le contrôle signale le cas des ouvriers Guilbert, blessé le 16 janvier ; Décaupigny, blessé le 6 février ; Robillard, le 31 août ; Dujardin, le 1er octobre, **qui ont chômé de 30 à 40 jours, alors que le certificat de blessure prévoyait seulement 12 à 15 jours.**

Avis de l'ingénieur en chef des mines.

Nous signalons à la Compagnie des mines de Lens que, sur 30 accidents survenus à la fosse n° 3 en 1908 et ayant produit un chômage réel de plus de 20 jours, la moitié seulement ont été prévus par les docteurs comme devant entraîner 20 jours d'incapacité de travail et déclarés au service des mines et au délégué. **Il semble que l'optimisme des docteurs soit exagéré** et qu'il y ait lieu de le leur signaler.

Arras, le 21 janvier 1909.

L'ingénieur en chef des mines.
Signé : E. LÉON.

Avant l'ingénieur en chef, l'ingénieur Leprince-Ringuet avait déclaré :

« Du rapport de l'expert Quenée résulte que Sébert est un simulateur. La circonstance est donc « mal choisie pour donner suite aux observations « du délégué mineur.

« Arras, le 14 janvier 1909.

« Signé : LEPRINCE-RINGUET. »

Ainsi donc, c'est bien le rapport du Dr Quénée, expert, qui avait déterminé les poursuites contre notre confrère Hémery, et qui avait empêché de donner suite aux réclamations des délégués mineurs chargés de veiller à l'application des lois protégeant les ouvriers. Et cela en déclarant que Sébert était un simulateur, alors que, comme nous le verrons tout à l'heure, le Dr Imbert, professeur de la Faculté de Montpellier, avait déclaré non justifiées les conclusions du Dr Quénée, traitant de simulateur l'ouvrier Sébert.

Mais continuons : voici maintenant la déposition du Dr Lequette, médecin de la mine.

Déposition du 25 juin 1909.

Lequette (Louis), 52 ans, médecin, demeurant à Lens

Le 10 décembre 1907, vers 10 heures du matin, j'ai été prévenu qu'un accident était survenu au n° 3 des mines de Lens, je m'y suis rendu aussitôt et là j'ai appris qu'un accident était survenu à un nommé Sébert (Jean), que l'on disait avoir eu la cuisse fracassée et presque mourant et qu'à cet effet, d'ailleurs, on avait descendu une civière pour le remonter.

Je fis alors à mon dispensaire tous les préparatifs nécessaires à un pansement sérieux. Ces dispositions étaient prises quand vers midi moins un quart le nommé Sébert a été ramené au jour.

Je le fis immédiatement conduire à la salle de bains aux fins de lui faire sa toilette et de l'examiner. Je l'ai interrogé sur la localisation de sa blessure et il me répondit d'une voix ferme et très assurée, chose peu commune aux personnes sérieusement blessées, à toutes les questions que je lui posais. Après m'être assuré qu'une contusion n'avait pu se produire, je procédai à l'examen des bras et des jambes et c'est alors que Sébert me déclara que c'était à la cuisse droite qu'il était blessé et qu'il ne pouvait la mouvoir. Immédiatement je palpai l'endroit où il disait souffrir et Sébert remua immédiatement la jambe, ce qui me permit de constater qu'elle n'était pas fracturée.

Poursuivant l'examen de la cuisse qu'il disait atteinte, je portai la main au-dessus du genou, mais à peine ai-je touché cette partie que Sébert poussa des cris en retirant la jambe.

Pour détourner l'attention du blessé et me rendre un compte exact de son état, je saisis le pied de la main droite en imprimant des mouvements à l'articulation du pied avec la jambe, je pressai fortement avec la main gauche la cuisse tout à l'heure fortement endolorie et le sujet ne manifesta aucune souffrance.

L'absence de toute ecchymose, de tout gonflement, d'empâtement, me firent conclure à une simulation que je déclarai de la façon suivante devant le public : « Il est triste à dire que le sujet n'a rien du tout, c'est un simulateur ».

J'ai tenté de faire mettre Sébert debout, il refusa en

disant qu'il ne pourrait bouger. Voyant cela, je le menaçai de le faire conduire à l'hospice de Lens pour y être examiné par plusieurs médecins et c'est alors qu'il me demanda un bâton pour regagner son domicile.

Je l'ai vu traverser le carreau de la fosse, c'est-à-dire une distance de 80 à 100 mètres et ce n'est qu'après cet espace parcouru et à une distance de 100 mètres sur la route qu'il se fit reconduire à son domicile sur une brouette conduite par le nommé Duhem.

L'après-midi du même jour, la mère de Sébert vint me chercher en me disant que son fils avait la cuisse droite double de l'autre, je m'y suis rendu et c'est alors que je fis rencontre du nommé Dureux.

Quand je suis arrivé, Dureux et Sébert étaient debout près du poêle et conversaient. J'ai alors procédé à la mensuration des cuisses de la victime et pour ce faire je me servis d'un lacet non extensible qui m'avait été remis par la mère. Je me livrai à cette opération en présence de Dureux. La mensuration prise d'abord au pli fessier de la cuisse droite et reportée sur la cuisse gauche était identique ; à la partie moyenne, ce fut la même chose. Sur le coup, je partis en faisant remarquer au délégué Dureux que Sébert était un farceur ; *à peine avais-je fermé la porte de la maison que j'entendis Sébert prononcer ces mots* : « Vous avez vu, délégué, il a pris les mesures où il ne fallait pas ». *Je suis rentré et j'ai pris selon le désir* du sujet, la mensuration au-dessus de la rotule, et, reportée sur le membre gauche, elle était absolument identique.

Sur ce, le délégué Dureux dit à Sébert : « Si tu ne peux pas travailler demain, tu iras voir un autre médecin » Voyons, Dureux, jamais il ne se trouvera un médecin assez malhonnête pour donner un certificat à cet ouvrier ». Dureux répondit : « On verra », et il dit à Sébert : « Si tu as quelque chose demain, tu me le rapporteras ».

Le 23 décembre 1908, j'ai assisté à l'examen du Dr Quénée, nommé expert, dont j'ignore les conclusions.

Le surlendemain de l'accident, 12 décembre, j'ai rencontré Sébert dans les rues de Liévin, à 1.800 mètres environ de son domicile, marchant avec une canne. Je lui ai même parlé.

Je n'ai rien à ajouter à ma déposition.

Dr LEQUETTE.

Dans sa déposition, le médecin de la mine dit : « A peine avais-je refermé la porte de la maison, que « j'entendis Sébert prononcer ces mots : « Vous avez vu, délégué, il a pris les mesures où il « ne fallait pas », je suis rentré ..... ».

Ce médecin de la mine écoute donc aussi aux portes après avoir signé « Votre serviteur », en écrivant au sous-directeur de la mine. Après « la gendarmerie médicale », il y a donc « la ..... Sûreté générale médicale ». Que devient « la noble profession médicale » ?

Heureusement que, pour la relever, voici la belle lettre du Dr Imbert qui, n'imitant pas l'exemple de certains médecins officiels, n'a voulu être médecin d'aucune Compagnie d'assurances, ni d'aucune société industrielle, et garde son indépendance entière. Le Dr Imbert, professeur de la Faculté de médecine de Montpellier, a fait de remarquables communications dans les Congrès où l'on traite des questions d'accidents du travail et de la sécurité et de l'hygiène des travailleurs.

Orange, 25 octobre 1909.

Mon cher confrère,

Votre lettre et les documents qui l'accompagnent me sont parvenus à la campagne où je suis encore pour une quinzaine environ.

J'estime très risquée, et par suite non justifiée, la conclusion de notre confrère le docteur Quénée « que Sébert n'a pas été, le 10 décembre 1908, victime d'un accident de travail pouvant entraîner une incapacité temporaire quelconque de travail ».

Cette conclusion est basée sur ce qu'il n'a constaté, lors de son examen, « ni ecchymose, ni tuméfaction, ni plaie, ni réaction inflammatoire », quant à la douleur, il n'y croit pas, parce qu'il n'a constaté ni signe de Mankoff, ni signe de Bectherew.

Tout cela est insuffisant pour justifier une conclusion aussi ferme et précise que celle qui termine le rapport de notre confrère, et chacun de nous pourrait citer des exemples démonstratifs à l'appui de cette manière de voir. En voici un, qui m'est personnel et dont je puis garantir les détails.

Il y a deux ans, à la suite d'une chute sur les mains de ma hauteur sur une terrasse, je ressentis une douleur assez vive et persistante au niveau de l'éminence ténar, à droite. Il n'y eut ni ecchymose, ni tuméfaction, ni plaie, ni réaction inflammatoire, et cependant, trois mois après ce petit accident, il m'était encore pénible de tenir le guidon de ma bicyclette, et si j'avais été ouvrier, obligé de manier un marteau, un pic ou tout autre outil de ce genre, je me fusse trouvé, en réalité, dans un état d'incapacité temporaire de travail. Un expert m'eût regardé peut-être comme simulateur, alors que je puis affirmer l'incapacité persistante à certains efforts.

Avec un peu d'attention autour de nous, il ne faudrait pas longtemps pour réunir des centaines de cas analogues.

Quant aux signes de Mankoff et autres analogues, ils sont tellement incertains qu'il existe aujourd'hui bien peu d'experts qui les recherchent et fassent fond sur leur existence. C'est là une opinion que j'ai tenu à formuler dans mon rapport au Congrès de Rome, au mois de mai dernier, et vous la trouverez très nettement exprimée aussi dans la seconde édition du volume sur les accidents de travail de mes collègues, MM. Forgue et Jeanbrau.

J'estime même que l'on peut émettre des doutes très légitimes sur la signification du signe de Mankoff lorsqu'il existe ; je ne sache pas, en effet, que l'on ait cherché systématiquement les effets sur la circulation de violentes contractions musculaires générales auxquelles on peut assimiler les mouvements de défense d'un blessé chez lequel on provoque une vive douleur.

Sans doute pour un expert, la crainte de la simulation ou de l'exagération chez un blessé du travail est le commencement de la sagesse, mais cette crainte ne doit pas devenir une phobie. Il ne faut pas hésiter à avouer que, contrairement à une opinion trop répandue, le médecin est souvent impuissant à établir une conclusion ferme.

Et ce n'est pas là la faillite de la médecine.

Le législateur a édicté la loi du 9 avril 1898, sans prendre conseil ou avis du médecin sur lequel allait, cependant, entièrement retomber l'application de cette loi, sans avoir nettement conscience des difficultés que ce médecin allait avoir à résoudre, et rien prévoir de ce qu'il devenait indispensable d'instituer pour rechercher les bases précises des solutions des problèmes complexes qu'il allait y avoir journellement à résoudre. Et nous avons conclu, nous experts, pas toujours légitimement, nous avons commis des erreurs, tantôt au détriment de l'un, tantôt au détriment de l'autre, et sommes, involontairement, pour une part, dans les récriminations qui sont adressées au jeu de la loi sur les accidents du travail.

Il y a là une œuvre longue et difficile à entrepren-

dre ; il semble que, depuis le Congrès de Rome, cette mise au point attire l'attention.

Mais en voilà assez sur des considérations générales qui ne sont pas, toutefois, une digression, et j'en reviens au point spécial qui vous intéresse.

Sans insister davantage sur l'incertitude et le peu de précision de presque tous nos procédés d'examen, je vous exprime, de nouveau, ma conviction très ferme qu'il me paraît impossible, *en général*, à un expert d'affirmer avec certitude et par les seules ressources puisées dans ses connaissances médicales qu'un ouvrier a été ou non victime d'un accident.

Tenez-moi au courant des suites de cette affaire, c'est plus qu'un épisode dans l'histoire de l'application de la loi sur les accidents, c'est la question même du rôle social de la médecine qui est en jeu.

Croyez-moi votre tout dévoué.

A. IMBERT.

Après de longs débats, après des explications que j'ai fournies comme témoin et à l'aide de ses documents photographiques que l'accusation portée contre notre confrère Hémery n'était que l'application du système combiné entre les assureurs et les grosses sociétés industrielles pour jeter la déconsidération sur les médecins indépendants qui se permettent de contrôler les certificats de complaisance que délivrent pour leurs patrons, certains « médecins serviteurs », après une plaidoirie aussi serrée que sobre de Me Briquet, de Lens, le Tribunal rendit le jugement suivant.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE BÉTHUNE

(2e *Chambre*)

Audience du 25 novembre 1909. (*Présidence de* M. LEGRAND, *vice-président*,

(Le Ministère public et la Compagnie des Mines de Lens contre le Dr Hémery).

Le Tribunal,

.....

Attendu que le prévenu est poursuivi pour avoir, à Lens, en décembre mil neuf cent huit, et en tout cas depuis moins de trois ans, contrevenu à l'article 30, paragraphe 4, de la loi du 31 mars 1905 et ce, en dénaturant sciemment la vérité dans un certificat délivré au sieur Sébert pour l'application des lois du 9 avril 1898 et 31 mars 1905 sur les accidents du travail ;

Attendu que des débats et de la procédure résulte la preuve qu'en délivrant à la mère de Sébert, le 12 décembre 1908, le certificat incriminé, *le docteur Hémery a été de bonne foi ; que d'ailleurs ce certificat ne contenait lors de sa rédaction rien de contraire à la vérité tant au point de vue des constatations faites que des déductions tirées de ces constatations* ;

Que dès lors n'est pas applicable et ne doit pas être appliqué au prévenu l'article trente de la loi du 31 mars 1905,

Par ce motif,

Le Tribunal, statuant tant sur les réquisitions du Procureur de la République que sur les conclusions de la Société des Mines de Lens, partie civile.

1° Acquitte le docteur Hémery, le renvoie des fins de la poursuite sans dépens ;

2° Déboute la Société des mines de Lens de ses conclusions, la condamne en tous frais et dépens y compris ceux d'expertise, liquidés à soixante francs 85 cent. pour ceux dus au trésor et à 114 fr. 58 pour ceux dus pour son intervention comme partie civile.

(Président, M. Legrand, vice-président. Juges : M. Leclercq, et Bocquillon, juge suppléant.

Plaidants : Me Kremp, pour la Compagnie de Lens et Me Briquet, pour le Dr Hémery).

Mais alors, si le certificat du Dr Hémery ne contenait rien de contraire à la vérité, ainsi que le proclament les juges ; puisque, d'autre part, ce certificat est en contradiction flagrante avec la lettre du médecin des mines, et avec le rapport du médecin expert, il faut donc en conclure que .....

Mais nous n'avons pas à conclure, le jugement du Tribunal lui-même tire la moralité des faits.

Et voilà comment on crée la légende des médecins marrons, avec laquelle on discrédite tous les médecins indépendants qui, faisant le contrôle et la critique des certificats délivrés par les médecins des assureurs, empêchent les combinaisons rêvées pour spolier les blessés du travail.

Mais comment expliquer que les parquets donnent aussi facilement suite aux plaintes des assureurs ? C'est que les magistrats ont été trompés par les campagnes menées d'abord par quelques grands journaux de la capitale. Ces journaux eux-mêmes avaient été trompés par des assureurs marrons qui avaient dénaturé les actes médicaux sur lesquels ils basaient leurs accusations.

Un seul exemple fera comprendre toute la perfidie de cette campagne de calomnie.

En février et mars 1908 plusieurs grands journaux publièrent la note de médicaments prescrits par un médecin qui tenait, disait-on, le record des médecins marrons.

La Compagnie n'avait payé qu'une indemnité de 162 fr. à un malade guéri en 38 jours et sans incapacité permanente, à la suite d'une simple *contusion de l'abdomen*.

Or, pour ce petit bobo insignifiant, qui n'avait causé que 38 jours de maladie, le médecin marron qui le soignait avait osé prescrire quatre bouteilles de champagne Moët et Chandon, 19 bouteilles d'Eau d'Evian, 9 bouteilles d'eau d'Apollinaris, et quelques autres médicaments ; bref, la note du pharmacien s'élevait à 183 fr., alors que l'indemnité payée au blessé n'avait été que de 162 francs.

C'est comme constituant « le record des abus » qu'était présentée à toute la grande presse, cette histoire par M. le Dr Petitjean, sénateur, médecin de plusieurs Compagnies d'assurances, devenu depuis le Président de la Compagnie d'assurances « Le Globe ».

L'affaire vint devant les tribunaux. Une expertise fut ordonnée et voici comment furent rétablis les faits :

D'abord cette blessure, que M. Petitjean, sénateur, président d'une Compagnie d'assurances et docteur en médecine, avait diagnostiquée n'être qu'une « contusion de l'abdomen » qu'était-elle en réalité ? Voici ce qu'en dit le jugement rendu le 26 février 1908 :

« Attendu que du rapport de l'expert et des dé-
« bats il résulte :

« Que le blessé a été atteint en effet d'une *pé-*
« *ritonite grave* à la suite d'un coup de pied de

cheval dans l'abdomen. *Que le médecin* prescri-
« vit une diète hydrique composée d'eau d'E-
« vian, de champagne Moët et Chandon et d'eau
« gazeuse d'Apollinaris, grâce à laquelle le blessé
« entra en convalescence *sans opération chirur-*
« *gicale* ».

« Condamne le patron à payer tous les frais ».

Voilà les procédés employés pour tromper la presse d'abord, l'opinion publique et les magistrats ensuite.

Et depuis 1908, à chaque instant, dans les journaux, on publie des faits de cette authenticité. Les syndicats médicaux ont voulu répondre à ces calomnies, rétablir les faits. Les grands journaux qui menaient cette campagne ont refusé nos communications, d'autres nous ont demandé *trente cinq mille francs* pour les couvrir des pertes qu'il pourraient subir en réfutant des faits avancés par de riches syndicats de patrons ou de puissantes Compagnies d'assurances.

Seul, le journal *L'Humanité* et la *Revue socialiste*, avec un désintéressement absolu, ont essayé de faire connaître la vérité. On n'a pas osé les poursuivre.

Mais le *Bulletin* de l'Union des Syndicats médicaux ayant voulu répondre par une contre-enquête à l'enquête de M. le sénateur Petitjean, un médecin de compagnies d'assurances a poursuivi ce *Bulletin* d'études et de défense professionnelle, et l'a fait condamner à mille francs de dommages-intérêts, cinq cents francs d'amende et à mille francs d'insertions.

Nous comprenons maintenant pourquoi certains journaux nous demandaient trente cinq-mille francs avant d'oser entraver le projet des assureurs de faire disparaître les médecins indépendants.

Et maintenant, chaque fois que, dans une ville, un médecin indépendant ose faire un certificat en désaccord avec celui qui a été établi par le médecin à la solde de l'assureur ou du patron, immédiatement on voit certains journaux de la presse locale reprendre les articles de la Grande Presse honnête de la capitale contre les médecins marrons, et insinuer vaguement d'abord qu'il pourrait bien y avoir dans la région quelques uns de ces médecins marrons. Ces journaux locaux ou spéciaux qui sont parfois la propriété de quelques gros entrepreneurs ou de certaines compagnies d'assurances, sont adressés avec beaucoup de sollicitude, aux magistrats de la région. Puis lorsqu'on les estime suffisamment suggestionnés, une plainte arrive un beau jour au parquet contre un médecin que l'on déclare être un médecin marron faisant habituellement des certificats de complaisance en faveur non pas des patrons, mais des ouvriers.

Prévenus, mal impressionnés contre ces médecins qui ne sont pas d'accord avec leurs confrères médecins de compagnie ou d'usine, et que la Presse signale, le Procureur donne suite à la plainte, le Juge d'instruction ordonne des perquisitions et le plus souvent tout cela aboutit à un non-lieu ou à un acquittement. Nous publierons un jour l'histoire de chacune de ces poursuites. Bornons-nous à dire aujourd'hui que de tous les médecins perquisitionnés et poursuivis, un seul a été condamné. Sa condamnation a paru si étrange que le Président de la République l'a gracié alors qu'il avait à peine commencé à subir sa peine.

Tout ce qu'il paraissait y avoir d'excessif dans ces poursuites systématiquement recherchées par des assureurs qui se voyaient démasqués, nous l'avons signalé au Ministre de la Justice et au Ministre du Travail. Mais les Ministres ne sont pas toujours très libres dans leur ministère, et les assureurs commandent en maîtres à la direction de l'Assurance et de la Prévoyance sociales; et c'est parmi les hauts dignitaires de cette direction au ministère du travail, qu'ils viennent chercher des vice-présidents de Compagnie d'assurance.

Nous ne pouvons pas cependant nous empêcher de constater quel frappant contraste existe entre la facilité avec laquelle, à la demande des assureurs et des patrons, on poursuit des médecins sous des prétextes peu sérieux, puisqu'il n'y n'y a que des acquittements, d'autre part, et l'impossibilité où se trouvent les ouvriers d'obtenir contre les médecins qui font des certificats de complaisance en faveur des patrons et au détriment des blessés des poursuites qui aboutissent.

Le procès Hémery nous a dévoilé que des ingénieurs contrôleurs du gouvernement se plaignaient de l'optimisme exagéré de certains médecins des mines qui dans la moitié des cas délivrent des certificats d'incapacité de 15 jours, alors que ces incapacités durent de 30 à 40 jours, certificats qui permettent aux compagnies des mines d'échapper à l'enquête des délégués mineurs qui ne peut se produire que lorsqu'il y a prévision d'incapacité de plus de 20 jours. Malgré ces avertissements adressés au procureur de la République de Béthune, aucune poursuite n'a lieu.

Mais, d'un autre côté, nous voyons que sur la seule plainte d'un directeur de mine, le procureur a poursuivi notre confrère parce qu'un seul de ces certificats était en contradiction avec l'opinion erronée, du reste, du médecin de la mine.

Tout cela n'a qu'un but : lasser, décourager, effrayer les médecins choisis par les blessés, médecins indépendants qui gênent des combinaisons d'assureurs marrons.

Mieux encore, le 28 octobre 1909, les délégués mineurs de la concession des mines de Lens écrivent aux ministres du travail, de la justice et du commerce pour se plaindre de la non application de la loi sur les accidents du travail, par suite de cet optimisme exagéré de certains médecins des mines, dans leurs certificats .

Les délégués mineurs attendent toujours la réponse de leurs Excellences, messieurs les ministres. Une instruction, est, paraît-il, ouverte. Nous craignons bien qu'elle ne soit jamais fermée, et messieurs les ministres diront qu'ils attendent toujours les résultats de cette « instruction ouverte » avant de répondre aux humbles délégués mineurs. Que pensent, de ce silence des Ministres, MM. les députés Basly, Lamendin, Desfontaines, Goniaux et autres. Bientôt ministres et députés vont solliciter les suffrages des ouvriers en disant qu'ils ont fait voter des lois pour la protection des travail-

leurs, ce à quoi les ouvriers pourront répondre : « Cela nous est bien indifférent, puisque vous permettez aux patrons de les violer impunément, que vous laissez poursuivre sans motif les médecins indépendants et que vous n'ordonnez pas de poursuites contre les médecins qui délivrent aux patrons des certificats de complaisance, leur permettant d'éluder les charges de ces lois sociales que vous prétendez avoir fait voter ».

DIVERNERESSE.

Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel

Association Amicale-Maladie

Séance du 28 décembre 1909.

Tous les membres sont présents.

Lecture et approbation du projet de convention ci-dessous à intervenir (après adoption des prochaines Assemblées générales) entre l'Amicale et la Caisse des Pensions de retraite pour le plein fonctionnement de la combinaison C de l'Amicale.

Convention entre l'Association Amicale des médecins français et la Caisse des pensions de retraites du Corps médical français.

Entre les soussignés :

1° La Caisse des Pensions de retraites du corps médical français représentée par MM. Lande, président,

Delefosse, secrétaire général,

Verdalle, trésorier ;

2° L'Association Amicale des médecins français représentée par MM. Maurat, président, Mignon, secrétaire général, Gassot, trésorier.

Il a été arrêté et convenu ce qui suit :

L'article 24 des statuts de l'Association Amicale autorise celle-ci à s'entendre avec la Caisse des Pensions de retraite pour faire assurer par cette dernière le paiement des pensions viagères qu'elle a instituées par sa combinaison C, lorsque la dite caisse des pensions de retraite aura mis ses tarifs en concordance avec ceux de l'Association Amicale ;

L'article 11 des statuts de la Caisse des pensions de retraite prévoit une combinaison spéciale donnant droit à la retraite à partir de l'âge de soixante-cinq ans et réservée aux membres de la combinaison C de l'Association Amicale. Le même article stipule que la Caisse des pensions accepte de faire le service de ces pensions de la combinaison C, étant entendu que l'Association Amicale lui versera les cotisations correspondantes ; l'article 21 des statuts de la caisse des pensions de retraite admet comme membre du Comité directeur de la dite Caisse un délégué de l'Association Amicale.

Pour affirmer et confirmer l'accord ainsi prévu statutairement par les deux sociétés et régler les conditions pratiques de cet accord, les soussignés décident que le contrat suivant sera établi entre l'Association Amicale des médecins français et la Caisse des retraites du corps médical français.

ARTICLE 1er.

Les cotisations des membres de l'Association Amicale inscrits à sa combinaison C, seront encaissées par le trésorier de l'Association Amicale qui seul pourra en donner quittance régulière.

Les frais d'encaissement sont à la charge de l'Association Amicale.

Ces cotisations seront versées globalement tous les trimestres, accompagnées d'un bordereau justificatif, par le trésorier de l'Association Amicale au trésorier de la Caisse des Pensions sous déduction, pour chaque cotisation annuelle, d'une somme de deux francs prévue pour les frais d'administration, ainsi qu'il est dit au tableau annexé à l'article 22 des statuts de l'Association Amicale.

ARTICLE 2.

Les pensions servies aux membres de la combinaison C, seront versées aux ayants droit par le trésorier de l'Association Amicale.

A cet effet, le trésorier de la Caisse des Pensions fera, au commencement de chaque année, au trésorier de l'Association Amicale, le versement global des sommes nécessaires au service de ces pensions sous la seule déduction des frais d'envoi.

ARTICLE 3.

Le remboursement des cotisations contre-assurées en cas de décès d'un sociétaire inscrit à la combinaison C, sera fait aux ayants droit de ce sociétaire par le trésorier de l'Association Amicale.

A cet effet, le trésorier de la Caisse des pensions fera, dans le délai de quinze jours, après avis officiel, au trésorier de l'Association Amicale, le versement de la somme nécessaire afférente au remboursement sous la seule déduction des frais d'envoi et du droit fixe de vingt francs prévu pour frais d'administration par l'article 19 des statuts de la Caisse des pensions de retraite. Ce versement libérera la Caisse des Pensions de retraite de toute autre obligation vis-à-vis de l'Association Amicale.

ARTICLE 4.

L'Assemblée générale des deux Sociétés se tiendra le même jour, dans les mêmes locaux, à la suite l'une de l'autre.

Les membres de l'Association Amicale, inscrits à sa combinaison C, pourront assister à l'Assemblée générale de la Caisse des pensions, seront admis à prendre part aux discussions, mais ne pourront prendre part à aucun des votes qui interviendront, en raison de la différence du régime légal des deux sociétés.

ARTICLE 5.

Le présent contrat est établi pour une période de dix années à compter du 1er janvier 1905.

Il se continuera par tacite reconduction par périodes de durée égale, sauf dénonciation signifiée un an avant l'expiration de chacune d'elles par l'une des parties contractantes.

La rupture du présent contrat n'aura d'effet que pour les membres de la combinaison C admis postérieurement à cette rupture.

Le contrat subsistera dans sa plénitude en ce qui concerne les membres admis antérieurement.

Fait double à Paris, le

Le Conseil décide de rappeler au présent procès-verbal que la somme de 20 fr., prévue par l'article 19 des statuts de la Caisse des pensions comme total forfaitaire des frais de gestion par celle-ci, reste à la charge du Sociétaire et lui sera retenue sur le remboursement, lequel sera effectué au notaire désigné par la famille ou à l'héritier qui présentera un dossier complet à l'appui de son droit.

M. le PRÉSIDENT fait ensuite l'historique du litige qui s'est élevé entre l'Amicale et l'A. G. au sujet de la non-admission par la Société centrale de confrères qui avaient fait acte de candidature à celle-ci pour être admis dans l'Amicale. Il donne lecture des lettres qui ont été échangées à ce propos entre lui et les présidents de l'A. G. et de la Société locale. Il rappelle que le Conseil, s'appuyant sur de nombreux précédents, a prononcé quand même l'admission provisoire, se réservant d'étudier et d'employer le moyen le plus propre à solutionner confraternellement le conflit en assurant le respect du contrat de 1904, et en prévenant le retour d'incidents analogues.

M. LEPAGE. — En donnant lecture de la lettre qui lui a été adressée par le Bureau de l'A. G., M. Maurat l'a interrompue par des réflexions quelque peu agressives. Je regrette qu'il cherche à grossir un incident qui, je l'espère, s'arrangera sans troubler l'entente de l'Amicale et de l'A. G.

N'ayant pris aucune part aux actes de la commission administrative de la Société Centrale, je n'ai point à les défendre ; mais je puis, d'après ce que j'en sais, chercher à les expliquer. Si la Société Centrale n'a pas agréé quelques candidatures, elle en a le droit absolu de par ses statuts.

Quant aux candidatures des membres qu'elle a ajournées, sa décision a été provoquée en partie par ce qui s'est passé lors de l'Assemblée générale de 1909, de la Société Centrale. Sur un mot d'ordre, les membres de la Prévoyance sont venus en bloc pour manifester par un vote leur mécontentement de la réponse qui avait été faite à la question posée par la Société de l'Allier; de plus la Commission administrative a été surprise du nombre inusité des candidatures qui ont été présentées au mois de mai. Elle a estimé que la Société Centrale, ayant à donner son avis sur le vœu des Landes, devait le faire sans que de nouveaux adhérents trop intéressés à la question, aient le droit de prendre part au vote. Le referendum a eu lieu, il est possible que la plupart des candidatures ajournées soient maintenant acceptées ; mais je ne suis nullement autorisé à donner à ce sujet une réponse dont je ne me suis pas enquis.

Quant à la manière dont le président Maurat s'est exprimé à l'Assemblée générale de l'Amicale, elle est inadmissible. Le contrat qui lie l'Amicale et l'A. G. est formel : nul ne peut faire partie de l'Amicale s'il n'est d'abord membre de l'Association Générale.

Je suis surpris que, dans une question intéressant aussi directement les rapports de l'Amicale et de l'A. G., M. Maurat se retranche derrière une opinion qui aurait été formulée par M. Blache et que je conteste d'une manière absolue.

Je suis et j'ai toujours été le seul délégué désigné par le Président de l'A. G. ayant qualité pour parler ici au nom de l'Association Générale. Or, jamais je n'ai accepté la thèse qui a été soutenue par M. Maurat, thèse d'après laquelle il suffirait de faire acte de candidature à l'A. G., pour être reçu à l'Amicale.

Lorsque l'entente s'est faite entre l'A. G. et les filiales, les dirigeants de celles-ci n'ont pu ignorer que les Sociétés locales étaient seules juges des admissions de leurs membres, et que le fait qui se produit actuellement de certains candidats à l'Amicale, qui ne sont pas reçus dans les Sociétés locales pouvait avoir lieu ; il n'y a donc ici aucune surprise, ni aucune violation de contrat.

M. le Président dénie aux paroles qu'il a prononcées tout caractère agressif et toute tendance à l'exagération.

Pour lui, la raison par laquelle on cherche à expliquer l'acte de la Société centrale n'est pas une excuse valable et, en tout cas, il n'est pas admissible que le précédent se crée.

M. le Président rappelle : 1° que ce qu'il a dit à l'Assemblée générale (admission dans l'Amicale quand on fait acte de candidature bien prouvée à une Société locale) fut publié au moins deux fois dans le *Concours* (en 1901 et en 1902) (1) d'accord avec M. Blache, avant que M. Lepage n'ait été délégué par l'A. G. dans le Conseil de l'Amicale ; 2° que l'Amicale a marché plusieurs années sur ce précédent pour des cas isolés. Mais l'ajournement en bloc d'une liste de candidats à la Société centrale est un de ces faits que personne ne pouvait prévoir.

Sur l'invitation du Président, M. le Dr Gassot donne lecture du rapport suivant :

Messieurs,

L'ajournement *sine die* et même le rejet par la Société Centrale de candidatures de confrères qui demandaient leur affiliation à cette Société pour pouvoir entrer à l'Amicale risque de créer entre cette dernière et l'Association Générale un conflit qu'il convient d'écarter sans délai.

En échange de certains avantages précieux accordés à ses membres par l'Association Générale, l'Association Amicale s'est engagée à n'admettre pour l'avenir que des Médecins membres d'une des Sociétés locales affiliées à l'Association Générale, mais il est indiscutable que l'esprit de cette convention reposait sur les errements antérieurs et ne pouvait couvrir des faits nouveaux, tout à fait en dehors des habitudes des Sociétés locales et impossibles à prévoir.

Or, le rejet en bloc de tout un groupe de candidatures par la Société Centrale de Paris, l'ajournement *sine die* de leur examen, constituent bien un fait nouveau. Il ne s'agit pas, en effet, d'un cas d'indignité personnelle qui ne saurait être matière à discussion — il suffit de citer les personnalités de membres et même du Secrétaire Général du Syndicat des médecins de la Seine pour qu'il n'y ait aucun doute à cet égard ; — il ne s'agit pas davantage de griefs professionnels qui, à

(1) La convention est de 1904! (*Note de M le Dr* LEPAGE.)

Nous renvoyons nos lecteurs à la page 781 du *Concours Médical* de l'année 1902 (N.D.L.R.)

la rigueur, pourraient faire écarter personnellement un médecin ; il s'agit d'un procès de tendance sur un domaine qui ne peut relever que de la seule conscience du praticien. L'Amicale est donc bien obligée de constater que de tels agissements de la part de la Société Centrale entravent son recrutement, lui portent nettement préjudice et violent l'esprit de la Convention.

L'Association Générale, par la voix de son Président à l'autorité duquel l'Amicale a fait appel, répond qu'elle est une simple fédération de Sociétés ayant leur autonomie absolue, que, statutairement, il lui est impossible d'intervenir dans les décisions de ces Sociétés et qu'en l'occurrence elle ne peut par conséquent rien faire. Il résulte donc de cette situation que l'Amicale serait liée vis-à-vis de l'Association Générale par la lettre de la convention et que l'Association Générale se trouverait dans l'impossibilité absolue d'empêcher la violation, par ses sociétés affiliées, de l'esprit de cette convention.

Ainsi posée, la question ne peut rester en l'état ; elle réclame une solution prompte et formelle.

Un certain nombre de membres de l'Amicale ont réclamé la rupture de la convention — nous pensons que la chose serait regrettable à tous points de vue et nous ne saurions l'envisager que comme une mesure *in extremis* si satisfaction ne pouvait être donnée à l'Amicale par un autre moyen.

Or, cet autre moyen existe :

L'Amicale, moins encore que le Président de l'Association Générale, ne peut intervenir dans les affaires des Sociétés locales, mais elle peut provoquer la création, sur le modèle de la Société Centrale, d'une Société qui, comme cette dernière, serait affiliée à l'Association Générale, mais qui serait libéralement ouverte à qui s'y présenterait dignement.

Il ne s'agirait, en aucune façon, de concurrencer les Sociétés locales et de drainer leurs adhérents à son profit; mais, constituée sur le principe du respect absolu, dans son esprit comme dans sa lettre, de la convention qui lie l'Association Générale et l'Amicale, la Société nouvelle accueillerait les confrères que l'intolérance ou les coteries locales prétendent écarter, ceux qui se refusent à se courber devant aucun dogmatisme, ceux que n'attache aucun lien dans les départements et qui ne veulent ou ne peuvent entrer à la Société Centrale ; elle accueillerait encore les femmes de confrères que rejettent les statuts de certaines Sociétés locales.

Il est impossible d'envisager même la possibilité d'un refus d'agrégation de la part de l'Association Générale qui comptera une Société filiale de plus, et tous les conflits présents et futurs seraient écartés du coup.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer la résolution suivante :

Le Conseil d'Administration de l'Amicale prend l'initiative d'une Société de secours mutuels à statuts conformes aux statuts-modèles des sociétés affiliées à l'Association Générale des Médecins de France, avec les améliorations réclamées par les véritables intérêts des médecins praticiens.

M. LEPAGE. — Je suis profondément surpris qu'une proposition aussi importante que celle qui nous est soumise par notre confrère Gassot, la création d'une seconde Société locale dans le département de la Seine, soit ainsi formulée sans que j'en aie été avisé. Il est inadmissible qu'une telle proposition puisse être faite d'une manière ferme sans que le représentant de l'A. G. ait pu la lire, l'étudier, consulter, sinon le Conseil Général, tout au moins le Bureau du Conseil ou le Président de l'A. G. dont il est mandataire, pour savoir de quelle manière doit être envisagée cette proposition qui n'a d'ailleurs aucun caractère d'urgence. Je demande à ce que la discussion en soit reportée à une autre séance, pour pouvoir l'étudier à loisir et consulter le Bureau de l'A. G. sur le vote que je dois émettre.

M. Maurat a parlé de son désir d'entente avec l'Association : c'est une singulière manière de réaliser cette entente que de vouloir créer une seconde Société locale pour le département de la Seine sans prendre la peine de causer de ce projet, soit avec le Président de l'Association, soit avec son délégué à l'Amicale. Il est indiscutable qu'il était d'abord nécessaire de chercher à se mettre d'accord sur une question semblable et de connaître les objections qui peuvent être faites au projet, de ne pas chercher pour ainsi dire un conflit inévitable si l'Association se refuse à admettre la nouvelle Société dans le groupement des sociétés unies.

Des objections importantes peuvent, en effet, être faites *à priori* à ce projet : admettre la création d'une seconde société locale pour le département de la Seine, c'est porter une atteinte considérable à la vitalité des Sociétés locales puisqu'il n'y a pas de raison pour que ce qui se serait fait dans la Seine ne soit également mis en pratique dans les autres départements ; on pourrait voir ainsi, au lieu d'une société, deux ou trois sociétés plus ou moins divergentes se constituer dans le même département.

Je ne veux pas d'ailleurs aujourd'hui entrer dans la discussion du projet. Je déclare simplement que si, malgré mon opposition, ce projet était adopté aujourd'hui, je me verrais dans la nécessité de me retirer du Bureau de l'Amicale et de donner ma démission de représentant de l'A. G.

M. MAURAT. — Les cinq signataires de la proposition, membres du conseil élus par l'Assemblée générale de l'Amicale, persistent à penser qu'ils n'avaient pas besoin et qu'il était inopportun de prendre l'avis du Conseil de l'A. G. (1) Ils ont usé de leur droit : ils en informent officiellement le Bureau de l'Amicale. Ils auraient pu ne pas le faire (2).

M. LEPAGE. — Je proteste de la manière la plus formelle contre les paroles du Président Maurat qui déclare que je ne suis ici qu'une sorte de surveillant, de contrôleur, représentant l'Association : M. Maurat est dans l'erreur la plus complète.

Membre de l'Amicale, je fais partie du Bureau au même titre que mes collègues, et j'y ai comme

(1) M. Maurat a dit que je ne faisais pas partie du Bureau, que j'étais simplement contrôleur. (*Note de M. le Dr* LEPAGE.)

(2) Oui, les cinq signataires ont le droit individuellement ou collectivement de constituer toutes les Associations qu'ils jugent utiles ; il était incorrect de leur part d'approuver à l'avance un rapport sur une proposition soumise au Conseil de l'Amicale et de publier cette approbation d'où l'on peut conclure que l'avis du 6e membre du Bureau ne compte pas. (*Note de M. le Dr* LEPAGE.)

mission spéciale de représenter les intérêts de l'Association.

Je suis disposé à retirer ma démission si la question est elle-même supprimée de l'ordre du jour, mais à la condition formelle que les promoteurs de la création d'une seconde société locale qui font partie du Bureau de l'Amicale attendront, pour mettre à exécution leur projet, que j'aie pu en référer au Conseil général, apporter ici son avis, et émettre un vote, qui à l'heure actuelle m'est impossible.

M. MAURAT. — Je regretterais vivement que M. Lepage donnât sa démission et je veux espérer, comme mes collègues, qu'il ne donnera pas suite à ce projet. Mais (1), devant l'avis formel de la majorité, je n'en dois pas moins mettre aux voix officiellement les conclusions du rapport Gassot.

(Le rapport est adopté par cinq voix sur six, M. Lepage ne prenant point part au vote).

M. LEPAGE. — Je suis attristé de constater qu'au Conseil d'administration de l'Amicale vienne en discussion un projet qui, en réalité, pour la forme, est presque réalisé par la circulaire dont il m'est donné connaissance et qui a été envoyée ce matin.

Il est inadmissible que des confrères, membres du bureau de l'Amicale, aient pris en cette qualité l'intiative d'une telle création sans que le bureau tout entier ait été consulté et que tous les membres aient pu formuler leur avis.

J'aurais compris à la rigueur qu'individuellement les signataires de la circulaire l'aient rédigée et envoyée ; mais je ne puis admettre que, membre du Bureau de l'Amicale, la circulaire ne m'ait pas été soumise et que, dans une question intéressant à un si haut point l'Association son représentant n'ait même pas été consulté, ou ne l'ait été qu'après l'envoi de la circulaire.

Dans ces conditions, il ne me reste plus que le devoir, pour moi très pénible, de me retirer du conseil d'administration d'une association dont j'ai été un des membres de la première heure, et à la prospérité de laquelle j'ai contribué dans la mesure de mes moyens.

M. le Dr JEANNE expose alors qu'en vertu des instructions que lui avaient données ses collègues il a fait les convocations nécessaires pour l'Assemblée constitutive de la *Société métropolitaine*, le jeudi 30 décembre à cinq heures du soir. Il croit pouvoir affirmer, dit-il, que le chiffre de 25 adhésions, minimum statutairement indispensable, sera facilement atteint, et que la nouvelle Société, créée pour assurer l'avenir des contrats passés entre l'A. G. et les deux caisses du *Concours Médical*, sera une filiale bien accueillie par les confrères qui ne se soucient que de l'intérêt général.

Il est procédé ensuite au vote des indemnités trimestrielles dont le tableau suit.

5	3 mois	300	»
31	3 mois	300	»
41	20 jours	200	»
42	13 jours	130	»
51	3 mois	300	»
65	(mort le 12 octobre), 12 jours chr.	39	95
80	3 mois	300	»
106	13 jours	130	»
107	60 jours à 10 fr. 3 jours, chr	610	»
120	11 jours	110	»
137	3 mois	300	»
140	3 mois	150	»
142	12 jours	120	»
147	3 mois	300	»
154	17 jours	170	»
172	3 mois	300	»
173	3 mois	300	»
179	3 mois	300	»
182	60 jours à 10 fr. 1. m., et 20 j. chr.	766	65
186	3 mois	300	»
201	5 jours	50	»
215	3 mois	300	»
226	26 jours	260	»
234	3 mois	300	»
239	30 jours	300	»
305	8 jours	80	»
311	9 jours	90	»
332	3 mois	300	»
341	3 mois	300	»
342	21 jours	210	»
348	20 jours	200	»
357	60 jours à 10 fr. — 2 jours chr.	606	65
365	17 jours	170	»
372	3 mois	300	»
373	3 mois	300	»
412	2 mois et 15 jours chr	250	»
420	36 jours	360	»
421	3 mois	300	»
437	21 jours	210	»
459	(Mort le 29 novembre), 25 j. à 10 fr. 250, 1. m. et 5 j. chr. 116.65	366	65
471	18 jours	180	»
530	8 jours	80	»
531	18 jours	180	»
545	5 jours	50	»
549	3 mois	300	»
582	38 jours et 22 jours à 10 fr. + 22 jours à 3 fr 50	673	25
585	12 jours	120	»
588	1 j. à 10 fr. — 3 m. chr	310	»
599	9 jours	90	»
647,	46 jours	460	»
680	1 mois chr	100	»
695	42 jours	420	»
700	11 jours	110	»
707	1 m. et 7 j. chr	123	30
734	7 jours	70	»
787	60 j. à 10 fr. 600 fr.—16 j. chr.53.25	653	25
791	2 mois et 6 j. chr	220	»
805	1 mois	100	»
841	8 jours	80	»
845	11 jours	110	»
848	10 jours	100	»
885	5 jours	50	»
863	12 jours	120	»
893	22 jours	220	»
904	3 mois	300	»
957	(Mort 22 novembre), 1 m. et 22 j. chr.	173	25

(1) C'est à ce moment seulement qu'on me montra la circulaire imprimée et le rapport Gassot. Le vote n'a eu lieu qu'après. (*Note de M. le Dr* LEPAGE.)

978	21 jours	210	»
990	16 jours	160	»
1012	8 jours	80	»
1031	5 jours	50	»
1034	9 jours	90	»
1061	7 jours	70	»
1126	8 jours	80	»
1154	3 mois	300	»
1166	24 jours	240	»
1247	60 j., à 10 fr. 600 fr., — 2 m. et 28 j. chr	893	25
1275	3 mois	300	»
1308	45 jours	450	»
1318	60 j., à 10 fr. 600 fr. + 1 m. et 26 j. chr	786	60
1345	54 jours	540	»
1350	5 j. à 10 fr. + 2 m. et 24 j. chr.	329	90
1392	5 jours	50	»
1418	20 jours	200	»
1488	59 jours	590	»
1520	15 jours	150	»

Deux démissions sont acceptées après rapport explicatif du Secrétaire-général.

ADMISSIONS.

Combinaison A.

Bridoux, Hénin-Liétard (Nord).
Pestre, à La Garde (Var).
Lemesle, à Bléré (Indre-et-Loire).
Etlin, à Nice (Alpes-Maritimes).
Faivre, à Mollans (Haute-Saône).
Daguet, à Besançon (Doubs).
Bonhommet, à Bouguenais (Loire-Inférieure).
Pistre, à Grenoble (Isère).
Aka, à Périgueux (Dordogne).
Teillot, à La Chaise-Dieu (Haute-Loire).
Vermeil, à Saint-Maixent (Deux-Sèvres).
Lévy, à Oullins (Rhône).
Mosnier, à Alais (Gard).
Petitjean, à Dijon (Côte-d'Or).
Dalban, à Grenoble (Isère).
Dewèvre, à Petite-Synthe (Nord).
Arago, à Paris.
Leloup, à Versailles (Seine-et-Oise).
Massounet, à Champiniers (Charente).
Faucomeau, à Bourges (Cher).
Lacomme, à Lucenay-l'Evêque (Saône-et-Loire).
Descarpentries, à Roubaix (Nord).
Staïcoff, à Grenoble (Isère).
Symoneaux, à Rostrenen (Finistère).
Dufour, à La Rochelle (Charente-Inférieure).
Traversier, à Grenoble (Isère).
Bardet, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
Charpentier, à Guichen (Ille-et-Vilaine).
Perrier, à Pontcharra (Isère).
Estrade, à Delpech (Aude).
Suttel, au Puy (Haute-Loire).
Brunschwig, au Havre (Seine-Inférieure).
Sirantoine, à Dun-sur-Meuse (Meuse).
Picot, à Paris.
Ribon, à Liancourt (Oise).

Combinaison C.

Mauny, à Saintes (Charente-Inférieure).
Micollier, à Rive-de-Gier (Loire).
Liabot, à Cluny (Saône-et-Loire).
Casanouve, à Cambes (Gironde).
Carrayrou, à Nonancourt (Eure).
Fleurian (de), à Soubise (Charente-Inférieure).
Fournioux, à Saint-Seine-l'Abbaye (Côte-d'Or).
Lacoste, à Payzac (Dordogne).
André, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
Métais, à Surgères (Charente-Inférieure).

Combinaison A. C. D.

Hadot, à Pouxeux (Vosges).
Joyes, à Péronne (Somme).
Arin, à Saint-Lambert-du-Lattay (Maine-et-Loire).
Kahan, à Beaulieu-les-Fontaines (Oise).

Combinaison A. D.

Bouilloc, à Valbonnais (Isère).

Passage à C.

Pardoux, n° 80.
Lyons, n° 901.
Couingt (Mlle), n° 1247.
Houdard, n° 192.
Lorentz, n° 1067.
Olmer, n° 867.

Passage à D.

Truelle, n° 1084.
Poirel, n° 1485.

M. Mignon, secrétaire général, signale l'observation présentée par un confrère qui, voulant entrer à la Combinaison D et se libérer par un versement unique, demande si, au cas où il viendrait à mourir avant qu'il fût en possession de ses droits, c'est-à-dire dans un délai de six mois, sa famille aurait droit à un remboursement.

Le Président rappelle que les statuts disent que les droits du sociétaire commencent au bout de six mois et le versement de la seconde cotisation semestrielle ; il serait équitable de traiter tous les membres de la même façon. Ceux qui versent la cotisation annuelle perdant leur premier versement, on pourrait retenir une somme égale à ceux qui font un versement unique et rembourser le surplus.

Le Conseil adopte cette proposition et la soumettra à la prochaine Assemblée Générale.

Le Secrétaire des séances,
Dr JEANNE.

Le Président,
Dr MAURAT.

REPORTAGE MÉDICAL

Hospice National des Quinze-Vingts. — Le docteur Chevallereau, médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts, a commencé ses leçons le mardi 11 janvier à 1 heure 1/2 et les continuera les mardis suivants à la même heure. — Sujet : Maladies de l'iris et du cristallin ; Glaucôme, ophtalmie sympathique ; Accidents du travail.

Un palais du radium. — Le métal mystérieux qui nous a révélé quelques-unes des forces insoupçonnées de la matière, et dont les propriétés promettent d'ores et déjà de trouver de fréquentes applications thérapeutiques, va avoir un logis digne de lui et de ses hautes destinées.

L'Institut Pasteur a décidé de contribuer par une subvention de 400.000 francs à la construction du grand laboratoire, dont M. Nénot a présenté les plans à l'Université de Paris, et qui, sous le nom de « Palais du radium », sera consacré à l'étude des phénomènes de radio-activité et aux applications thérapeutiques de ces phénomènes.

Le Palais du Radium sera construit sur une portion des terrains appartenant à l'Université, entre les rues d'Ulm et Saint-Jacques. Il comprendra deux parties, l'une pour les recherches scientifiques, sous la direction de Mme Curie, l'autre pour les applications médicales, sous la direction de l'Institut Pasteur.

Les ouvrières nourrices. — Il s'agit d'un nouveau pas en avant fait par les pouvoirs publics en faveur de la protection légale, que méritent les femmes enceintes ou récemment accouchées. A l'heure où la dépopulation menace de porter de si rudes coups à l'avenir de la nation, nous ne pouvons que nous réjouir de toutes les mesures qui tendront à en diminuer les funestes conséquences.

La Commission du travail, réunie sous la présidence de M. Colliard, a continué l'examen de la proposition de loi sur les femmes en couches, pour l'allaitement de leurs nourrissons.

La Commission a décidé que tout établissement occupant plus de cinquante femmes devrait aménager une salle spéciale destinée à l'allaitement des nourrissons.

La période d'allaitement a été fixée à dix mois. M. Justin Godard, rapporteur de la proposition, a été chargé de proposer, d'accord avec le ministre du Travail, les mesures d'organisation.

— **Esculape comédien**. — Au moment où nous assistons à plusieurs tentatives faites en vue de la mise en valeur de la culture artistique que possèdent tant de médecins ; il nous paraît intéressant de signaler l'amusante manifestation qui fut le clou de la fête organisée à l'occasion du centenaire de l'Internat de l'hôpital de Versailles.

Ce ne fut rien moins qu'une revue qui passa à 10 heures du soir, après les discours, dans la salle du banquet transformée en salle de spectacle. De nombreux invités s'étaient joints aux titulaires de l'association, en particulier les dames des médecins.

La revue, qui faisait une révision de tous les événements sensationnels ou comiques du présent et du passé de l'internat de l'hôpital de Versailles, était due à la plume de deux internes encore en fonctions dans cet hôpital, MM. Rhem et le Dr Adam.

Très spirituelle en même temps que très médicale et très leste, cette revue renfermait de nombreux couplets chantés sur des airs en vogue ou connus et dont la musique avait été très habilement arrangée par M. Bastin, premier prix du Conservatoire, chef d'orchestre réputé.

Aux côtés de gracieuses professionnelles qui voulurent bien prêter leur aimable concours pour cette représentation, les artistes hommes, — cinq médecins, s. v. p. — firent réellement bonne figure. On aurait vraiment dit qu'ils étaient des acteurs de profession. Le Dr Petit-Lardier fut un compère d'une superbe prestance, à la voix de baryton très sympathique ; le Dr Lescudé fut merveilleux d'entrain et de bonne humeur ; il obtint un succès fou dans son rôle de danseuse Russe, où les ronds de jambes se mêlèrent avec la plus grande aisance aux pointes et aux jetés battus : le Dr Astruc dit avec une finesse digne de Polin le monologue du *Veilleur* ; on dirait un vrai comédien, montrant ainsi, que l'intelligence est capable de réussir partout, même sans apprentissage. Les auteurs eux-mêmes, MM. Rhem et Adam, avaient tenu à soutenir leur œuvre de leur talent et furent réellement remarquables dans leur façon d'imiter leurs chefs de service, qu'ils pastichèrent innocemment.

Espérons que nous verrons bientôt à Paris une exhibition semblable, pour le plus grand profit de la Caisse du secours immédiat et des infortunes confraternelles qu'elle veut soulager.

Plus d'huîtres malsaines. — Tel doit être l'heureux résultat d'un règlement sanitaire sur les établissements ostréicoles, dont l'élaboration vient d'être confiée par le sous-secrétaire d'État à la marine à une Commission présidée par l'inspecteur général des pêches.

Ce règlement indiquera les conditions dans lesquelles devront être entretenus les parcs, bassins et réservoirs destinés à la culture de l'huître.

Tous établissements ostréicoles ne répondant pas aux conditions qui seront déterminées, ne seront autorisés à faire que le demi-élevage et la récolte du naissin, c'est-à-dire qu'ils ne pourront pas livrer aux consommateurs. Les établissements qui pratiqueront l'élevage complet de la stabulation et qui ne se conformeront pas au règlement sanitaire se verront retirer immédiatement la concession accordée par le ministère de la Marine.

L'hygiène publique ne pourra qu'y gagner, et la santé des consommateurs ne risquera plus d'être menacée par ces intoxications foudroyantes dont les échos ont retenti jusqu'à la tribune de l'Académie de médecine et qui ont failli compromettre la réputation gastronomique du délicieux mollusque.

Diplômes de Docteurs en médecine et d'Officiers de santé délivrés par les Facultés et Ecoles françaises pendant l'année scolaire 1908-1909. — Pour comparer avec l'année scolaire précédente voir *Le Concours Médical* 1909, n° 4 (24 janvier).

FACULTÉS ET ÉCOLES	OFFICIERS DE SANTÉ	Docteurs en médecine		TOTAL DES THÈSES
		DIPLOME D'ÉTAT	DIPLOME d'université	
Paris	»	440	26	466
Bordeaux	»	120	»	120
Lille	1	32	1	33
Lyon	»	144	5	149
Montpellier	»	99	12	111
Nancy	»	29	4	33
Toulouse	»	47	»	47
Beyrouth	»	25	»	»(*)
Rennes (école de plein exercice)	1	»	»	»
Dijon (école préparatoire)	1	»	»	»
TOTAUX	3	936	48	959

(*) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 5 Dimanche 30 JANVIER 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

Propos du jour.
L'action syndicale et la médecine sociale. Les cliniques spéciales, dites ouvrières..... 89
Pédiatrie
Les éléments essentiels du diagnostic et du traitement des broncho-pneumonies infantiles..... 92
La semaine médicale
Les injections neurolytiques dans la névralgie faciale essentielle. — L'électrothérapie dans la paralysie infantile. — L'emploi du néol dans les brûlures..... 96
Revue des sociétés savantes
Traitement de la maladie de Raynaud par les douches d'air chaud. L'encéphalite aiguë. — Action des rayons X chez les diabétiques. — Le neuro-arthritisme thyroïdien et son traitement..... 98
Formulaire diététique
Régime à appliquer dans l'albuminurie qui survient au cours du diabète sucré..... 99
Semeiologie
Sur la précipito-réaction dans le diagnostic de la méningite cérébro-spinale..... 100
Tuberculose
Généralités sur l'emploi des tuberculines..... 101
Intérêts professionnels
Le médecin de campagne et l'exercice de la spécialité. Chirurgie générale..... 103
Médecine et Mutualité
Pourquoi faire des concessions aux mutualités ?..... 105
Chronique de la Prévoyance.
Un rêve..... 108
Reportage médical..... 109
Nécrologie..... 110

PROPOS DU JOUR

L'action syndicale et la médecine sociale. Les cliniques spéciales, dites ouvrières.

Dans un récent article nous avons exposé le tort que la monopolisation des soins aux accidentés du travail par les Compagnies d'assurances avait porté aux médecins praticiens indépendants; nous avons résumé la longue campagne que Diverneresse avait soutenue avec succès contre les assureurs, secondés par la plupart des médecins qu'ils salarient; nous avons énuméré les phases pénibles de cette campagne et les résultats que nous avons obtenus, non sans peine (modifications de la loi de 1898, reconnaissance légale du libre choix du médecin par le blessé, sanctions inscrites dans la loi pour assurer le respect de ce libre choix, obligation pour le responsable qui veut se faire renseigner sur l'état du blessé de prévenir avec l'agrément du juge de paix le médecin traitant par lettre recommandée, substitution du tarif Dubief au tarif d'assistance etc.). Nous avons montré que, malgré la constitution de commissions mixtes, dites d'arbitrage, pour régler les conflits au sujet des honoraires pour soins donnés aux accidentés, les assureurs n'avaient pas désarmé et cherchaient par tous les moyens possibles à rétablir leur monopole (campagne de presse, généralisation de quelques abus permettant d'établir la légende des médecins dits marrons, poursuites engagées contre Diverneresse et nous-même, projet de loi du sénateur Petitjean, ancien membre du Conseil de l'Union des Syndicats médicaux, devenu depuis président du Conseil d'administration d'une Compagnie d'assurance, etc., etc.). Nous allons aujourd'hui examiner l'autre face de la médaille à laquelle nous voyons apparaître un nouveau danger : celui des Cliniques spéciales, dites ouvrières.

***

Il n'est pas douteux pour nous que les cliniques prétendues ouvrières, du moins celles que nous connaissons, constituent pour les médecins indépendants un véritable danger. Cette constatation ne nous empêche nullement d'affirmer que si l'intérêt médical est notre unique préoccupation, l'intérêt ouvrier, qui lui est souvent intimement lié, et qui est l'objet même de la loi, est avant tout respectable, qu'il n'est jamais inconciliable avec l'intérêt du médecin, qu'il en serait de même de l'intérêt des assureurs, si, abandonnant la manie procédurière, ils voulaient bien se rendre compte que, dans l'application de la loi de 1898, loyalement et honnêtement acceptée, la guérison la plus complète et la plus rapide du blessé est, sauf de très rares exceptions, le but que tous les intéressés auraient avantage à poursuivre.

Ceci posé, voyons d'abord comment les cliniques dites ouvrières ont pris leur origine ?

Lorsque la loi de 1898 eut assuré aux acci-

✦

dentés le libre choix du médecin, les blessés trouvèrent facilement des praticiens habiles et dévoués pour leur donner des soins, mais ils ne tardèrent pas à subir les inconvénients de cette marque d'indépendance. Les responsables, ou plutôt les assureurs, firent tout le possible pour les dégoûter de bénéficier de leur droit. Ils opposèrent tous les obstacles de la procédure aux demandes de payement de demi-salaires des malheureux souvent pressés par la faim; il n'y eut pas de difficultés qui ne furent soulevées pour fixer la date de la consolidation de la blessure et ce fut bien autre chose encore quand il fallut reconnaître et apprécier une incapacité permanente. Le blessé se retourna alors du côté de son médecin traitant, lui demanda des certificats et des conseils, un appui technique en cas d'expertise ; mais le plus souvent il se heurta, sinon à l'indifférence, du moins au manque d'expérience du praticien qui ignorait alors toute la partie médico-légale qui se rattache, du fait même de la loi, aux soins à donner aux accidentés du travail, certains médecins indolents répondirent même qu'une fois le blessé guéri, ils n'avaient plus à s'en préoccuper, que leur tâche était terminée. Diverneresse n'eut aucun mal à prouver, avec des faits à l'appui, qu'il n'en était pas ainsi. Il montra que les experts les plus haut cotés étaient sujets à de singulières défaillances d'appréciation qui permettaient de douter, oh ! certes pas de leur impartialité, mais du sain et normal fonctionnement de leur mémoire, de leur jugement ou de leurs sens (1). Le blessé avait donc parfois besoin d'être secouru après l'accident par un médecin qui le conseillerait et apporterait à l'expert le concours de ses observations. Les Compagnies d'assurances donnaient d'ailleurs l'exemple en se faisant toujours représenter par un de leurs médecins au cours des expertises de ce genre.

Certains praticiens, nés malins, imaginèrent alors de créer des cliniques spéciales d'accidents du travail. Pour y attirer la clientèle, les plus dignes se contentèrent de soigner le mieux possible leurs malades et de les défendre à l'occasion avec scrupule en renseignant de façon précise et claire le juge de paix et en assistant aux expertises. D'autres voulurent courir après la fortune. Ils annoncèrent que leurs cliniques étaient gratuites et, trompant l'ouvrier ignorant en lui laissant croire qu'il serait obligé de payer ailleurs, ils n'en réclamèrent pas moins leurs honoraires aux responsables.

Quelques autres ne craignirent pas de se livrer à un véritable racolage, soit en offrant des avantages matériels à ceux qui viendraient à leurs cliniques, soit en soudoyant des racoleurs dans les chantiers ou dans les organisations ouvrières. Enfin, il en fut de très rares qui, avec une habileté plus ou moins consommée, selon le degré de leur intelligence, surent donner à leurs certificats les qualités d'exagération requises pour le plus grand bénéfice de quelques malhonnêtes simulateurs. Ce racolage plus ou moins avoué porta un tort considérable à la grande majorité des praticiens et diminua notablement les bénéfices du libre choix.

Les ouvriers, de leur côté, par un droit de défense que nous ne saurions leur contester, cherchèrent aussi à s'organiser pour retirer tout le bénéfice possible de la loi de 1898. Leurs syndicats, leurs coopératives, leurs organisations diverses, songèrent à s'annexer des dispensaires ou des cliniques pour les soins à donnner aux accidentés. Ils trouvèrent facilement des médecins pour faire le service médical de ces institutions nouvelles. Voyant là une source d'influence et de revenus, ils développèrent ces cliniques, y annexèrent des sortes de mutuelles où, moyennant une faible cotisation, le blessé recevait, à l'occasion, l'avance du demi-salaire que les assureurs savaient naguère si habilement discuter et faire attendre. Ils dotèrent ces institutions de conseils juridiques qui indiquaient aux ouvriers la marche à suivre en cas de procès, y adjoignirent des avocats pour les défendre au besoin. Et comme tout cela coûtait cher et ne rapportait rien, on imagina de prélever sur les honoraires du médecin, garantis par la loi, tout l'argent nécessaire au bon fonctionnement de l'institution.

Si le médecin était resté le maître dans ces cliniques, s'il avait voulu faire lui-même les frais des conseils juridiques donnés à ses clients en respectant le libre choix par le blessé et en se conduisant en bon et loyal confrère, s'il avait soigné les blessés qui venait se présenter à lui, tout en laissant, à côté, la mutuelle ouvrière assurer leur demi-salaire en toute indépendance, il n'y aurait rien eu à redire à cela, et ce genre de cabinet médical n'aurait pas mérité plus de discrédit que les autres cliniques plus ou moins générales et spéciales qui émaillent les rues de la Capitale. Mais il n'en fut pas toujours ainsi.

Le médecin devint le plus souvent l'employé salarié de l'organisation ouvrière et y fut traité par les directeurs de la dite organisation sans plus de ménagement que le plus timide prolétaire par le moins humain des patrons. Dans quelques cas même les vicissitudes du praticien prirent la tournure d'un véritable vaudeville, en voici un exemple dont je garantis l'authenticité :

Dans un des arrondissements de la rive gauche de Paris, une mutuelle ouvrière se constitua pour soutenir ses membres en cas d'accidents du travail. Une caisse pour avancer au besoin le demi-salaire fut constituée, puis une clinique fut ouverte. Un médecin très diplômé accepta d'y être attaché. Assisté d'un infirmier, il soignait, lui ou l'infirmier, les blessés petits ou grands, les petits plus que les grands, qu'il envoyait à l'hôpital.

Une comptabilité soigneuse des soins était tenue et la société, pleine de prévenance pour son

(1) Un certain nombre de ces expertises ont été publiées par Diverneresse et une des plus étonnantes a eu les honneurs de la publicité des colonnes du *Concours Médical* sans que du reste la moindre observation ait été faite à ce sujet. Ces faits ont été publiés, constatés. Nous n'avons pas à en expliquer la cause, mais quelle qu'elle soit, elle a pour les blessés des conséquences déplorables et porte une atteinte grave à la réputation du corps médical, qui a le droit de s'en préoccuper.

médecin, se chargeait elle-même de percevoir les honoraires médicaux. Il est vrai que, sous divers prétextes de frais et de location du cabinet médical, location bien entendu sans bail et précaire, elle retenait 50 % des honoraires. Malgré cela, le praticien, qui venait à la clinique surtout pour y donner des signatures, y trouvait son compte. Tout allait pour le mieux, sauf pour les praticiens du quartier, qui ne soignaient plus un seul accidenté du travail. Or, un jour, la Société mutuelle ouvrière, dont les affaires se développaient, sentit la nécessité de mettre à la tête de la Clinique un homme de confiance, une sorte de directeur sous le titre de secrétaire-trésorier. Pour raison d'économie elle confia cette fonction à l'infirmier, qui, en cumulant, devint de ce chef le patron du médecin dont il restait l'employé. Ce patron devint exigeant, il voulut faire sentir son autorité et au besoin l'étendre. Un nouveau médecin fut adjoint à la maison. Plus jeune, plus zélé, plus chirurgien sans doute que le premier, il plut davantage à la clientèle et surtout à l'infirmier-directeur ; le premier médecin devint inutile, gênant, et comme un vulgaire salarié, un simple employé (ce qu'on ne craignit pas d'ailleurs de lui signifier très crûment), il fut du jour au lendemain remercié.

Voilà où l'institution des Cliniques ouvrières mènerait les médecins si férus d'indépendance et de dignité, si elles se généralisaient. Cet exemple, croyez-moi, n'est pas le seul à Paris. Chaque jour, si nous n'y prenons garde dès à présent, il se fondera de nouvelles Cliniques analogues ; demain elles seront légion dans toutes les régions industrielles.

Et que nos confrères des régions agricoles ne croient pas devoir se désintéresser de la question. Comme les ministres ne cessent de le répéter, on ne tardera pas à étendre les bénéfices de la loi de 1898 aux accidents agricoles, et les Chambres voteront d'autant plus volontiers cette mesure qu'elle sera équitable et ne créera pas de nouvelles charges pour le budget.

Qu'ont fait jusqu'ici nos Syndicats pour remédier à ce danger, si non de se plaindre ? Quand le Dr Jeanne a voulu exposer ici, après Diverneresse, un projet de constitution de cliniques syndicales, maints confrères lui ont témoigné leur étonnement et lui ont presque demandé de quoi il se mêlait.

Il y a là une manifestation médico-sociale qui naît, une fonction qui se forme, elle exige la création d'un organe pour la remplir. Certes, la plupart de nos confrères préféreraient soigner tout simplement leurs blessés à domicile, ou dans la quiétude de leur cabinet. Mais il est démontré que ces blessés ont encore besoin et sous une autre forme de l'assistance médicale. Si le praticien la leur refuse, ils iront la chercher ailleurs, et le praticien dont les affaires ne sont pas déjà si brillantes, perdra par sa faute toute une partie de sa clientèle. Les Syndicats médicaux se sont constitués justement exprès pour venir en aide au praticien, qui désire vivre de sa profession avec dignité et indépendance, aussi ont-ils dû et doivent-ils encore se préoccuper de cette question.

Ayant appris qu'un très nombreux groupement d'organisations ouvrières de l'ameublement et du bois devait fonder une clinique ouvrière en plein faubourg Saint-Antoine, le Conseil du Syndicat de la Seine a voulu prévenir le danger ; il a chargé une commission de se renseigner et de s'aboucher avec les organisations ouvrières, puis, de demander à ses XIe et XIIe sections syndicales, intéressées, s'il n'y aurait pas moyen de sauvegarder le libre choix et la clientèle ouvrière des médecins indépendants en transformant en clinique syndicale la future clinique ouvrière.

Les exigences des ouvriers et l'imprécision du projet syndical firent interrompre les pourparlers qui furent clos de l'avis de la presque unanimité des médecins. Un de nos confrères même, qui n'avait rien compris, vit dans cette tentative un acte dangereux et adressa une lettre comminatoire au Conseil. Cet échec ne doit nullement nous décourager et nos Syndicats doivent étudier les moyens pratiques de défendre contre tous les accaparements le libre choix du médecin menacé.

A Paris et à Lyon, des commissions médico-juridiques furent créées par les syndicats pour aider les médecins dans les cas difficiles et leur faciliter leur tâche de conseil technique des blessés auprès des experts et des tribunaux. A Paris, cette commission a rendu déjà de signalés services. Mais ce n'est pas encore assez pour éviter le danger de la multiplication des cliniques spéciales, dites ouvrières.

Au lieu de reprocher à Jeanne l'étude de ce problème qui, si tout le monde était de bonne foi, trouverait sa solution naturelle dans une coopération égale et équitable des ouvriers, des responsables et des médecins, chacun devrait y réfléchir. Mais nous avons tant d'aveugles parmi nos confrères, voire même parmi nos amis, que nous craignons de ne pouvoir leur faire comprendre la nécessité de lutter contre le danger présent. Joints aux médecins de compagnies d'assurances qui voient de jour en jour plus compromises leurs prébendes, nos confrères imprévoyants sont plutôt portés à enrayer toute tentative pratique de défense. Puis, quand le libre choix de l'accidenté n'existera plus en fait, devenus sottement salariés, ceux-là même viendront se plaindre à leur tour de la tyrannie des organisations ouvrières et se lamenter. Nous ne pourrons plus que les engager à répéter les paroles mises par Molière dans la bouche du plat bourgeois, réduit à faire des excuses au gentillâtre qui courtise sa femme :

« Vous l'avez voulu, Georges Dandin, vous l'avez voulu, cela vous sied très bien et vous voilà ajusté comme il faut : vous avez justement ce que vous méritez. »

J. Noir.

PÉDIATRIE

Les éléments essentiels du diagnostic et du traitement des broncho-pneumonies infantiles,

Par le Dr G. MOURIQUAND,
Chef de clinique de la Faculté de Lyon.

Les livres ne mettent pas toujours en relief suffisamment les caractères essentiels d'une affection. Le désir de ne rien oublier fait entasser les détails et perdre de vue les grandes lignes. Elles seules pourtant devraient guider le médecin dans le diagnostic et la thérapeutique. L'étude de nulle maladie, mieux celle que la broncho-pneumonie infantile, n'appuie cette vérité. Nulle part, il n'existe plus de symptômes d'importance première et nulle part aussi plus de signes secondaires presque inutiles au diagnostic. L'indication de la hiérarchie de ces symptômes s'impose donc.

SYMPTOMES. — Un enfant est atteint de rougeole, de coqueluche, de diphtérie, ou d'une bronchite banale souvent qualifiée de grippale. La maladie a suivi son cours naturel, la température reste dans les limites prévues. Un soir la courbe fait une ascension à 39° ou au-dessus. Une légère dyspnée s'installe, les respirations oscillent autour de 40. Le lendemain la température baisse un peu, mais le nombre des respirations a augmenté pendant la nuit, les ailes du nez battent, les creux sus et sous-claviculaires se dépriment à chaque inspiration; c'est la broncho-pneumonie. Un signe essentiel la caractérise : c'est la dyspnée. Cette *dyspnée* augmente par degrés; elle devient rapidement intense. Elle a des caractères particuliers qui permettront de la différencier d'autres dyspnées voisines. Elle passe de 40 à 60, à 80 respirations parfois et parallèlement à elle croît la cyanose. Elle présente le « type inverse » (Bouchut) : l'expiration commence le jeu respiratoire, elle est brève, puis est rapidement suivie de l'inspiration à laquelle succède une pause plus ou moins longue. Au début, les muscles respiratoires thoraciques suffisent à la respiration, mais très tôt les muscles accessoires interviennent et rapidement tous sont mis à contribution pour lutter contre l'asphyxie; les ailes du nez battent à chaque respiration; en même temps que les creux sus et sous-claviculaires, les espaces intercostaux se dépriment. Chez les sujets très jeunes, à thorax éminemment flexible, la partie inférieure du thorax est déprimée et comme aspirée à chaque inspiration.

Cette dyspnée est absolument caractéristique. Elle suffit presque toujours à faire porter le diagnostic. Celui-ci doit être fait par la seule inspection, l'examen des autres symptômes, qui devra être toujours fait avec soin, est néanmoins accessoire.

Ausculter immédiatement le malade, s'hypnotiser sur les signes pulmonaires incertains et fugaces sans tenir compte de ce signe fonctionnel, c'est s'exposer à de grossières erreurs de diagnostic et de pronostic.

Cette dyspnée sera facilement différenciée des dyspnées voisines. Retenons-en deux, au point de vue pratique :

La *dyspnée du pneumonique* est superficielle (souvent à cause de la douleur provoquée par le point de côté), elle est souvent rapide, presque toujours en rapport avec l'intensité de la fièvre et de la douleur. Elle ne s'accompagne jamais (en dehors de cas très graves avec grosse hépatisation, qui sont exceptionnels), de tirage sus et sous-sternal, de jeu des muscles accessoires.

La *dyspnée* de l'enfant atteint de broncho-pneumonie tuberculeuse est aussi très spéciale. Ainsi que nous l'avons établi avec Weill, cette affection est toujours secondaire à une broncho-pneumonie banale. C'est dire que la dyspnée sus-indiquée avec son cortège asphyxique et sa lutte respiratoire précède la dyspnée d'origine tuberculeuse et dure de 10 à 15 jours. Puis les phénomènes de lutte cessent peu à peu, la dyspnée semble avoir disparu. Si l'on compte le nombre des respirations, on les trouve en réalité peu diminuées, mais elles s'accompagnent plus de tirage et de jeu des ailes du nez. L'enfant à cette période, pas plus qu'il ne ressent sa température, ne ressent sa dyspnée ; son attention n'est plus concentrée sur le jeu de ses muscles respiratoires, il joue, babille. Malgré ce calme apparent et trompeur, la cyanose s'installe peu à peu, cyanose toxique, tuberculeuse, et les signes pulmonaires spécifiques apparaissent à leur tour.

La dypsnée laryngée, croupale ou autre, sera facilement distinguée en général par les modifications de la voix, les caractères de la toux. Cependant, dans quelques cas, la différenciation sera des plus délicates.

La *toux* du broncho-pneumonique est une toux bien spéciale qu'il faut « se mettre dans l'oreille ». C'est la *toux moniliforme* de Weill, formée par des secousses monotones, monocordes qui s'égrènent comme les grains d'un chapelet. Rien de spasmodique, rien de quinteux dans cette toux. C'est la toux fatigante et énervante dans sa monotonie.

Ce caractère de la toux s'atténue et disparaît dans les cas où la greffe tuberculeuse secondaire fait son apparition.

La *cyanose*, dans la broncho-pneumonie banale, marche généralement de pair avec l'intensité de la dyspnée et la diminution du champ de l'hématose révélée par l'abondance des signes pulmonaires.

S'il s'agit de broncho-pneumonie tuberculeuse au contraire, les manifestations cyaniques sont

sans parallélisme avec la diminution apparente du champ respiratoire et coexistent souvent avec un petit foyer localisé.

Les *signes physiques* doivent être recherchés dans tous les cas ; mais encore une fois, il ne faudra pas compter essentiellement sur eux pour faire le diagnostic, ils sont inconstants et trompeurs.

Dans la *forme mamelonnée*: ni l'inspection, ni la percussion, ni la palpation, ne donneront de renseignements intéressants.

L'auscultation fera entendre dans toute la poitrine le « bruit de tempête de Récamier », tempête à laquelle participent tous les bruits intra-pulmonaires : le ronchus, la sibilance, le râle muqueux, sous-crépitant, crépitant parfois ; de petits foyers soufflants localisés, instables et passagers.

Dans la *forme pseudo-lobaire*, les signes sont plus fixes, généralement localisés à une base en arrière ; on trouvera de la matité, du souffle, des râles souvent fluides.

Quelle que soit la forme, la *fluidité des râles* doit être considérée comme un signe de très fâcheux pronostic (Weill), ils correspondent, au point de vue anatomique, à l'infiltration purulente des fines bronches, rarement curable.

Dans la *bronchite capillaire*, la dyspnée et la cyanose sont au maximum ; aux poumons quelques sibilances et des bouquets de râles sous-crépitants et surtout crépitants.

Ces signes physiques changeants, à évolution rapide, générateurs d'une dyspnée intense, seront opposés au foyer broncho-pneumonique tuberculeux latent à peine appréciable à une base, foyers de râles sous-crépitants dépouillé des signes de grosse bronchite (Weill), ayant la dyspnée « bien supportée » et sa cyanose spéciale.

Il faut admettre avec Weill que la broncho-pneumonie est une véritable « furonculose » du poumon, c'est-à-dire procède par abcès successifs. On trouvera chacune de ces apparitions d'abcès nouveaux sur la courbe thermique qui généralement est le miroir fidèle de l'infection pulmonaire ; la courbe sera donc irrégulière, oscillante, subissant des montées et des descentes correspondant à des poussées nouvelles ou à leur rétrocession.

Eléments essentiels du traitement de la broncho-pneumonie

Notre unique souci n'est pas d'être complet, mais de mettre ici, le mieux possible, en relief, les agents essentiels de la thérapeutique de cette redoutable affection.

I. — *L'oxygène*. — On a de tout temps donné l'oxygène aux asphyxiques et en temps que grands asphyxiques, les broncho-pneumoniques en ont inhalé. Mais une nouvelle méthode est née où cet oxygène n'est plus considéré comme le dernier secours accordé à l'agonisant, mais bien comme une méthode souvent curatrice s'adressant à la cause même de l'infection. C'est à M. Weil (de Lyon) que nous la devons. Cet auteur est parti du principe ci-dessus énoncé, de la broncho-pneumonie furonculose du poumon. Il a voulu traiter antiseptiquement le poumon comme on traite la peau, limiter l'infection sans prétendre guérir les lésions installées. L'oxygène à ses yeux prévient la localisation des foyers nouveaux. La pratique confirme pleinement cette théorie.

Technique. — L'oxygène sera donné avec l'appareil Limousin composé par le ballon, un flacon laveur à deux tubulures, le gaz entrant par une tubulure, se lavant et ressortant par l'autre, passant enfin dans un second tube de caoutchouc qui l'apporte à la bouche du patient. A ce second tube, on adaptera soit un embout que l'enfant mettra dans sa bouche, sucera, sans trop se douter que par lui le gaz pénètre. L'embout a l'inconvénient d'être souvent brisé par les grands enfants, ou craché par les plus petits. L'entonnoir nous paraît préférable, il couvrira à la fois la bouche, le nez, et permettra l'administration du gaz même pendant le sommeil de l'enfant.

Le broncho-pneumonique se présente à nous dyspnéique, asphyxiant. L'inhalation d'oxygène amène au bout de 2 ou 3 minutes une diminution de la cyanose des lèvres et du nombre des respirations. Puis, au bout d'un certain temps variable suivant l'intensité du mal, le nombre des respirations s'accroît : une nouvelle inhalation est nécessaire.

Quand on administre systématiquement l'oxygène à des doses convenables, on constate au bout d'un certain temps non seulement une diminution persistante de la cyanose et de la dyspnée, mais une chute thermique souvent assez précoce, marquant l'arrêt plus ou moins prolongé de l'infection pulmonaire.

Pour atteindre un tel résultat, il conviendra de n'être point parcimonieux. Dans les formes moyennes, on administrera l'oxygène pendant 5 minutes toutes les heures. Dans les formes plus graves, avec grande dyspnée, cyanose intense, on le donnera pendant 5 minutes toutes les demi-heures et parfois même tous les quarts d'heure.

Par ce traitement, la mortalité broncho-pneumonique est nettement diminuée. Il échouera pourtant dans quelques cas trop tardivement traités (car son rôle est surtout prophylactique), et dans la plupart des cas où les râles fluides seront apparus.

II. — *Les bains dans la broncho-pneumonie*. — 1° *Les bains chauds*, préconisés par J. Renaut, ont souvent donné de remarquables résultats. Ils seront donc associés avec avantage à l'oxygène, ces deux médications se complétant. On donnera à l'enfant, toutes les 3 heures, un

bain de 38° d'une durée de 10 minutes à 15 minutes. Dans le bain et après lui, la dyspnée diminue souvent ; l'enfant repose mieux.

2° *Les bains tièdes*, 32°, 33°, seront donnés dans les cas de grandes élévations thermiques (durée, 10, 15, 20 minutes), ils ne sauraient prétendre à la révulsion.

3° *Bains sinapisés*, lorsque dans les cas intenses cette révulsion devra être vigoureusement pratiquée, on aura recours aux bains sinapisés qu'on ne devra pas employer à tous propos, mais seulement dans les cas vraiment urgents.

Une recommandation essentielle est de ne pas mettre la moutarde directement dans l'eau du bain (l'enfant s'assied dessus et la révulsion au niveau des fesses est si intense qu'il se forme des escarres), mais dans un petit sac, qu'on promènera dans l'eau. Farine de moutarde 150 grammes par bain.

III. — *La révulsion.* — 1° Le *cataplasme sinapisé* : le type du révulsif dans la broncho-pneumonie infantile. Il devra être fait et appliqué suivant des règles précises en dehors desquelles il devient dangereux.

On fera un cataplasme de farine de lin, sur ce cataplasme on saupoudrera la farine de moutarde. Sur cette farine, on mettra un morceau de gaze pour empêcher un contact trop direct de la moutarde avec la paroi.

La personne qui appliquera le cataplasme en surveillera constamment l'action. Le mieux est de prendre l'enfant sur les genoux et de soulever de temps à autre un coin du cataplasme pour voir la peau rougir.

Quand la rougeur sera nette (généralement au bout de 10 minutes), on enlèvera le cataplasme. Une application plus prolongée amène des ulcérations.

On pourra faire appliquer des cataplasmes sinapisés toutes les 3 heures, mais il faut compter avec la susceptibilité de la peau de l'enfant et la ménager.

On donnera, par exemple, un bain chaud toutes les 6 heures et dans l'intervalle, on mettra un cataplasme sinapisé.

On rejetera les divers papiers moutardés, les emplâtres, les vésicatoires qui ulcèrent la peau et n'ont pas l'action du cataplasme sinapisé.

Ce cataplasme exerce, en général, une action favorable sur la dyspnée, décongestionne le poumon. Il sera associé à la médication oxygénée et aux bains.

2° La *compresse froide* : toutes les 3 heures, sortir l'enfant de son lit, le coucher sur un linge mouillé avec de l'eau froide, étendu sur une toile cirée. L'envelopper dans une couverture ; le laisser 10 minutes à un quart d'heure. Ce moyen est excellent contre l'hyperthermie, l'excitation et la congestion pulmonaire.

MÉDICAMENTS. — Les médicaments proprement dits devront être conseillés seulement comme des moyens adjuvants du traitement. Deux grandes indications pousseront à leur emploi :

1° La fièvre, appelant dans certains cas l'usage d'antipyrétiques ;

2° L'encombrement pulmonaire réclamant l'action des expectorants.

I. — Les *antipyrétiques* devront être donnés avec circonspection. Tous ceux qui ont une action défavorable sur l'état du cœur et comptent à leur actif des accidents de collapsus seront absolument proscrits.

Le *pyramidon* même à faible dose doit être tenu pour un remède difficile à manier chez l'enfant malade et particulièrement chez le broncho-pneumonique ; il abaisse parfois brusquement la température, qui peut tomber de 40° à 33°5 avec phénomène de collapsus ou de syncope. Dans les cas exceptionnels où il sera prescrit chez le jeune enfant, ne pas dépasser 0,05 par année d'âge et encore par l'intermédiaire du suppositoire.

La *médication* antithermique par la digitale est un peu tombée en désuétude. Elle sera de mise en cas de faiblesse cardiaque.

L'*antipyrine* peut être considérée pour un excellent antithermique facile à manier chez l'enfant, déprimant exceptionnellement le cœur chez le broncho-pneumonique hyperpyrétique ; elle sera donnée à la dose de 0,05 centigr. par année d'âge en suppositoire : 1 le matin, 1 le soir. Elle ne saurait prétendre à elle seule diminuer la température de façon permanente, mais elle est un bon adjuvant de la balnéothérapie. Dès que la température sera redescendue au-dessous de 39° il faudra diminuer la dose ou s'abstenir.

La *quinine* possède de faibles propriétés antithermiques, mais est un antiinfectieux de premier ordre.

Elle sera d'un certain secours dans la lutte contre l'infection broncho-pulmonaire, en qualité de tonique. On évitera de la donner par la bouche, car en raison de sa grande amertume, elle provoque souvent le dégoût, le vomissement.

Comby propose la potion suivante, dans laquelle l'extrait de réglisse masque assez bien le goût désagréable de la quinine.

Bichlorhydrate de quinine	2 gr.
Extrait ou jus de réglisse	10 gr.
Sirop de fleur d'oranger	30 gr.
Eau distillée	60 gr.

2 ou 3 cuillerées à soupe par jour.

Pratiquement, il faudra néanmoins préférer à la

prise ou à la potion l'usage rectal de la quinine. On formulera : suppositoire avec :

Sulfate de quinine.....	0,05 (par année)
Beurre de cacao	1 gramme.

Mais l'abus des suppositoires amenant souvent des phénomènes d'irritation du côté du rectum, il faudra dans ce cas recourir à l'*aristochine* (carbonate neutre de quinine), sel insipide qui se donne aux mêmes doses que la quinine et que l'enfant absorbe parfaitement dans son biberon ou dans un peu d'eau sucrée.

II. — *La médication pulmonaire proprement dite* devra être réduite au minimum au début de l'affection. Les médications essentielles se suffisent alors à elles-mêmes et il serait dangereux d'y ajouter les médicaments par trop actifs.

Chez les tout jeunes enfants, on se contentera de donner soit du sirop de Tolu, soit une potion avec :

Sirop de Tolu.....	aà 50 gr.
Sirop de polygala.....	
Acétate d'ammoniaque	2 gr.
Benzoate de soude.....	1 gr.

3 cuillers à café par jour.

Lorsque la bronchite persistera et surtout lorsqu'il sera légitime de craindre quelques complications bacillaires, l'usage de la créosote sera à recommander soit sous la forme suivante :

Vin d'Espagne.....	300 gr.
Créosote de hêtre.....	2 gr.

3 à 4 cuillers à café par jour.

soit sous la forme de suppositoires.

Créosote de hêtre	0,05
Beurre de cacao.....	1 gr.

1 ou 2 par jour.

Si l'on ne fait pas usage de suppositoires creux, il conviendra de ne guère dépasser la dose de 0,05 par suppositoire, car souvent alors le beurre de cacao se solidifie mal.

La créosote qui s'élimine par le poumon produit souvent de très bons effets dans les broncho-pneumonies traînantes.

Vomitifs, expectorants : seront employés pour désobstruer des bronches encombrées, à la deuxième période de la maladie.

Weill conseille potion avec :

Sirop d'ipéca...	30 gr.
Poudre d'ipéca.....	0 gr. 30

Prendre par cuiller à café de 5 en 5 minutes jusqu'à vomissement. La plupart des auteurs recommandent de faire vomir tous les jours ou tous les deux jours.

Le kermès a produit des méfaits, il faudra en général lui préférer l'*oxyde blanc d'antimoine* moins toxique.

Oxyde blanc d'antimoine.....	2 gr.
Sirop de Tolu.....	4à 20 gr.
Sirop de térébenthine.....	
Sirop de polygala.....	

4 à 5 cuillers à café par jour.

Le jaborandi (Weill) facilite aussi la fluidification des crachats : infusion 0,20 cent. à 1 gr. de feuilles de jaborandi par jour :

L'emploi de la pilocarpine est à rejeter.

Dans les *broncho-pneumonies traînantes*, il faudra se préoccuper de l'état général souvent profondément atteint.

On donnera : huile de foie de morue, sirop iodotannique, sirop de raifort iodé, liqueur de Fowler, ou mieux, potion ainsi :

Arrhénal.....	0 gr. 10
Sirop de quinquina	150 gr.

3 à 4 cuillers à café, par jour.

L'*iodure de K.* pourra être employé si l'on diagnostique la sclérose et la dilatation des bronches consécutives à la poussée broncho-pneumonique.

Hygiène du broncho pneumonique.— Sa chambre sera bien aérée, le soleil y pénétrera facilement ; la température sera maintenue à 18°.

On y fera surtout pendant les périodes de dyspnée des vaporisations d'eau ; une casserole d'eau sera en permanence en train de bouillir, on pourra y mettre des feuilles ou de l'extrait d'eucalyptus, bon désinfectant pulmonaire.

Les broncho-pneumoniques seront isolés en raison de la contagiosité de leur affection (Bard).

Alimentation. — On donnera du lait, des bouillons, parfois de petits potages, pendant la période aiguë. On soutiendra l'état général par un peu d'alcool, rhum, cognac, liqueur ammoniacale anisée.

Si la broncho-pneumonie devient chronique une nourriture aussi substantielle que possible sera indiquée.

Convalescence. — Dans les cas où l'affection aura longtemps duré ou profondément touché l'organisme, on ordonnera la Bourboule, le Mont-Dore, les stations sulfureuses. L'hiver, on enverra les malades sur la côte.

En résumé. — *Période aiguë : médication essentielle.* Oxygène à fortes doses (100 à 500 litres par jour). Bains chauds. Révulsion : cataplasmes sinapisés, bains sinapisés. Linge mouillé froid, bain progressivement refroidi si hyperthermie. Quinine, antipyrine, peu de médicaments. Alimentation liquide.

Période subaiguë. — Persistance de la toux, encombrement bronchique : créosote ; expectorants, ipéca, antimoine, rarement kermès. Alimentation substantielle.

Convalescence, parfois iodure, arsenic, la Bourboule, eaux sulfureuses.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les injections neurolytiques dans la névralgie faciale essentielle.

Dans une récente conférence des « Dimanches des Praticiens », M. le Dr Sicard, de Paris, a fait une étude très intéressante du traitement des névralgies faciales essentielles par les injections neurolytiques.

« Toute névralgie faciale essentielle, dit-il, qui n'a pas cédé aux médicaments antinévralgiques, ou aux procédés physiothérapiques, relève de la méthode des injections neurolytiques.

« La chirurgie a perdu, dans le cas de névralgie essentielle, ses droits sur les troncs ou branches nerveuses périphériques de la 5e paire. L'acte chirurgical n'a plus, en effet, aujourd'hui, sa raison d'être que s'il s'attaque directement aux régions centrales (ganglion de Gasser, racine bulbo-gassérienne) ». La méthode moderne consiste dans l'emploi d'injections neurolytiques.

Telle méthode a pour but de détruire, le plus complètement possible, les troncs, branches et filets nerveux trigémellaires responsables des algies à l'aide d'un liquide électif porté dans la profondeur, au contact même du tissu nerveux.

Comme instrumentation, M. Sicard conseille : 1° un jeu d'aiguilles en platine de 8 à 9 dixièmes de millimètres de diamètre environ et de longueurs diverses,3 centim., 3 centim. 1/2,4 centim. 1/2, 5 centim. 1/2, 6 centim. 1/2 ; 2° deux seringues de Pravaz ordinaires en verre, d'une contenance de 2 centimètres cubes.

Comme liquides modificateurs, l'auteur se sert de deux solutions : *a*) la glycérine phéniquée à 30 ou 40 % ; *b*) la solution suivante :

Alcool à 80°	20 cc.
Menthol	0,40 centig.
Novocaïne	0 20 centig.

La première s'adresse de préférence aux trous larges et aux échancrures, la seconde, à cause de la puissance de sa pénétration, aux canaux et aux trous étroits. La technique opératoire est modifiable, en partie, pour chacun des trous et conduits à injecter ; il faut avoir une grande sûreté de maniement de l'aiguille et une nette connaissance du crâne à l'état sec.

Sur le vivant, voici quelques préceptes d'ensemble : faites coucher vos malades ; placez ou inclinez leur tête dans la position la plus favorable à l'injection. Coupez au ras les poils qui pourraient vous gêner et plaquez sous une gaze les moustaches trop gênantes. Servez-vous de chloroforme iodé comme désinfectant cutané ou muqueux ».

« En règle générale, l'anesthésie locale à la novocaïne à 1 % suffit. L'introduction de l'aiguille se fera aisément sans douleur chez les patients, si, après avoir anesthésié le tégument, vous cheminez progressivement dans la profondeur, *la novocaïne à la main*. Ne soyez cependant pas trop prodigues de cette solution, non à cause des risques de syncope que pourrait courir votre malade (on n'en a jamais observé, même après avoir dépassé à la face dix centigrammes de novocaïne au centième), mais à cause de la dilution forcée que vous infligeriez à la solution modificatrice, celle-ci devant remplacer celle-là.

« Chez certains sujets pusillanimes, l'anesthésie *générale* au chlorure d'éthyle est recommandable. Mais vous ne disposez alors que de quelques minutes de sommeil anesthésique, et il faudra que vous connaissiez impeccablement vos points de repère,pour pouvoir agir rapidement et sûrement.

« L'anesthésie générale vous privera d'un autre guide des plus utiles.A côté de la sensation tactile fournie passivement à l'opérateur par la pointe de l'aiguille exploratrice, il est, en effet, de grande importance de tenir aussi compte des renseignements donnés par le patient au cours de l'opération. *Ses gestes, sa mimique, les douleurs vives perçues au moment de tel ou tel déplacement de l'aiguille et irradiées dans tel ou tel territoire, seront pour vous,autant d'indices fidèlement localisateurs.*

« Les *doses* à injecter par trou ou canal ne doivent pas dépasser un centimètre cube et demi en moyenne pour la solution alcoolique, un centimètre cube, en moyenne également, pour la solution phéniquée à 40 %.

« Un territoire nerveux seul doit être injecté par séance. Exemple : nerf ophtalmique et ses dépendances (nerf sus-orbitaire et nerf nasal) ; ou maxillaire supérieur et ses dépendances (canal sous-orbitaire et trou grand rond) ; ou maxillaire inférieur et ses dépendances (trou mentionnier et trou ovale). Les séances seront espacées entre elles de cinq à huit jours environ.

« Il ne peut, du reste, exister aucune règle fixe à cet égard. *Le choix, le nombre, la répétition des injections restent subordonnés à telle ou telle localisation ou généralisation des phénomènes douloureux, à telle ou telle bénignité ou intensité des réactions œdémateuses et anesthésiques consécutives*, etc. ».

Les suites opératoires immédiates de ces injections sont l'œdème et le gonflement des tissus; elles s'accusent jusqu'au deuxième jour.

« Les régions les plus sensibles à la réaction œdémateuse sont les régions sous-orbitaire et surtout sus-orbitaire. Le globe oculaire est quelquefois caché sous l'infiltration palpébrale et l'on peut même noter du chémosis après l'injection du trou grand rond.

« Mais jamais, sauf la teinte ecchymotique et l'hématome parfois surajouté, on n'a vu survenir d'accident trophique, sphacélique ou autre. Les tissus ne tardent pas à reprendre leur apparence tout à fait normale, dans le délai d'une semaine environ.

« L'*anesthésie* cutanée ou muqueuse du territoire tributaire du nerf injecté est *la règle absolue* dans toute injection bien réussie. Elle apparaît *immédialement* après et *constitue le seul témoin de la pénétration intime du toxique dans le tissu nerveux.*

« Cette anesthésie s'accompagne d'une sensation de « carton », d' « enflure » toute spéciale

dont il est bon de prévenir le malade, avant l'injection. Ce sont là de simples sensations. Ainsi, après injection alcoolique du nerf sous-orbitaire, l'hémi-lèvre supérieure donnera au malade l'illusion d'un épaississement énorme, illusion seulement, puisqu'il n'existe, en effet, aucune déformation du tissu labial. Il en est de même de la langue qui, après injection du trou ovale, deviendra le siège d'une sensation de lourdeur bizarre, d'empâtement au niveau de sa moitié correspondante anesthésiée ; illusion encore, car muscles et muqueuse de la langue ont conservé leur forme, leur dimension, leurs fonctions normales ».

Les résultats thérapeutiques sont remarquables dans tous les cas de névralgie faciale essentielle, lorsque l'aiguille a pénétré exactement dans les nerfs malades.

« Plus l'anesthésie est complète et solidement établie et plus l'accalmie sédative sera longue ».

Il peut survenir, il est vrai, des complications sérieuses, paralysie faciale, paralysie oculaire, érysipèle facial du fait de fautes opératoires et d'injections trop profondes au niveau du carrefour de la fente sphénoïdale (1).

L'électrothérapie dans la paralysie infantile.

M. le Dr Laquerrière a fait récemment à la Société du 1er arrondissement de Paris une communication sur les bienfaits de la physiothérapie dans la paralysie infantile.

Ses conclusions sont les suivantes :

1° A la période de début, à la période fébrile, une seule médication convient : l'hydrothérapie pratiquée sous forme soit de bains tièdes (ou même de bains refroidis suivant la résistance de l'enfant), soit de réfrigération de la colonne vertébrale par un serpentin appliqué à son niveau.

2° Dans les semaines suivantes, quand la fièvre est tombée, que la paralysie, primitivement très étendue, se localise spontanément à certains muscles seulement, il faut éviter tout traumatisme, toute fatigue, toute irritation intempestive, afin de laisser celles des cellules médullaires qui sont simplement inhibées retrouver leur fonctionnement, afin de ne pas surmener les muscles qui ne demandent qu'à guérir tout seuls ; à ce moment, l'hydrothérapie, sous forme de bains tièdes ou chauds, en particulier de bains salés, et l'électricité, à la condition d'employer seulement le courant continu sans secousses, avec lenteur dans l'élévation et l'abaissement de l'intensité, ont à la fois une action tonique et une action sédative qui doivent les faire employer à l'exclusion de tout autre procédé.

A la période d'état ou de régression lente, il n'y a plus à craindre de réveiller le processus médullaire, les lésions sont établies et circonscrites et l'on peut déplacer sans crainte le malade.

a) Il est nécessaire de s'occuper de l'état général ; le séjour à la campagne, à la mer, à la montagne sera prescrit selon les cas ; les bains salés chauds, les bains de mer chauds, les bains de soleil (ou à leur défaut en certains cas, les bains de lumière électrique) forment des moyens de tonifier puissamment l'organisme.

b) Il faut agir sur la trophicité des membres malades et si possible de la moëlle : le massage, l'exercice passif, certaines pratiques hydrothérapiques (douches tièdes), etc., répondent à ce but ; mais l'électrisation par courant continu (un pôle sur le membre malade, l'autre en haut de la colonne vertébrale) est un procédé de tout premier ordre ; l'électricité active la circulation, hypertrophie les muscles (même sans exercice), augmente les échanges au sein des tissus, etc.

c) Il est nécessaire de s'opposer aux déformations articulaires, aux attitudes vicieuses ; la mobilisation manuelle, la mécanothérapie, la surveillance de l'enfant par ses parents trouvent à s'employer pour réaliser ce rôle préventif ; mais le moyen le plus efficace est la contraction réelle des muscles qui mobilisera les articulations tout en constituant le meilleur moyen de « refaire » les muscles eux-mêmes.

d) Il est en effet surtout indispensable de réveiller la motricité ; la gymnastique active est rarement utilisable pour les muscles sérieusement atteints dans la paralysie infantile, car ces muscles n'obéissent plus à la volonté ; le seul moyen d'obtenir une contraction véritable en l'absence de la volonté est l'excitation électrique (électrocinéma et électromécanothérapie). L'électricité forme donc, d'une part, le seul moyen d'exercer réellement le muscle de façon active, mais d'autre part, le meilleur procédé pour réveiller les fonctions motrices des muscles, des nerfs et des cellules médullaires.

A la dernière période, c'est-à-dire 3 à 4 ans après le début, les muscles guéris ou très améliorés seront soumis à la rééducation, soit simple, soit électrique (si le jeune âge, le manque de bonne volonté, ou le peu d'intelligence du sujet l'exige). Les articulations déformées, où le simple exercice musculaire sera impuissant par suite de la non-guérison des muscles, deviendront, suivant les cas, justiciables, soit de la mécanothérapie passive, soit du port d'un appareil orthopédique, soit d'une intervention chirurgicale. Les muscles encore malades continueront à subir le traitement électrique ; enfin pour les plus faibles il sera nécessaire, de recourir aux anastomoses tendineuses sur des muscles sains.

Le traitement physiothérapique doit être commencé aussitôt que possible ; ce sont surtout les enfants soignés dès les premières semaines qui échappent le mieux aux diverses conséquences de la paralysie infantile. Mais, même commencée tardivement, la physiothérapie donne des améliorations.

D'autre part, il est nécessaire de prolonger longtemps son emploi et de surveiller encore plus longtemps les petits malades, même quand ils n'ont plus besoin de traitement, afin d'éviter les attitudes vicieuses, les mouvements défectueux, etc.

(1) Pour plus de détails, consulter l'article de M. le Dr Sicard dans le *Monde Médical*, n° 367.

L'emploi du Néol dans les brûlures.

Notre ami, le Dr de Grissac, nous communique à l'actif du Néol comme moyen de pansement, l'observation suivante :

Il s'agit d'un enfant de moins d'un an qui avait été affreusement brûlé par la chute d'une lampe à pétrole, aux avant-bras et à la jambe droite.

Cette dernière brûlure s'étendait à toute la partie antérieure, depuis la moitié inférieure de de la rotule jusqu'à un travers de doigt au dessus l'articulation tibio tarsienne. Depuis deux mois, on faisait régulièrement un pansement tous les matins. Bains prolongés dans de l'eau boriquée oxygénée, attouchements à l'eau oxygénée pure, pansements à la teinture d'iode, pure ou étendue, pansements à la gaze au peroxyde de zinc, etc., etc., et on n'arrivait pas à modifier une suppuration, toujours très abondante, quel que soit le procédé employé C'est alors que l'on fit l'essai du Néol, en suivant les indications données pour son emploi. Dès le premier jour, on observa une modification tout à fait heureuse. La suppuration presque entièrement disparue, on put ne renouveler le pansement que tous les deux ou trois jours et, marchant de pair, la cicatrisation fit des progrès très appréciables d'un pansement à l'autre. On entrevoit aujourd'hui la possibilité de faire des greffes épidermiques, ce à quoi on n'avait pu penser encore en raison de l'abondance de la suppuration. »

Il s'agit là, en somme, d'un produit qui peut rendre les plus grands services aux praticiens.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement de la maladie de Raynaud par les douches d'air chaud. — L'encéphalite aiguë. — Action des rayons X chez les diabétiques. — Le neuro-arthritisme thyroïdien et son traitement.

M. Bensaude soumet à la *Société médicale des hôpitaux* quatre observations de malades atteints du *syndrome de Maurice Raynaud* (gangrène symétrique des extrémités) qu'il a traités par les douches d'air chaud. Cette méthode thérapeutique a donné, on le sait, dans certaines gangrènes, la gangrène diabétique en particulier, des résultats remarquables ; elle s'est montrée également efficace contre les différents accidents évolutifs (asphyxie locale, gangrène) du syndrome de Raynaud

Le procédé employé par M. Bensaude est la douche d'air chaud fournie par un appareil à résistances électriques. L'air s'échauffe au contact de l'appareil et sort, suivant l'intensité du courant électrique, à une température variant entre 40 et 700 degrés. Les hautes températures (700 degrés) sont nécessaires pour carboniser les parties nettement sphacélées ; elles ne sont utilisées que rarement, la douche généralement employée étant celle à 50 degrés. La durée de l'application est d'une à deux heures par jour en moyenne.

L'action de la douche d'air doit être attribuée à l'activité plus grande de la circulation capillaire qu'elle produit, à ce que Bier appelait l'hyperémie active. Lorsqu'il y a infection et gangrène, l'air chaud paraît intervenir aussi en arrêtant l'infection.

Encouragé par ces résultats, M. Bensaude a d'ailleurs commencé à essayer l'air chaud dans le traitement des engelures et des troubles trophiques des ongles. L'inconvénient du traitement est de nécessiter une installation spéciale.

— Les accidents nerveux observés au cours des infections sont attribués généralement à des lésions méningées. Dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, M. Comby revendique la part de l'encéphale dans la genèse de ces accidents nerveux.

L'*encéphalite aiguë*, dit-il, est importante, en clinique infantile particulièrement. Elle peut survenir au cours des infections les plus diverses, grippe, coqueluche, entérite aiguë, oreillons, fièvres éruptives, diphtérie, pneumonie, fièvre typhoïde, etc. Dans beaucoup de cas, c'est une infection cryptogénique semblant agir d'emblée sur l'encéphale, organe si vulnérable chez l'enfant.

M. Comby distingue plusieurs formes ou degrés de l'encéphalite aiguë :

1° Forme bénigne, légère, curable, de courte durée, relevant plus de la congestion que de l'inflammation ; le cerveau n'a été qu'effleuré par la maladie ; les convulsions éphémères et les accidents spasmo-paralytiques passagers des maladies infectieuses rentrent dans ce groupe.

2° Forme grave, avec lésions plus profondes et plus durables de l'écorce cérébrale, se traduisant par des paralysies, des contractures des convulsions répétées, des épilepsies à longue échéance, des troubles psychiques plus ou moins tenaces.

3° Forme très grave entraînant la mort ou laissant à sa suite une sclérose cérébrale profonde et étendue avec paralysie spasmodique incurable et idiotie complète ou incomplète.

Le pronostic varie suivant le degré de l'encéphalite. En tout cas, il est moins fâcheux que celui de la méningite ; il y a donc un grand intérêt pratique à distinguer ces deux maladies.

Le diagnostic de l'encéphalite aiguë est difficile au début et ce n'est souvent qu'après coup qu'on ose l'énoncer.

L'éclampsie infantile sera éliminée par le retour immédiat à la santé et par l'absence de séquelles. Si les convulsions se répétaient sans cause apparente, si elles s'accompagnaient de fièvre, on devrait penser à l'encéphalite.

Les méningites aiguës (tuberculose, méningococcie, pneumococcie, etc.) ont pour elles la céphalée, les vomissements, la raideur de la nuque, la raie méningitique, les arythmies cardio-pulmonaires, etc. Enfin, la ponction lombaire montre clairement la réaction méningée : lymphocytose dans la granulie, polynucléose dans les méningites bactériennes. Dans l'encéphalite aiguë

le liquide céphalo-rachidien reste limpide et sans réaction leucocytaire.

Le traitement de l'encéphalite aiguë fait appel, au début, à la révulsion et à la dérivation : glace sur la tête, sangsues derrière l'oreille, lavement purgatif, bottes d'ouate. Comme calmant et antithermique, on usera des bains tièdes ou chauds, des lavements de bromure et de chloral, des enveloppements froids.

Plus tard, à la période des contractures, des paralysies, des troubles psychiques persistants, on fera appel aux moyens mécaniques, à la rééducation des mouvements, aux massages, aux frictions, au traitement médico-pédagogique.

— On connaît la puissance de pénétration des rayons X et l'action qu'ils peuvent exercer sur les éléments, non seulement de la surface du corps, mais aussi de la profondeur. A ce point de vue, les effets thérapeutiques de ces rayons, dans la cure de la leucémie par exemple, sont des plus remarquables.

Poursuivant des recherches radiologiques dans ce sens, M. Ménétrier a pu mettre en évidence d'une façon frappante l'*action des rayons X sur la glycogénie hépatique*. Cet auteur vient de communiquer les résultats qu'il a obtenus à la Société médicale des hôpitaux. Pratiquant chez de grands diabétiques des irradiations de la région hépatique à doses relativement faibles, il a vu survenir chez ses malades, à la suite de chaque irradiation, une augmentation notable de l'élimination urinaire du glucose, augmentation d'ailleurs passagère et faisant place, après quelques jours, à une diminution de la glycosurie. Cette glycosurie röntgénienne montre nettement l'action des rayons X sur la fonction hépatique. L'expérience de M. Ménétrier est à rapprocher de ce fait, connu des physiologistes, que chez le chien une simple malaxation du foie, pratiquée intentionnellement ou non au cours d'une expérience, peut suffire à augmenter la glycémie.

— M. Léopold Lévy a fait à la *Société de l'Internat* une conférence sur le *neuro-arthritisme thyroïdien* et son traitement.

Il existe, dit-il, un neuro-arthritisme causé par le mauvais fonctionnement de la glande thyroïde. Les accidents de ce neuro-arthritisme (migraine, rhumatisme, accès d'asthme, dermatoses, alopécie, etc.) sont associés à des phénomènes d'instabilité thyroïdienne (hypo et hyperthyroïdie) et sont justiciables du traitement thyroïdien, qui les améliore ou les guérit.

M. Léopold Lévi prescrit, en pareil cas, la glande thyroïde par voie buccale, à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 (glande fraîche) ou de 0 gr. 025 milligr. (glande desséchée, en poudre) en cachets. On donne un cachet tous les deux jours, la première semaine, puis un chaque jour. Si ces doses sont bien supportées et donnent un résultat satisfaisant, on continue ainsi en interrompant un à deux jours sur dix jours de traitement effectif. L'auteur a traité plus d'un millier de malades sans avoir jamais observé d'accidents. Néanmoins, la médication, comme toujours en matière de thyroïdothérapie, doit être surveillée. On surveillera la fréquence du pouls, le poids, les phénomènes nerveux : on cessera le traitement si le pouls dépassait 100 à 110, si le poids diminuait considérablement, si des accidents nerveux intenses (angoisse, battements de cœur, céphalée) venaient à se produire.

L'auteur a pu guérir ainsi des migraines rebelles, des accès d'asthme, et même amener la repousse des cheveux dans des cas de calvitie ancienne.

FORMULAIRE DIÉTÉTIQUE

Régimes à appliquer dans l'albuminurie qui survient au cours du diabète sucré,

Par le docteur Gaston Siguret,

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris, Médecin-consultant à Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme).

I. — Règles générales. — A. — La constatation d'albumine dans une urine de diabétique commande des modifications dans le régime déjà prescrit.

B. — Ici, comme dans toute albuminurie, on ne peut qu'indiquer les grandes lignes du régime à suivre, car il n'y a pas à proprement parler de régime schématique.

C. — Avant d'instituer un régime, le praticien devra se renseigner afin de savoir s'il se trouve en présence d'une albuminurie fonctionnelle sans lésions du rein ou d'une albuminurie lésionale.

II. — Cartes de régime. — A. Albuminurie fonctionnelle. — Il y a lieu de distinguer deux *cas*. — 1er *cas* : l'albuminurie ne dépasse pas 0,50 cent., au litre ; 2e *cas* : le taux de l'albuminurie est élevé, 1 gr. et plus au litre.

1er *cas* : Albuminurie légère.

Dans ce cas, on doit modifier légèrement la diététique instituée en vue de combattre la glycosurie. Voici les aliments permis et défendus :

a) *Aliments permis* :

Viandes de boucherie : viandes adultes : bœuf, mouton, porc, cheval, langue, oignons, en quantité modérée et au repas de midi seulement.

Animaux de basse-cour et gibier : poulet, pigeon, canard, dinde, oie, lapin, faisan, perdrix, grive, chevreuil très frais, en petite quantité, et toujours au repas de midi seulement.

Poissons : de rivière, très frais, même les poissons gras si le tube digestif est en bon état.

Crustacés et mollusques : grenouilles.

Œufs : pochés, mollets, brouillés, à la coque (le blanc coagulé), cocotte, en omelettes.

Fromages frais : caillé, suisse, gervais, etc.

Légumes féculents : pommes de terre en petite quantité.

Légumes verts : crosnes, chicorée, pissenlit, artichauts, haricots verts, épinards, endives, laitue, cardons, romaine, topinambour.

Fruits : pommes, poires, pêches, fraises, framboises, prunes, airelles, jeunes tiges de rhubarbe (tolérées) ; noix, noisettes, amandes.

Aliments semi-liquides : potages julienne et aux œufs.

Boissons : eau, décoction de substances amères, thé léger, vin rouge en très petite quantité.

Pain : d'amandes ou de gluten.

b) *Mode de préparation des aliments.*

Toutes les viandes seront bouillies, grillées, rôties ou braisées, toujours très cuits ; tous les poissons seront bouillis.

Tous les légumes seront cuits à l'eau longtemps, puis égouttés ; ils seront servis accompagnés de beurre frais.

Dans la préparation des mets, il ne rentrera ni jus de viande, ni extraits, ni condiments, sauf le sel en aussi petite quantité que possible.

c) *Aliments défendus* :

Viandes : jeunes veaux, etc., foie, viandes gélatineuses, cervelles, ris, boudin, tripes.

Gibier (faisandé).

Poissons de mer (dans presque tous les cas).

Crustacés et mollusques : langoustes, homards, écrevisses, huîtres, moules, escargots.

Fromages fermentés.

Lait.

Céréales.

Les féculents : riz, pois, lentilles, châtaignes, etc.,, *toutes les pâtes.*

Certains légumes verts, tels que : choux, choux-fleurs, asperges, oseilles, carottes, betteraves, navets, cresson, céleri, poireaux.

Fruits : raisins, cerises, figues, dattes, abricots, oranges, melon, raisins secs.

Boissons : alcool, bière, cidre, café, cacao.

2e *cas.* Albuminurie abondante.

Il est nécessaire d'instituer aussitôt le *régime lacté* et de suivre ce régime par périodes : huit à dix jours par mois. Quand l'albuminurie tombe, on revient peu à peu au régime indiqué dans les cas d albuminurie légère.

B. Albuminurie lésionale. — *Régime lacté absolu* jusqu'à ce que l'albumine ne tombe plus. Toutefois, si le malade éprouvait trop de répugnance, s'il avait de la diarrhée, s'il se cachectisait, si le sucre augmentait fortement ou même si l'albuminurie n'était pas tombée au bout d'un mois à la place du régime lacté intégral, on instituerait un régime ovo-végétarien, en donnant les légumes cités plus haut, et en accommodant légumes et œufs, suivant les règles déjà énoncées. Comme boisson, on prescrirait de l'eau ou du thé léger. De temps à autre, un peu de viande au repas de midi.

A propos de la fièvre typhoïde, qui vient de faire les frais des dernières séances de l'Académie, un bactériologiste des plus connus disait récemment : « Quand on a fait beaucoup de bactériologie, on a beaucoup de mal et il faut beaucoup de temps pour découvrir le bacille d'Eberth dans les selles. Inversement, les débutants y arrivent très facilement ».

Parole pleine d'ironie et qui doit donner à réfléchir aux emballés qui font reposer la prophylaxie de la dothiénentérie sur la découverte des sujets bacillifères par la coprologie microscopique.

SÉMÉIOLOGIE

Sur la précipito-réaction dans le diagnostic de la méningite cérébro-spinale.

Le précipito-diagnostic, recommandé il y a quelques mois seulement par MM. Vincent et Bellot pour la recherche de la méningite cérébro-spinale, est aujourd'hui indiscutable.

En voici le principe : le méningocoque sécrété dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de méningite cérébro-spinale, aussi bien que dans les milieux artificiels de culture des produits solubles, et ceux-ci peuvent être mis en évidence si l'on ajoute au liquide céphalo-rachidien complètement éclairci par la centrifugation un sérum spécifique, ou mieux un sérum précipitant correspondant.

(Ce sérum doit être récent ; il est préparé par l'injection réitérée à un animal de méningocoque autolysé dans l'eau distillée).

Le précipito-diagnostic repose sur une réaction d'infection ; il ne doit pas être confondu avec la recherche des précipitines dans le sang des malades, car ces précipitines résultent d'une réaction de défense.

Ces précipitines ne sont pas nécessairement constantes, car la sécrétion des substances défensives peut être variable, insuffisante ou même absente chez certains malades.

Il n'en est pas de même de la constatation des sécrétions spécifiques du microbe.

Dans ces conditions c'était nécessaire de donner une dénomination spéciale, celle de précipito-réaction, à l'épreuve destinée à mettre en évidence, par l'action d'un sérum précipitant spécifique, l'existence des produits de culture ou d'antolyse du microbe pathogène.

La technique de cette opération est la suivante : mettre 100 gouttes de liquide céphalo-rachidien éclairci complètement par centrifugation en contact avec 5 à 6 gouttes de sérum précipitant. A défaut de celui-ci, utiliser le sérum précipitant de Wassermann, ou le sérum thérapeutique de Flexner. Porter le mélange à l'étuve à 50 ou 55° et examiner après 10 à 14 heures l'opalescence produite ; comparer avec un tube témoin (liquide céphalo-rachidien seul). Cette opalescence, même très faible, n'en implique pas moins un caractère positif de l'épreuve ; le témoin doit rester clair ; sinon il ne faut pas tenir compte du résultat de la réaction.

Le liquide à examiner doit être récent, avoir été conservé au froid, et surtout à l'obscurité.

La réaction fait le plus souvent défaut chez les malades qui ont déjà été traités par la sérothérapie.

Le sérum précipitant doit être polyvalent. C'est pour avoir utilisé un sérum insuffisant que l'on a eu parfois un résultat négatif (1). A cet égard, le sérum thérapeutique de Flexner, qui est est très polyvalent, peut rendre de réels services

(1) Vincent. — XVIe Congrès international de médecine, Budapest, 1909.

Laboratoire, 207, Boulevard Pereire, PARIS.

(Agar-agar, extraits biliaires, extraits complets de toutes les glandes intestinales.)

JUBOL

Rééduque l'Intestin

La cure de rééducation dure six mois.

(Acad. des Sciences, 28 juin 1909.)

1 à 3 comprimés en se couchant. (Avaler sans croquer.)

TRAITEMENT DE

l'**ARTHRITISME**

et de la ***DYSPEPSIE***

par l'Eau de

VALS SOURCE REINE

Un Verre le Matin à jeun

Un Verre une heure avant le Déjeuner

Un Verre une heure avant le Dîner

Le reste de la Bouteille consommé aux Repas

Toutes Pharmacies ou s'adresser à M. CHAMPETIER, à Vals-les-Bains (Ardèche)

TRAITEMENT RATIONNEL & HYGIÉNIQUE DE LA CONSTIPATION HABITUELLE

THAO MARQUE DÉPOSÉE

THAOLAXINE

THAO MARQUE DÉPOSÉE

PAILLETTES CACHETS GRANULÉ
COMPRIMÉS

PRODUIT EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL

RÉGULATEUR DES FONCTIONS INTESTINALES

LAXATIF RÉGIME _ PAS D'ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES
DURET & RABY
à MARLY-LE-ROI (S.&O.)

ÉCHANTILLONS
& BROCHURES
FRANCO sur DEMANDE

CHOLÉOKINASE
6 à 8
Ovoïdes par jour

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE
DE L'ENTÉROCOLITE
MUCOMEMBRANEUSE

Traitement de la TUBERCULOSE

par la RÉCALCIFICATION

RACHITISME ❖ SCROFULOSE ❖ CROISSANCE



à base de sels calciques rendus assimilables

Sur demande, envoi de la Littérature

Laboratoire des « PRODUITS SCIENTIA »

42, rue Blanche, PARIS.

dans cette épreuve. Les sérums renferment des co-précipitines qui peuvent agir sur les paraméningocoques.

Dans la pratique, les méningites dues à ces derniers microbes seuls sont très rares, et les co-réactions ne font évidemment pas obstacle à l'emploi du sérum pour le diagnostic de la méningite à diplocoques de Weichselbaum, pas plus que les co-agglutinines existant dans le sang des typhiques ne contre-indiquent l'emploi de la réaction de Widal dans le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Le nombre total des cas de méningites de toutes natures examinées par cette méthode est aujourd'hui de plus de 100 : 49 fois la précipito-réaction a démontré qu'il s'agissait de méningites à diplocoques de Weichselbaum.

A noter que la réaction a été positive dans le cas de méningite à liquide céphalo-rachidien clair, amicrobien, à propos desquels on avait pensé à la méningite tuberculeuse. Or ces malades ont guéri par la sérothérapie, justifiant ainsi le diagnostic que la réaction avait permis de porter.

***

D'ailleurs, cette méthode offre une portée générale qui la rend applicable au diagnostic d'autres affections.

C'est ainsi que Vincent et Bellot (1) appliquant le même principe à l'étude de 2 cas de méningite à pneumocoques, et d'un cas de méningite à streptocoques, ont obtenu une réaction précipitante en mettant le liquide céphalo-rachidien en présence d'un sérum homologue.

Ces recherches ont permis de constater la fréquence de réactions méningées amicrobiennes, avec diapédèse polynucléaire et surtout mononucléaire, dans le cours de la grippe, de la broncho-pneumonie, alors que les malades avaient des symptômes méningitiques frustes, guérissant d'ailleurs en quelques jours ; en pareils cas on ne trouve pas de précipito-réaction.

Dr Georges.

TUBERCULOSE

Généralités sur l'emploi des tuberculines,

(*Deuxième partie.*)

Par le Dr René Martial.

b) *La Tuberculine comme moyen diagnostique.*

Ce mode d'emploi de la tuberculine présente aussi un grand intérêt. Il est pratiquement prouvé que l'injection de tuberculine est d'une pratique très sûre pour reconnaître la présence ou l'absence d'affections tuberculeuses chez les animaux. Il est singulier que les médecins applaudissent à l'usage diagnostique de la tuberculose chez les animaux, usage qui préserve les populations de l'absorption de lait et de viande tuberculeux, et qu'ils s'abstiennent d'en profiter, à quelques exceptions près, chez les hommes.

On peut dire que l'épreuve diagnostique est aussi inoffensive que le traitement par la tuberculine quand on la conduit avec le soin nécessaire.

Comme moyen diagnostique, la tuberculine peut être employée de trois manières : en injections hypodermiques ; par scarification ; par instillation.

Les deux dernières méthodes sont les plus simples.

Par instillation : On instille dans l'œil du sujet une goutte de tuberculin-test de l'Institut Pasteur : cette instillation est suivie ou non de réaction conjonctivale ; cette méthode, due à A. Calmette, s'appelle ophtalmo-réaction. Elle est d'une grande fidélité et absolument inoffensive si l'on a soin de ne faire l'instillation que dans un œil absolument normal. Toute trace même légère d'affection oculaire la fera écarter momentanément, de façon à ne pas ajouter une conjonctivite expérimentale, temporaire d'ailleurs, à une conjonctivite plus ou moins légère déjà existante, ou à une blépharite ciliaire, ou à une dacryocystite, laquelle est d'ailleurs elle-même fréquemment tuberculeuse, comme on sait.

La réaction, qui est de courte durée, démontre que le sujet porte en un point quelconque de l'organisme un foyer bacillaire. La technique, si élémentaire d'ailleurs, est indiquée sur les prospectus qui entourent les ampoules de tuberculin-test que délivrent les Instituts Pasteur. Nous n'y insisterons pas davantage, parce que tous les journaux médicaux l'ont décrite au cours de ces dernières années et que les célèbres communications du Dr A. Calmette sont encore présentes à l'esprit de tous.

Par scarification. — C'est la méthode de von Pircket. Elle consiste à choisir un point de la peau, sur l'avant-bras, par exemple, et, après désinfection et asepsie, à y pratiquer deux traits de scarification en croix, en évitant avec soin de faire saigner, c'est-à-dire, en n'intéressant que l'épiderme et les couches supérieures du derme. Sur le point de croisement des deux stries, on dépose une goutte de tuberculine brute que l'on laisse sécher. Le lendemain on constate une réaction caractérisée par une tuméfaction rougeâtre des stries accusée surtout à leur point de croisement et qui ne dure que quelques heures. On l'a comparée à l'aspect d'un élément éruptif de variole au début, on lui a même décrit une période d'ombilication. Pour des raisons basées sur l'expérience personnelle, je crains que ce procédé ne soit pas absolument fidèle et il m'a semblé à plusieurs reprises que des sujets appa-

(1) Société médicale des hôpitaux, 21 mai 1909.

remment non tuberculeux y avaient réagi. Cette méthode est connue sous le nom de cutiréaction.

Par injections hypodermiques. —C'est la méthode la plus sûre, mais aussi la plus délicate. Avec cette méthode il n'y a pas, en effet, seulement réaction locale, mais aussi réaction générale. La réaction locale se produit au foyer tuberculeux, débute quelques heures après l'injection et disparaît complètement le 3e jour ; la réaction générale doit être observée d'une manière attentive, au moyen de la courbe de température et des phénomènes généraux : malaise, courbature, céphalée, sueurs et même frisson, quelquefois exanthème — puis herpès labial. Les deux réactions sont liées, mais l'une peut être plus intense que l'autre et vice-versa. La réaction locale est le signe le plus certain de tuberculose, car même un sujet sain peut présenter une légère réaction générale. Enfin, la réaction locale, dans ce procédé, n'indique pas seulement l'existence et le siège de la lésion, mais encore son étendue et ses ramifications. La démonstration est particulièrement nette lorsqu'on pratique cette réaction pour établir les connexions invisibles, et l'étendue réelle, sous la peau d'apparence normale, d'un lupus tuberculeux, par exemple.

Mais il y a des contre-indications à cette épreuve ou tout au moins, des précautions. Il faut s'enquérir de l'état des poumons et de celui du système osseux. S'il existe quelque lésion déjà avérée ou très suspecte, il faut ne donner la tuberculine qu'avec la plus grande circonspection, de manière que la ou les réactions locales n'aboutissent pas à une déliquescence du tissu tuberculeux. S'il y a doute, on commencera, chez un adulte, par une dose de 1/100e de milligr. pour 1 centim. cube d'eau distillée additionnée ou non de 25 % d'acide phénique. Sinon, on commencera avec la dose de 1 dixième de milligr. Si la réaction n'a pas lieu, il faut, pour être certain que la tuberculose supposée n'existe pas, faire, 48 h. plus tard, une injection de 5/10e de milligr. Quand, en effet, on injecte la tuberculine dans un but diagnostique, la dose ne doit pas être augmentée trop graduellement, car alors la tolérance s'établit et la capacité réactionnelle diminue en même temps. On se souvient que lorsque la tuberculine est employée au point de vue curatif, progressivement, on évite, au contraire, toute réaction. Chez les enfants, on commencera toujours par 1/100e de milligr. (1).

La tuberculine comme moyen diagnostique, employée en injections, est particulièrement précieuse en dermatologie.

Quelquefois l'administration de tuberculine est suivie d'un exanthème scarlatiniforme, ou urticarien, ou papuleux avec ou sans desquamation. Mais ce fait doit être passablement rare car, bien que j'aie eu l'occasion de manier assez souvent la tuberculine, tant au point de vue curatif qu'au point de vue diagnostique, je n'ai encore jamais observé une telle éruption. La tuberculine n'amène pas seulement de réaction dans les cas de tuberculose cutanée évidente, mais aussi dans les tuberculides et dans les anciens foyers tuberculeux en apparence guéris (cicatrices, etc.). L'épreuve à la tuberculine permet le diagnostic avec des lésions syphilitiques la confirmation de la nature tuberculeuse de certaines lésions et surtout la détermination de leur topographie, notion très importante à connaître en vue du traitement. On sait, en effet, que, dans le lupus tuberculeux, par exemple, l'étendue réelle de la région infiltrée déborde toujours plus ou moins celle que l'on voit et que les bornes de la lésion visible ne sont pas du tout celles de la lésion tout entière. Il faut traiter la peau passablement loin en dehors des limites visibles. La réaction à la tuberculine fait apparaître les frontières réelles du mal et parfois même leurs connexions avec le système ganglionnaire.

Chez les enfants, la dose de 1/100e de milligr. peut elle-même être trop forte comme dose initiale et on fera bien en commençant par une injection au 1/1000e de milligr. quitte à passer à 1/500e et à 1/100e si la première dose n'a amené aucune réaction. Cette prudence m'est suggérée par l'observation d'un petit garçon de 6 ans environ chez lequel la réaction à la tuberculine démontra les limites d'un lupus, mais « déclancha » l'évolution d'une tumeur blanche, insoupçonnée auparavant. Ce qui fut d'ailleurs un mal pour un bien.

Pour préciser un peu les généralités énoncées dans cet article et le précédent, nous donnerons dans le troisième et dernier trois exemples d'application des tuberculines.

(1) Au nombre des réactions locales, il faut savoir que chaque point de piqûre précédent peut entrer en réaction.

Le « chahut » au cours d'anatomie. — On sait que le cours de M. Nicolas, professeur à la Faculté de médecine, a été troublé à différentes reprises, depuis deux mois, par des incidents tumultueux qui en ont provoqué la fermeture provisoire.

Ce cours a été rouvert la semaine dernière. Le professeur n'a pu prendre la parole. Mardi dernier, des incidents, plus graves encore que les précédents, l'obligeaient à quitter une fois de plus l'amphithéâtre.

Des affiches apposées à la porte de la Faculté annoncent aux étudiants que les cours sont suspendus une seconde fois.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le médecin de campagne et l'exercice de la spécialité,

Par le Dr BOUDIN (d'Oyonnax),
Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Chirurgie générale

Dans presque toutes les bibliothèques de médecins de campagne, à côté du traité d'accouchements et du manuel de thérapeutique,se trouve, en bonne place, l'ouvrage de Lejars, sur la chirurgie d'urgence. La vogue de ce livre s'explique aisément : éloigné de tout secours chirurgicaux, le praticien rural est heureux, dans les cas pressants, d'avoir le conseil d'un livre qui pourra lui donner l'indication de ce qu'il ne faut pas faire, puis, de ce qu'il lui est possible de tenter.

Pourquoi le médecin de campagne ne fait-il pas de chirurgie, ou n'en fait-il que dans le cas d'extrême urgence ? Par défaut d'installation, par défaut de pratique, par manque d'aides. Il y a cependant bien des malades aisés qui vont se faire opérer dans les hôpitaux de grande ville et qui devraient rester l'apanage des médecins locaux.On se plaint de l'encombrement des hôpitaux : on a raison, sur ce point, et même on doit aider les commissions administratives à lutter contre cette intrusion des malades aisés dans l'asile des pauvres. Mais qu'il me soit aussi permis d'ajouter que la situation s'éclaircirait singulièrement si les praticiens de campagne savaient retenir chez eux la plupart de ces malades qui émigrent vers la grande ville.

Je vais donc essayer de prouver que la chose est faisable et que le médecin rural peut très bien aborder une partie de la chirurgie générale.

Certes, il ne doit pas se lancer dans toutes les interventions. Un insuccès compromettrait sa tentative ; puis, le manque d'aides très expérimentés lui interdit certaines opérations abdominales. Enfin, sauf le cas d'urgence,il n'a pas intérêt à pratiquer lui-même telle opération difficultueuse, car il touchera rarement de gros honoraires. Un client ne marchandera jamais un maître ; mais pour nous, médecins de campagne, on a une telle habitude de nous avoir à si bon marché que l'on ne saura jamais honorer, d'une manière suffisante, le service rendu, si grand soit-il.

Il ne faudrait cependant pas me prêter l'intention de voir faire de la chirurgie par tous. Là encore, il faut qu'il y ait, dans chaque centre de campagne, un confrère, compétent, à qui l'on pourrait demander conseil et qui serait capable d'exécuter les interventions possibles dans un milieu rural.

Je ne veux pas non plus faire une nomenclature fastidieuse, autant qu'incomplète, de toutes les interventions qui sont à notre portée. Qu'il me soit simplement permis d'insister sur ce seul point : dans un milieu approprié, les chirurgiens de campagne pourraient très bien opérer eux-mêmes des hernies, étranglées ou non, faire des amputations, quelques résections, trépanation d'ostéomyélite, pleurotomie, retournement de vaginale, colpotomie, etc. Mais encore faut-il avoir un local *ad hoc*, pour mener à bien ces interventions chirurgicales.

On peut, il est vrai, opérer à domicile ; mais à moins d'urgence absolue, il est préférable de délaisser, comme salle d'opération, les chambres obscures, sans air ni lumière, à poussière abondante, que l'on rencontre chez nos bons paysans. Malgré l'air pur des champs, nous aurions grand' chance d'avoir des suppurations.

Avoir une clinique particulière est chose coûteuse, à moins que l'on opère le malade chez soi, dans un cabinet monté pour cela, puis que l'on fasse transporter le malade soit chez des parents à lui, soit dans un hôtel voisin.

Mais il est de beaucoup préférable d'organiser une salle d'opérations dans un petit hôpital, cantonal ou autre. D'ailleurs, la mode est aux hôpitaux et l'on voit foule de petites localités demander les fonds nécessaires pour avoir leur hôpital-hospice. La chose est plus facile qu'on ne le croit, si la bonne intelligence existe entre confrères.

Je ne reviendrai pas sur les projets d'organisation d'hôpitaux que j'avais fait paraître dans le *Bulletin* de l'Union des Syndicats de 1907, p. 105 et 137. Je me contenterai d'exposer par quels procédés on peut, selon moi, créer un centre chirurgical sans grands frais. J'ajouterai que cette organisation existe à Oyonnax et nous donne toute satisfaction.

Autant il est désirable, lorsqu'aucun médecin ne fait de la chirurgie, dans une petite localité, de voir le service de l'hôpital être fait, à tour de rôle, par les praticiens locaux, autant il est de l'intérêt des malades et de l'administration que le service chirurgical ne soit confié qu'à un seul. Si même l'hôpital est trop petit pour faire un service de chirurgie distinct, il est alors à désirer que les médecins s'entendent entre eux pour que le chirurgien soit seul de service à l'hôpital.

J'y vois les avantages suivants : le chirurgien doit suivre ses opérés, les panser lui-même ; il doit avoir la libre disposition de la salle d'opérations et des instruments ; il doit donc, à demeure, être le chef de ce petit service.

Mais il ne doit pas pour cela exclure ses confrères. L'administration peut bien mettre, dans son règlement, que les malades payants peuvent faire choix de leur médecin et qu'ils devront le rétribuer eux-mêmes ; mais on inscrira aussi la restriction suivante : c'est que la première consultation se fera avec l'assistance du médecin de service.

Celui-ci, en effet, peut être appelé à donner d'urgence ses soins à ce payant ; puis on sauvegardera, de la sorte, le bon fonctionnement du service médical.

En réalité, le médecin choisi sera, la plupart du temps, le médecin de service ; mais ce règlement lui permettra de demander des honoraires aux malades qui ne seront pas indigents et d'en de-

mander également pour ses confrères qui l'assisteront dans ses interventions.

On arrive de cette manière-là à donner aux petits hôpitaux la vraie signification qu'ils doivent avoir : ils sont hôpitaux-hospices pour les indigents, les pauvres ; ils sont maison de santé pour les malades aisés.

On peut, au besoin, ne pas recevoir tous les malades dans la salle commune ; il peut y avoir des salles plus petites exclusivement payantes et même des chambres particulières.

Le médecin, touchant ses justes honoraires, sera content ; l'administration de l'hôpital se déclarera également satisfaite, car les malades payants sont une ressource pour le budget annuel ; puis une telle organisation rehausse le renom de l'établissement ; enfin les communes, pouvant faire opérer leurs indigents dans cet hôpital régional, s'en tirent à meilleur marché que lorsqu'il leur faut hospitaliser leurs pauvres dans les hôpitaux de grande ville.

Enfin, le chirurgien pourra toucher légitimement des honoraires de la part des accidentés du travail, soignés à l'hôpital. S'appuyant en effet sur le jugement du tribunal de paix d'Autun, 22 mai 1908 (*Concours médical*, 1908, p. 516), il pourra dire que le tout compris de l'art. 4 de la loi du 31 mars 1905 n'est pas applicable aux cliniques privées ; puis, faisant état du jugement de paix de Confolens, du 18 janvier 1909 (*Concours médical*, 1907, p. 549), il pourra dire que l'accidenté, étant soigné dans une salle dite payante, n'est point hospitalisé, au sens prévu dans la loi du 31 mars 1905, puisque les salles communes, réservées aux malades gratuits, sont des salles de clinique ou de maison de santé.

Mais passons. Quelle organisation matérielle peut-on faire dans un hôpital et à quel prix ?

On peut prendre une salle très claire, vaste et chauffée. Elle devra être éclairée par une large baie que l'on pourra toujours pratiquer, sans grands frais, à travers un des murs. Pour que la salle soit propre et facilement lavable, on pourra faire enduire les murs, par un plâtrier-peintre, de trois couches de ripolin crème ou blanc.

Le parquet sera en béton, bitume, ciment ou mieux mosaïque. Cela permettra les lavages à grande eau.

D'ailleurs, on fera donner une légère pente à la salle, pour l'écoulement des eaux. Le tuyau d'évacuation devra être muni d'un siphon pour éviter les odeurs.

A l'autre extrémité de la salle, on fera disposer, si possible, un robinet à grand débit d'eau, pour permettre les grands lavages.

Le mobilier sera réduit à sa plus simple expression :

Une table d'opérations, permettant le Trendelenburg et la position gynécologique. Nous avons à l'hôpital d'Oyonnax une table genre de Quervain, dont nous sommes très satisfaits et que l'on peut avoir à 300 francs.

Un brancard roulant, pour le transport des opérés.

Deux ou trois tables roulantes, à tablettes en verre cathédrale pour entreposer les intruments et autres.

Une vitrine à instruments.

Un à deux tabourets à vis.

Un lavabo pour eau stérilisée, s'ouvrant et se fermant au coude.

Un autoclave, permettant la stérilisation de l'eau et des objets de pansement.

Mais ce dernier appareil n'est pas indispensable, car on trouve dans le commerce des pansements et objets pour opérations, dont la stérilisation peut donner toute confiance. C'est ainsi qu'à Oyonnax, nous employons depuis deux ans, les produits stérilisés de la maison Corbière et Lindeux ; jamais nous n'avons eu à nous en plaindre. D'ailleurs, la présentation de ces objets est faite d'une manière très commode et très pratique.

Comme instruments on pourra s'inspirer de la liste ci-après. Qu'il suffise de savoir qu'il n'est pas nécessaire de s'encombrer d'une foule d'outils. Pourvu que l'on puisse faire les opérations d'urgence, tout est là. Plus tard, au fur et à mesure des besoins, on pourra se procurer le matériel qui pourrait faire besoin.

Cette salle d'opérations servira également de salle de pansements et de salle d'examen. Mais a-t-on une opération aseptique à faire, la veille on fait laver la salle et les murs, puis on brûle deux ou trois Fumigators, qui sont livrés aux hôpitaux à des conditions très avantageuses.

Un dernier conseil pour terminer, mettre autant que possible la salle d'opérations sur le même plan que les salles de malades : lorsque tout est de plain-pied, le transport des opérés en est très facilité.

Notre salle d'opérations nous est revenue à 4.000 francs environ, comprenant : mobilier, instruments, murs ripolinés et revêtus de porcelaine à hauteur d'homme, ainsi qu'une mosaïque comme parquet.

Devis d'instrumentation.

1 stylet boutonné.
1 stylet aiguille.
2 sondes cannelées
2 pinces à dissection, mors plats
2 pinces à dissection, dents de souris.
1 porte-nitrate.
1 porte-aiguille de Reverdin, avec 3 aiguilles.
1 porte-aiguille simple.
12 aiguilles à suture.
1 seringue hydrocèle 150 gr., métal.
1 trocart à robinet.
1 aspirateur Potain.
12 pinces de Péan.
12 pinces de Kocher.
1 gouge.
1 burin.
1 thermocautère.
1 maillet, bronze mou.
2 curettes de Volkmann.
2 écarteurs de Farabeuf.
1 pince de Liston.
1 ouvre-bouche.
1 coin de bouche en buis.
1 pince à langue.
2 abaisse-langue manche fixe.

1 dilatateur œsophagien de Trousseau.
6 pinces clamps.
6 daviers anglais.
1 spéculum vaginal.
2 pinces à abaissement.
2 valves.
1 curette de Sims.
1 curette laveuse.
1 série dilatateurs d'Hégar.
1 sonde de Budin.
1 sonde dilatatrice de Reverdin.
1 hystéromètre.
1 forceps.
1 basiotribe.
3 canules pour trachéotomie.
1 dilatateur à 3 branches de Laborde.
6 sondes de Nélaton.
12 bougies olivaires en gomme.
2 tubes avec bouchon pour sondes.
1 pince à ongles.
1 bande d'Esmarch.
1 tube d'Esmarch.
1 pulvérisateur.
2 canules cristal pour injections vaginales.
2 canules de Janet.
3 cuvettes réniformes en verre.
2 stéthoscopes.
2 boutons de Jaboulay (ou de Villard).
5 bistouris.
1 bistouri boutonné.
1 couteau à amputations.
1 scie.
2 paires de ciseaux courbes.
4 paires de ciseaux droits.
2 rugines.
2 bassins de lit.
1 bidet.
12 doigtiers baudruche.
1 masque à éther.
1 masque à chloroforme.
1 cisaille à plâtre.
1 seringue de Roux de 20 cc.
2 vessies à glace.
1 releveur-laveur des paupières
3 stylets de Bowann doubles.
2 sondes d'Itard, maillechort.
1 spéculum de Duplay.
1 poire de Politzer.
1 miroir frontal.
3 miroirs laryngiens.
2 manches pour miroirs.
1 porte-coton métal.
1 amygdalotome.
1 pince de Ruault.
2 curettes adénotomes.

Mais, malgré le désir que l'on peut avoir d'opérer tous ses malades à l'Hôpital, il est des cas où l'urgence, la gravité de l'affection forcent le chirurgien à intervenir à domicile.

Dans nos campagnes, le cas le plus fréquent sera la hernie étranglée : le malade, l'entourage tergiversent, espèrent que « ça passera tout seul ». Bref, lorsque le médecin parle d'opération, le patient est intransportable.

Le chirurgien, par téléphone, pourra s'entendre avec le médecin traitant ; il saura ainsi quelles sont les ressources pharmaceutiques du pays, pour les matières de pansement (et non pas pour prier le pharmacien d'assister à l'opération, comme quelques médecins le font trop souvent). Il recommandera à son confrère de faire disposer une chambre, ne pas la faire balayer, pour ne pas soulever les poussières, de faire bouillir de l'eau d'avance, etc., le tout se faisant pendant que le chirurgien accomplit son voyage pour se rendre auprès de celui qu'il doit opérer.

Il s'agit maintenant d'organiser ce qui est nécessaire à l'intervention. La table ? Le chirurgien peut en avoir une dans sa voiture, une de ces tables pliantes, tout en métal, qui ne tiennent pas grande place et sont très commodes. On peut s'en passer et utiliser une table quelconque pas trop large.

Dans une boîte, le chirurgien aura deux ou trois sarreaux passés à l'autoclave de son hôpital, ou bien simplement bouillis et repassés (la chaleur du fer à repasser est assez forte pour stériliser suffisamment le linge).

Les champs opératoires seront faits avec des serviettes que l'on aura fait bouillir, à moins d'utiliser les boîtes stérilisées que la maison Corbière et Lindeux a présentées d'une manière si commode. Les instruments seront bouillis dans une bouilloire ; les instruments tranchants, piquants, bistouris, aiguilles, seront stérilisés par immersion dans l'alcool à 90°.

La région opératoire sera lavée et stérilisée à la teinture d'iode. Quant aux tampons, fils, drains, gazes et cotons stérilisés, le chirurgien en aura apporté un certain nombre de boîtes avec lui, boîtes qu'il aura prises chez le pharmacien, à condition, au compte de l'opéré.

On peut avoir toute confiance dans ces pansements stérilisés : depuis deux ans, mes confrères et moi, n'avons jamais eu à nous plaindre ; il faut dire que la maison Corbière et Lindeux accepte toutes les observations qu'on peut lui faire, présente les pansements comme on le lui demande, et même se plie à toutes les petites marottes des chirurgiens : toujours elle arrive à les contenter.

Je conclus donc qu'il est très facile d'opérer à la campagne, soit à l'hôpital, soit, mais plus rarement, en clientèle, . Quant aux interventions difficiles, on les fera faire par le chirurgien des grandes villes.

Mais le résultat immédiat, le voici : le médecin de campagne, qui sera chirurgien, touchera des honoraires qui, actuellement, lui échappent, puisque le malade se fera opérer par lui, et non dans un hôpital de grande ville. Et le confrère qui n'est pas opérateur, sera l'aide rétribué, chose qu'il ne serait jamais si le malade était dirigé sur un grand hôpital.

Dr Boudin.

La clôture de la souscription du LIVRE D'OR THERMAL reste définitivement fixée au 31 janvier prochain, le Livre devant paraître en mai pour l'ouverture de l'Exposition de Bruxelles, et l'éditeur demandant quatre mois pour l'exécution de l'ouvrage.

Prière aux Administrations thermales ou climatiques retardataires de hâter l'envoi de leurs souscriptions. (Communiqué par l'*Union des Etablissements thermaux de France*, 69, rue de la Victoire, Paris.)

MÉDECINE ET MUTUALITÉ

Pourquoi faire des concessions aux mutualités ?

Il est temps de réagir contre cette idée communément répandue chez nos clients, et aussi chez un grand nombre de nos confrères : il faut faire des concessions aux mutualités. Pourquoi ? A quel titre ?

Une mutualité en vue de la maladie est une association de gens qui, toutes les semaines ou tous les mois, versent une cotisation dans le but d'avoir, en cas de maladie, les soins médicaux gratuits et quelquefois aussi les fournitures pharmaceutiques. Au bout de l'an, tous ses membres ont versé une égale somme, 25 francs, je suppose ; mais l'un d'eux qui a joui d'une parfaite santé n'a pas fait dépenser un centime par la Société, tandis que pour un autre fréquemment malade elle a dû débourser 50 francs. Tous deux sont également satisfaits ; celui-ci se félicite en pensant qu'isolé il eût dépensé deux fois plus ; celui-là est trop heureux d'avoir été valide toute l'année pour regretter les 25 fr. qu'il a versés, et puis sait-il ce que sera pour lui l'année prochaine ? Tous deux préfèrent ainsi verser fréquemment une petite somme qu'ils ont facilement sous la main pour être assurés de n'avoir pas à débourser, après une maladie, une somme considérable qu'ils n'auraient pas et trouveraient peut-être difficilement.

Je présume que c'est sur ces bases qu'a été édifiée la première société de secours mutuels. Celui en l'esprit de qui a germé cette pensée merveilleuse et si féconde, et qui a su la réaliser, a droit à notre gratitude et à notre admiration. De pareilles organisations doivent être encouragées, propagées, parce qu'elles donnent à leurs adhérents — avantages inestimables — la sécurité, la confiance dans l'avenir.

Ainsi définie, une mutualité est purement une association mutuelle ; mutuel, à en croire Larousse, signifie réciproque. Mais alors quel rôle vient jouer le médecin ?

Un jour, le président d'une de ces Associations est venu trouver le médecin et lui a fait part de son beau rêve. « Voilà : La Société compte 300 membres ; vous seul, à l'exception de vos trois confrères de la ville, serez chargé de leur donner des soins. C'est donc 300 clients que je vous offre là en bloc ; est-ce alléchant ? Sans doute vous consentirez bien une petite diminution sur le prix de chaque visite ou mieux encore nous vous donnerons une somme forfaitaire. A la combinaison, chacun de nous trouve son avantage ; nous, puisque nos frais médicaux seront réduits, et vous, docteur, puisque vous serez l'unique médecin de la Société. » Et le médecin a accepté.

Que de fois la scène s'est reproduite ! Que de fois un praticien un peu gêné, sa clientèle payant fort mal, a accepté une diminution du prix de la visite ou du forfait sous la menace que la Société allait faire des offres à un confrère qui accepterait sûrement ? Les Mutualités ont agi avec les médecins comme avec des marchands de truffes du Périgord, ou des fabricants de talons tournants.

Certains diront : Les médecins ont fort bien fait de s'entendre ainsi avec les mutualités, comme le marchand de foies gras truffés, ou le fabricant de talons ; les uns comme les autres font 25 % de rabais, mais, suivant l'expression vulgaire « ils se rattrapent sur la quantité ». D'abord, est-ce bien digne de la profession que nous exerçons : pour réduire le prix de nos visites, il faut d'autres raisons que la pensée de nous créer une clientèle ; le praticien doit s'interdire absolument la concurrence par le rabais. Et puis, y a-t-il un si réel profit ? Le cas suivant peut se présenter : dans une ville où exercent avec un égal succès deux médecins, deux mutualités d'égale importance se constituent ; pour une raison politique, je suppose, chacune fait appel à un médecin différent et obtient de lui un tarif réduit d'un tiers. Eh bien, il est heureux, le résultat ! Au total, chaque médecin de cette localité n'a pas gagné un client et a consenti bénévolement à perdre le 33 % sur le prix habituel, déjà peu élevé, de chaque visite.

N'est-ce pas ce qui se produit dans les centres où l'entente des médecins est parvenue à assurer le libre choix ? Partout où ce principe est respecté et où des tarifs de faveur, par une incroyable routine, continuent à être accordés aux mutualités, l'équilibre des avantages, qui pouvait exister dans certains cas avec le système du médecin attitré, est totalement détruit. Avec le libre choix et le tarif réduit, il y a avantage pour le mutualiste ; mais où est l'avantage du praticien ?

Dès lors pourquoi faire des concessions ?

Est-ce parce que les membres de ces Sociétés sont réellement intéressants ? Mais qui nous prouve que la bourse de tous ces mutualistes, qui réclament de nous un rabais, ne leur permettrait pas de payer le prix intégral de la visite, au tarif le plus réduit, au tarif ouvrier ? Faut-il pour être adhérent à l'une de ces multiples associations, faire une déclaration de son avoir, de son gain annuel, de ses revenus ? Est-il inscrit dans les statuts de ces Sociétés qu'il faut gagner, pour en faire partie, moins de 2000 francs par an de traitement ou de bénéfices ? Je ne le pense pas. Dès lors, qui que vous soyez, quelle que soit votre situation pécuniaire, quelle que soit l' « apostume de votre bourse », vous pouvez frapper à l'huis de l'une de ces sociétés, on vous ouvrira tout de suite. Nul n'a le droit de vous en fermer

la porte, rien ne peut vous en interdire l'entrée. Que demain l'un des Rosthchild ait l'intention de s'y affilier, quel article des statuts pourrait-on invoquer pour ne pas l'admettre ? Et d'ailleurs l'expérience nous montre surabondamment qu'un grand nombre de clients, qui nous payaient fort bien au prix habituel, ont subi l'attraction et se sont fait enrôler. C'est si tentant ! on comprend la petite scène : Deux amis se rencontrent.

« Ah ! mon cher, je viens de payer mon médecin. Quelle note ! Je n'aurais jamais cru qu'il m'avait fait autant de visites.

— Pourquoi, répond l'ami, ne m'imites-tu pas ?

— Et que fais-tu donc ?

— Moi, je fais partie de la Société de Secours Mutuels. Je verse vingt sous par mois. Pour ce modeste franc, j'ai droit au médecin « à l'œil ». Dans le courant de l'an dernier, où tous chez moi ont été malades, il est venu 213 fois.

— Merci du conseil, mon ami. Fais-moi, je te prie, inscrire tout de suite ».

Il n'est donc pas permis de dire que la situation des mutualistes doit émouvoir notre pitié et leurs demandes trouver le chemin de nos cœurs.

Si donc rien ne nous invite à entrer en composition avec les sociétés de secours mutuels, ni l'intérêt des médecins, ni la situation des mutualistes, que faut-il répondre aux propositions de ces derniers ? Un refus catégorique serait la conclusion logique du raisonnement qui précède. Les praticiens sollicités devraient répondre : « Partisans du libre choix, convaincus de la nécessité de réaliser ce principe intangible, n'ayant par conséquent rien à gagner à une entente et ne trouvant dans vos statuts nulle raison suffisante pour vous faire des concessions dictées par la charité, nous ne pouvons que vous considérer comme des clients ordinaires. » Si la société a peu d'adhérents, peu de fonds en caisse, s'il n'est d'aucune façon possible de faire miroiter aux yeux d'un jeune médecin une éventuelle clientèle, tout ira pour le mieux. Le cas s'est présenté récemment dans la petite ville où j'exerce. Une mutualité, la Société des Retraités, s'étant constituée,vint trouver l'un après l'autre les quatre médecins et fit à chacun l'offre d'être médecin de la Société. Ces propositions successivement repoussées, la Société fit une nouvelle démarche et demanda que, le libre choix étant admis, nous consentions une réduction sur le prix des visites. Nouveau refus collectif ; et l'un de nous même ajouta : « Vous avez constitué la Société des retraités et vous demandez une réduction ! Mais supposez que demain se constitue la Société des non-retraités, bien plus intéressante évidemment que la vôtre, que devrons-nous faire pour elle ? » Les retraités de notre ville continuent à payer comme des clients ordinaires.

Mais dans certains cas — des exemples récents sont présents à la mémoire de tous — la Société est riche, nombreuse. Elle a dépensé annuellement 4 ou 5.000 francs pour le service médical.Les médecins veulent maintenant supprimer la réduction. C'est bien ; on leur montrera que l'on peut se passer d'eux . Est-ce que pour 3000 fr. pour 2000 même on ne trouvera pas un médecin? et on le trouve ce médecin, on le trouve, hélas ! facilement.

Quelles mesures prophylactiques y a-t-il à prendre contre un semblable état de choses ? Il faudrait d'abord que tous les confrères d'une même localité, au lieu de se jalouser et de se voler les clients, s'entendent, se voient souvent, s'unissent pour mieux se défendre. Ce n'est pourtant pas difficile et chacun ne peut qu'y gagner. Il faudrait encore que tous les médecins soient syndiqués ; le syndicat peut décréter des sanctions contre les confrères coupables, même non syndiqués, comme, par exemple, le refus d'aller en consultation avec eux. Il faudrait que les praticiens qui acceptent de faire de pareilles besognes soient bien persuadés qu'ils ne tarderont pas à s'en repentir, et que si une société offre généreusement 3000 francs, il y a certainement pour 6000 francs de temps, d'efforts, de travail, de sueur, à lui donner. Il faudrait enfin que les jeunes gens qui sortent de la Faculté avec leur diplôme dans la poche aient en outre dans l'âme, la ferme volonté de vivre selon les règles déontologiques ; il faudrait pour cela que des cours soient institués dans les facultés et que nos maîtres commencent par nous donner l'exemple de la bonne confraternité.

Mais toutes ces mesures, que je crois excellentes, ne peuvent donner des résultats immédiats. Ce sont des médications préventives et non curatives ; c'est le sérum antitétanique de la question. Par la mise en œuvre de ces moyens on peut arriver,je l'espère, dans quelques années, à la solution des divers conflits qui naîtront entre médecins et mutualités.

En attendant,en pratique la question se pose de la façon suivante : une mutualité existe ou se constitue ; nous sommes d'avis de refuser le rabais dont elle a joui jusqu'à présent ou qu'elle réclame.La conduite à tenir dépend évidemment de chaque cas particulier. Si la Société ne peut avoir l'espoir d'attirer un médecin et de se l'attacher, il est simple de refuser le rabais purement et simplement.

Dans les autres cas , il faudrait voir les mutualistes, causer avec eux, les convaincre du peu d'équité de leurs prétentions, leur poser la question : « Pourquoi vous faire des concessions ? », discuter d'une façon courtoise, mais pied à pied, leur montrer combien ils s'éloignent de la vraie formule de la Mutualité, invoquer la dignité de la

médecine, etc. Je crains bien que toutes ces raisons n'entrent que difficilement dans l'esprit de gens qui ne voient dans cet entretien qu'une affaire à conclure et qu'un homme à rouler. Je veux croire, cependant, que certains mutualistes reconnaîtront le bien-fondé de notre résistance et y céderont. Pour les autres, pour ceux qui fermeront les yeux et se boucheront les oreilles, la question est plus épineuse. Faut-il brusquer, faut-il arriver par étapes au résultat désiré ? Cela dépend des circonstances et du milieu.

Je sais bien que cet appel à la résistance va faire pousser des cris d'orfraie à un certain nombre de profanes : « Voilà encore les médecins qui protestent !..... Où sont nos vieux médecins? Les médecins doivent leurs soins gratuits à qui ne peut pas les payer..... C'est une servitude de la profession, une obligation, etc., etc. »

Ceux qui parlent ainsi ignorent ou feignent d'ignorer que les soins à donner aux malheureux incombent aux classes aisées, constituent une sorte de dette que l'humanité et la loi imposent aux contribuables et que le médecin aurait déjà rempli son devoir, quand il est passé chez le percepteur, comme tout citoyen ; qu'il fait en outre œuvre de charité en acceptant, en demandant même à visiter les indigents pour un prix dérisoire, quelquefois même gratuitement. Ceux qui parlent ainsi ignorent ou feignent d'ignorer qu'il existe à côté des indigents toute une classe de clients qui ne figurent pas sur les listes d'assistance, soit qu'ils n'aient pas eu l'heur de plaire à M. le Maire, soit qu'une certaine fierté, qui n'est pas incompatible avec la misère, les ait empêchés de demander leur inscription. A ceux-ci plus intéressants souvent que les inscrits et moins exigeants, nous donnons nos soins sans en espérer la moindre rémunération en ce monde. C'est cette abnégation, ce dévouement qui font et feront toujours de la profession médicale la plus honorée, la plus digne de respect.

Avec de telles obligations, que les médecins ne se refuseront jamais à remplir, notre rôle n'est-il pas déjà assez beau ? Faut-il encore faire des concessions aux Sociétés de Secours mutuels ? C'est, à mon avis, une grosse erreur. Le libre choix, que nous devons défendre et imposer de toutes nos forces, fait que l'on ne peut plus faire valoir l'intérêt que nous pourrions avoir à soigner les mutualistes. Aucune raison ne peut nous engager à entrer dans la voie des concessions, puisqu'il n'est aucune barrière à la porte de ces Sociétés.

Nous posons donc cette question aux Mutualistes : « Vous connaissez nos charges, nos devoirs ; à quel titre réclamez-vous des concessions ? »

Dr Coste,
à Bédarieux (Hérault).

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Un rêve.

En novembre dernier, eurent lieu à Paris tout une série très intéressante d'Assemblées générales : Union des Syndicats médicaux, qui célébrait en même temps son vingt-cinquième anniversaire, *Concours médical*, Sou médical, Amicale-maladie, Caisse de retraite du corps médical Français, Association des médecins de Seine-et-Oise, le tout clôturé par le superbe banquet traditionnel chez Marguery.

Est-ce la chaleur communicative de ce banquet, ou bien la verve si jeune et si amusante de plusieurs de nos meilleurs confrères, toujours est-il qu'en rentrant à mon logis, fort tard dans la nuit, je m'assoupis lourdement, puis me mis à rêver. Combien de temps dura ce rêve ? je ne sais, mais j'en ai conservé un souvenir si précis, une vision si distincte, que je puis vous le redire aujourd'hui comme si j'y étais encore.

J'apercevais une maison d'allure cossue, située non loin du boulevard St-Michel, et cependant ce n'était pas l'hôtel des Sociétés savantes.

C'était mieux que cela et d'apparence plus confortable. L'aspect extérieur n'indiquait en rien l'usage auquel était destiné cet immeuble ; mais dès qu'on en avait franchi le seuil, on était renseigné ; un superbe larbin venant au devant de vous, vous demandait ce que vous désiriez et suivant votre réponse vous indiquait l'étage et la porte utiles. En bas, le *Concours médical* occupait le rez-de-chaussée. En face du bureau du gardien, s'ouvrait un très gentil salon d'attente avec journaux illustrés et quotidiens de toutes nuances, salon de correspondance également.

Au fond de ce salon se trouvait le bureau de renseignements du *Concours* et enfin le bureau de la direction, avec un cabinet spécial pour consultations juridiques ou autres. Les filiales avaient leur local.

Le premier étage était occupé par l'Association générale des médecins de France et à cet étage se trouvait une salle assez spacieuse soit pour servir de salle de fêtes, soit pour nos assemblées générales. Au-dessus et se partageant les autres étages, on trouvait l'Union des Syndicats médicaux, le Syndicat des médecins de la Seine, l'Association Lagoguey, etc. Enfin au lieu d'éparpiller leurs efforts, toutes les Associations médicales ayant leur siège à Paris formaient un faisceau compact leur permettant d'occuper tout un immeuble, ce qui pouvait leur permettre de diminuer sensiblement leurs frais généraux et présentait pour le praticien de province l'avantage immense de pouvoir en une seule course, régler avec les différentes associations toutes les questions intéressantes.

Or il est un fait certain : c'est que plus vous offrez de facilités au voyageur, plus vous avez de chances qu'il use de ces facilités.

Combien toutes nos œuvres de défense professionnelle recevraient plus d'adhésions si leur siège social était d'abord facile et agréable, si

on était sûr d'y trouver non seulement un employé aimable et prévenant, mais encore d'y rencontrer le confrère ami, de passage également à Paris.

Ce qui m'intéressa vivement aussi, c'est qu'au service des renseignements du *Concours médical* était annexé un service des théâtres. La chose, semblait-il, allait toute seule. En effet le *Concours*, après une entente avec le Syndicat des médecins de théâtre et avec différents confrères médecins de théâtre non syndiqués, se chargeait d'assurer, par l'intermédiaire de confrères de province, le service des théâtres, chaque fois que le titulaire ne pouvait le faire lui-même. D'où double service rendu et au médecin titulaire et au confrère de province de passage qui pouvait offrir à sa femme une distraction agréable.

Après avoir admiré comme il convenait cette petite République et avoir adressé aux organisateurs mes félicitations les plus sincères, je saluai le gardien et me trouvai dans la rue. Nous étions en novembre, la nuit était venue et il faisait froid, ce qui me réveilla brusquement et je m'aperçus alors que malheureusement je n'avais fait qu'un beau rêve.

Docteur DELPEUT.

REPORTAGE MÉDICAL

Mesure disciplinaire. — Dans sa dernière réunion tenue le 31 décembre, le Conseil de l'Université de Paris a prononcé l'exclusion à toujours de toutes les facultés d'un étudiant de la Faculté de médecine qui, récemment, au cours d'un examen, a injurié deux des examinateurs et s'est porté sur l'un d'eux à des voies de fait.

L'un des professeurs, M. Prenant, qui avait déposé une plainte au Parquet contre l'étudiant, vient de la retirer.

Une nouvelle Faculté. — Nous croyons devoir faire connaître à M. le Doyen de la Faculté de médecine de Paris, par le document suivant, qu'il vient de se créer à deux pas de son domicile particulier une institution concurrente de celle qu'il dirige avec éclat.

Décision prise par la faculté scientifique de France (5, rue du Pré-aux-Clercs, Paris, près du boulevard Saint-Germain, 200 et de la rue de l'Université, 11.) dans sa séance solennelle du 15 décembre 1909. — La Faculté scientifique de France n'est pas seulement une institution scientifique où viennent travailler de nombreuses célébrités médicales, mais encore une œuvre de bienfaisance *subventionnée*.

Combien de sociétés scientifiques ne sont que des centres d'oisiveté et de réaction ! Il faut cependant que tout le monde sache qu'il existe une méthode nouvelle pour prévenir et guérir une quantité de maladies infectieuses où la thérapeutique officielle est demeurée impuissante. Nous entendons déjà les protestations que soulèveront ces lignes ; il s'agit de l'intérêt général et de la santé publique ; nous avons donc *le droit et le devoir de parler*.

Afin que les gens peu fortunés puissent, comme les riches, profiter de cette nouvelle méthode de guérison qui *réussit* là où les autres ont échoué pour le traitement des maladies de poitrine, bronchite, laryngite, asthme, emphysème, même de la tuberculose, la Faculté a décidé, dans sa séance solennelle du 15 décembre 1909, que :

1° La location des appareils (brevetés) nécessaires à l'application des traitements *ne sera réclamée aux malades qu'après guérison* ;

2° Que les médecins de la Faculté ne conseilleront ce nouveau traitement qu'après un minutieux examen du malade, qui viendra à la Faculté se faire examiner, ou du questionnaire adressé à ces médecins ;

3° Qu'il sera interdit à ces malades, en traitement à la Faculté, de ne prendre aucune autre médication de leur médecin habituel, car certains praticiens, ignorant encore les bienfaits de l'oxygène employé à chaud, « médication cependant approuvée et recommandée par les grands Maîtres de l'Université », pourraient, par des conseils erronés ou intéressés, déconseiller notre traitement.

Si la tuberculose fait tant de victimes, c'est parce que beaucoup de médecins ne savent pas la soigner. Aux haineuses calomnies dont honorent la Faculté Scientifique certains d'entre eux, cet établissement, unique au monde entier, répond par de nombreuses guérisons.

« *Le malade a donc à choisir entre la Faculté Scientifique de France et son médecin.* »

4° Si un des médecins, inspecteurs de la *Faculté*, dans ses tournées, apprenait qu'un malade en traitement ne se conforme pas entièrement à cette prescription, la location des appareils, au lieu de n'être exigible *qu'après guérison, serait réclamée immédiatement, et les appareils retirés*.

Il est donc de l'intérêt des malades qui *désirent être guéris* définitivement de se conformer entièrement aux prescriptions des médecins de la Faculté, puisqu'ils ne *paieront qu'après complète guérison*.

Aucun établissement médical n'a fait encore pareille proposition, il serait à souhaiter qu'une quantité de médecins *puissent suivre cet exemple*, il y aurait alors moins d'exploitation de malades, et ces derniers seraient au moins assurés de ne pas dépenser leur argent vainement dans l'espoir de revenir à la santé.

Tous les malades qui voudront se conformer à cette nouvelle décision de la Faculté Scientifique devront donc remplir et nous adresser, sans retard, le questionnaire ci-joint, et ne pas attendre que leur maladie soit incurable, car les médecins de la Faculté ne traitent que ceux qu'ils croient pouvoir guérir.

La Direction.

Joindre un timbre pour la réponse.

—The right man at the right place. — Serait-il possible que nous vissions un jour mise en pratique chez nous la formule utilitaire chère à nos voisins d'Outre-Manche ? Et les médecins qui dans la nation armée, appartiennant aux cadres auxiliaires seraient-ils appelés à en être l'une des plus vivantes applications par un meilleur apprentissage du rôle qu'ils auraient à remplir en cas de guerre ?

On sait que les périodes d'instruction des médecins de réserve consistent le plus souvent en des remplacements de médecins de l'active dans les corps de troupes en dehors des manœuvres.

Quand les médecins veulent se préparer à leur rôle en cas de guerre il leur faut faire des périodes supplémentaires pendant les manœuvres spéciales du service de santé.

C'est là une anomalie contre laquelle vient de protester justement la Société des médecins du XIVe dans l'ordre du jour qui suit :

Considérant :

« Que les périodes d'exercices de réserve et de territoriale sont destinées à enseigner aux médecins leur rôle en temps de guerre ;

Qu'elles sont actuellement déviées du but patriotique dans lequel la nation les a consenties ;

Que les médecins, s'ils veulent apprendre leur rôle spécial, sont obligés de perdre du temps à des exercices supplémentaires ;

Qu'il résultera fatalement de cette situation, lors de la mobilisation, un désordre dangereux, quand on compare notre organisation à celle de nos ennemis éventuels ;

Emet le vœu :

Que les périodes d'exercices ne soient employées qu'à donner au corps médical l'instruction spéciale dont il aura besoin au lieu de le faire servir au remplacement de ses confrères de l'armée ;

Que cet enseignement soit donné lors des manœuvres du corps de santé ;

Qu'il porte sur le service en campagne, et en général tout ce qui a trait au triage des blessés, à la manœuvre de l'outillage de transport, l'établissement des services hospitaliers du champ de bataille; sur tout ce qu'il aura à faire, qu'il devrait connaître et qu'on ne lui enseigne pas ;

Invite les sociétés médicales, le Congrès des praticiens, les syndicats médicaux, à user de leur influence afin d'obtenir ces réformes urgentes pour le bien de la nation. »

Nous souhaitons que ce vœu trouve un écho au sein de tous nos groupements professionnels et qu'il réussisse à faire modifier un état de choses incompréhensible et à généraliser les fameux centres d'Instruction qui ont eu l'année dernière tant de succès à Paris et à Lyon.

L'impôt sur les Eaux minérales. — Les efforts tentés par tant de bons esprits pour éviter le vote d'une loi éminemment préjudiciable à l'une des branches les plus intéressantes de notre industrie seraient-ils demeurés vains ?

Il paraît que d'accord avec le gouvernement, la commission du budget a décidé d'imposer la vignette aux eaux minérales d'un prix élevé, c'est-à-dire celles vendues en gros à plus de 20 centimes la bouteille. L'impôt porterait sur 30 millions de bouteilles pour une production totale de 80 millions de bouteilles. A raison de 5 centimes de vignette, le rendement serait de 1 million et demi.

Heureusement que le dernier mot n'en est pas dit et, qu'à défaut de la Chambre des Députés, le Sénat réfléchira à deux fois avant de sanctionner de son vote une mesure d'un rendement si infime, au regard des légitimes intérêts qu'elle compromettrait.

Projet de loi contre l'absinthe aux Pays Bas. — La Commission des Etats Généraux des Pays-Bas, conclut à l'adoption du projet de loi déposé par le Gouvernement au sujet de la prohibition de l'absinthe. Voici les principaux articles de ce projet.

Article premier. — Cette loi entend par absinthe toutes les liqueurs préparées à l'absinthe, quelle que soit leur dénomination.

Art. 2. — *Il est défendu d'importer, de transporter, fabriquer, vendre et livrer de l'absinthe ou d'en avoir en magasin.*

Art. 3. — Le transport en transit de l'absinthe est permis sous des conditions qui seront réglées par ordre général de l'administration.

Art. 6. — 1° L'infraction à l'art. 2 de cette loi rend le délinquant passible de trois mois de prison au maximum ou d'une amende ne dépassant pas 500 florins.

L'absinthe sera confisquée.

2° Si, au moment de l'infraction, deux années ne se sont pas écoulées depuis qu'une condamnation antérieure du délinquant, coupable d'avoir contrevenu à l'article susdit, soit devenue irrévocable ou que l'amende imposée ait été payée, l'infracteur, sans tenir compte de la confiscation de l'absinthe, sera puni de six mois de prison au maximum ou d'une amende ne dépassant pas 1.000 florins.

Combien ne serait-il pas à désirer que, soucieux d'enrayer enfin les progrès menaçants de l'alcoolisme, notre Parlement prît l'initiative d'une semblable prohibition en France !

Hélas ! il faut compter avec le *bistro*, intronisé grand électeur, sans préjudice des bouilleurs de cru, au privilège si *cher* aux élus du suffrage universel.

Internat et externat des hôpitaux. — L'arrêté du préfet de la Seine qui vient de changer la date des concours de l'internat n'a pas été sans soulever une certaine émotion parmi les internes en exercice.

C'est la quatrième ou la cinquième fois depuis vingt ans qu'on change la date de l'entrée en fonctions des internes qui tous autrefois prenaient leur service le 1er janvier.

L'augmentation du nombre des candidats prolongeant la durée du concours, malgré les séances supplémentaires et la bonne volonté du jury, il fut reconnu que le concours ne pouvait guère se terminer que dans le courant de janvier et l'entrée en fonctions fut reportée en février, puis en mars, puis en mai comme elle l'est actuellement.

Ce retard apporté à l'entrée en fonctions des nouveaux nommés ne fut préjudiciable à personne, car les anciens, ceux qui terminaient leur quatrième année, eurent de ce fait quelques mois de plus à rester titulaires et ne s'en plaignirent pas.

Mais aujourd'hui il n'en est plus de même. Les internes, nommés pour quatre années, du 1er mai au 1er mai, voient leur temps de titulariat abrégé de deux mois. Ils protestent et ils demandent comment on entend respecter leurs droits acquis au concours. Nous ne doutons pas que l'administration ne fasse connaître bientôt une solution qui sauvegardera tous les intérêts. (*La Gazette des Hôpitaux.*)

Galilée démontrait le mouvement en marchant. C'est à coup de circulaires, de règlements successifs que nos grandes administrations affirment leur existence. Heureuse France ! ! !

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Briot, de Chaussin (Jura); Lecocq, de Cany (Seine-Inférieure); Nidergang, de Belfort (Haut-Rhin) ; Guillemard, de Sermaize (Marne) ; Liébaut, de Nogent-sur-Marne (Seine); Pierre, d'Amiens (Somme); Dauvé, de Colombey-les-deux-Eglises (Haute-Marne) ; Dessal-Quentin, de Sevraud (Dordogne) et Duponchel, de Périgueux (Dordogne), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 6 Dimanche 6 FÉVRIER 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

SOMMAIRE

Propos du jour.
La situation actuelle du corps médical parisien. — La nouvelle entente médicale parisienne. — Ces pauvres assureurs..... 111
Clinique médicale.
Gangrène sénile et gangrène syphilitique..... 114
Dermatologie.
Les petits lupus..... 116
La semaine médicale
Séméiologie des fractures du col du fémur. — Les injections de morphine contre la coqueluche de l'enfant. — Sur la médication tonique. — Renseignements fournis sur l'état local de chacun des deux poumons par la comparaison des températures axillaires..... 117
Revue des sociétés savantes
Diagnostic et traitement de l'urethrite postérieure. — Occlusion aiguë duodéno-stomacale. — Les accidents de l'électrocution. — Traitement électrique des névralgies rénales..... 120
Formulaire raisonné
Les iodures de mercure..... 121
Ophtalmologie du praticien
Traitement des conjonctivites..... 122
Hydrologie médicale
Actualité nosographique. — Quelques aperçus sur la grippe..... 125
Intérêts professionnels.
Le médecin de campagne et l'exercice de la spécialité. — Pédiatrie et orthopédie..... 126
Exercice illégal
Escrocs ou criminels..... 127
Sou médical
Informations judiciaires. Syndicat des commerçants et industriels de France. — Concours d'images..... 129
Bulletin des Sociétés d'intérêt professionnel.
Association et syndicat des médecins du département d'Alger..... 131
Bibliographie...... 131
Reportage médical..... 132
Nécrologie..... 132

PROPOS DU JOUR

La situation actuelle du Corps Médical Parisien. — La nouvelle entente médicale parisienne.

Sous le nom de Fédération des médecins de la région parisienne, il s'est constitué jeudi 27 janvier une ébauche d'entente entre les divers groupements médicaux parisiens, entente qui, nous l'espérons, se développera, secondera l'action syndicale et finira peut-être par donner quelques résultats. Mais pour bien comprendre ce qu'est et pourra devenir cette entente, il n'est pas inutile de connaître l'organisation assez diffuse et complexe du corps médical parisien.

Quatre mille médecins exercent dans la région parisienne et ces quatre mille médecins sont loin de former un corps pourvu d'une unité morale.

Parmi eux, 500 professeurs, agrégés, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, et grands spécialistes exercent dans des conditions absolument privilégiées et ne subissent que par contre-coup les influences de la crise médicale. Ils forment, qu'on le veuille ou non, une sorte de classe à part dans le corps médical. Individuellement, ils sont, pour la plupart, d'excellents confrères, mais leurs intérêts et leurs conditions d'existence sont pour l'instant si différents de ceux des praticiens ordinaires qu'ils ne sauraient bien en comprendre les besoins et les revendications. Nous disons, *pour l'instant*, car il est à prévoir que, très prochainement, la crise médicale portera ses ravages même dans leurs rangs. Le nombre de ces privilégiés va fatalement en s'accroissant sans cesse, et d'autre part la décentralisation de la chirurgie et de la spécialisation qui créent dans chaque ville de province des centres chirurgicaux importants, jointe à la simplification et les progrès des méthodes médicales et chirurgicales qui étendent la sphère d'action du praticien, commence à restreindre singulièrement la clientèle et les honoraires de ces médecins haut cotés.

Ces 500 confrères forment dans le monde médical une sorte de clan étroitement fermé; ses membres se mêlent bien de temps à autre aux praticiens dans diverses sociétés, scientifiques ou amicales, mais ils ne prennent, il faut le reconnaître, aucune part active à la défense professionnelle, et assistent sans enthousiasme au développement du syndicalisme médical.

Les trois mille cinq cents autres médecins, véritables praticiens, ceux-là, exercent dans des conditions plus ou moins favorables selon le quartier ou la région où ils ont fixé leur domicile. Néanmoins ils ont des intérêts similaires et souffrent à des degrés divers des mêmes maux. Le fonctionnarisme, la mutualité, les compagnies d'assurance, l'extension sans contrôle de l'assistance médicale et de l'hospitalisation, l'encombrement de la profession, etc., leur portent à tous un préjudice réel. Ces praticiens sont très diversement groupés ; les associations qu'ils constituent forment parfois des enchevêtrements singuliers ; certaines comptent au nombre de leurs membres un chiffre notable d'adhérents de sociétés rivales en apparence. Il s'ensuit pour l'organisation du corps médical parisien une situation assez confuse.

Parmi ces Sociétés, signalons d'abord les Associations de prévoyance et de secours mutuels :

✦

l'Association des médecins de la Seine, la Société centrale de l'Association générale, l'Association Lagoguey, la Prévoyance, les filiales du *Concours médical* (Amicale-maladie, Caisse des retraites, etc.). Ce ne sont guère là des Associations de défense ni d'intérêts médicaux ; cependant, chez certaines, il est parfois advenu un réveil imprévu de quelque article statutaire de déontologie et nous avons assisté à des éruptions éphémères de ces volcans éteints de la cause professionnelle, dont la période la plus active n'avait cependant pas laissé de traces bien apparentes. Ces manifestations ont jeté cependant un certain trouble dans le monde médical, elles y ont provoqué quelque bruit, quelques secousses inoffensives. Mais peu à peu tout s'apaise et, fatigués de cette tentative de fausse activité, les éléments usés de ces vieilles Sociétés reprennent leur coutumier sommeil dont ils auraient dû ne jamais sortir.

A côté, un assez grand nombre de Sociétés d'arrondissements vivent d'une existence absolument variable. Les unes, comme celles du Louvre, de l'Elysée, du VIe arrondissement, ont des allures de sociétés savantes. Certaines sont des réunions amicales dont le banquet annuel est la manifestation principale. D'autres, comme la Société du XIIIe, sont de vrais petits syndicats qui ne craignent pas d'engager la lutte contre des abus locaux, ceux de la Mutualité par exemple. La plupart de ces sociétés, tout en conservant jalousement leur autonomie, forment entre elles une sorte d'Union fédérative dont l'émanation est le Conseil général des sociétés d'arrondissement.

Toutes ces sociétés, d'organisation ancienne, ne peuvent jouer qu'un rôle assez limité en défense professionnelle et ce fut la cause de la naissance et du développement du Syndicat des médecins de la Seine.

Les débuts de ce Syndicat furent pénibles, mais il parvint à grandir grâce à l'inlassable ténacité de Le Baron, son fondateur. Chaque fois qu'il voulut faire preuve de vitalité, il vit se dresser contre lui un groupe de confrères dont les interêts très personnels se trouvaient lésés par le désir légitime que poursuivaient les syndiqués d'augmenter l'indépendance et le bien-être du plus grand nombre. La campagne récente des accidents du travail, la mise à l'ordre du jour de l'application du libre choix du médecin à l'indigent suscitèrent une levée de boucliers de médecins d'assurances, de médecins fonctionnaires, qui se crurent directement menacés. A eux, vinrent se joindre quelques confrères plus timides qui craignaient de faire avec le Syndicat un saut périlleux dans l'inconnu. La division en sections syndicales éveilla encore la méfiance de quelques Sociétés d'arrondissement et de leur Conseil général. Une scission résulta de cet ensemble de circonstances et le Syndicat médical de Paris groupa les dissidents.

Loin de nuire au mouvement syndical cette scission amena chez les syndiqués une recrudescence d'activité. Le Syndicat des médecins de la Seine, affilié fidèle de l'Union des Syndicats médicaux de France, doubla en quelques mois le nombre de ses adhérents qui approche actuellement de 1.500 et le Syndicat médical de Paris réunit environ 250 médecins. Si on joint à cela les petits Syndicats locaux qui se créèrent dans la banlieue (Syndicats de l'Est-Parisien, de St-Mandé, de Vincennes, de Charenton, etc.) (1), on peut constater qu'à l'heure actuelle la moitié du corps médical parisien se trouve effectivement syndiqué. Les médecins de la banlieue restèrent aussi en grand nombre fidèles au Syndicat des médecins de la Seine, dont ils forment cinq sections ; mais malgré cela ils surent se grouper en Associations autonomes, tels les petits syndicats que nous venons de citer et la grande Association Amicale de la Banlieue-Ouest qui, se ressentant du voisinage et de l'influence du Syndicat modèle de l'arrondissement de Versailles, donne un remarquable exemple d'unité et de discipline dans l'action.

Citons encore à côté de ces groupements médicaux une foule de sociétés et de syndicats spéciaux, qui s'occupent d'intérêts plus limités, mais dont l'activité influe sur tout le corps médical. Les Sociétés médicales de l'état civil, des inspecteurs des écoles, des bureaux de bienfaisance, des médecins des postes et télégraphes, etc., véritables syndicats des médecins fonctionnaires ; la Société de l'Internat, à caractère surtout scientifique ; l'Union fédérative des médecins de réserve et de territoriale, l'Association de la Presse médicale, le Syndicat des journalistes médicaux, les Syndicats généraux de spécialistes : médecins-dentistes, oculistes, laryngologistes, électrologistes et radiologistes, kinésithérapeutes, agrégés à l'Union des Syndicats, et le Syndicat des hydrologistes qui, pour des raisons que nous ignorons et qui doivent tenir sans doute à la faible sympathie que la Faculté témoigne aux Syndicats en général, continue à se tenir éloigné du corps des praticiens.

Enfin signalons, à l'avant-garde de nos Syndicats, la section parisienne du Syndicat de médecine sociale, dont le but limité n'est pas exclusivement médical.

Ce Syndicat, qui est plutôt une ligue de défense sociale, agit avec des appuis politiques et des tendances socialistes qui ne lui permettent pas de rentrer dans les cadres des vrais syndicats médicaux auxquels la politique de parti est interdite par leurs statuts.

Avec pareille organisation, il semble que la lutte professionnelle soit frappée à Paris d'une relative impuissance, car à côté de ce nombre considérable de Sociétés diverses plus ou moins combatives ou mobilisables à l'occasion, il existe un groupe important de sauvages, d'indépendants ou d'insociables. Ce groupe compte d'abord un chiffre de plus en plus restreint de docteurs à bonnet pointu et à perruque, qui pontifient à leur manière, parlent de sacerdoce comme au temps de Molière, excommunient les syndicats et se figurent s'annoblir en conservant les pré-

(1) Ces syndicats sont affiliés à l'Union des Syndicats médicaux de France.

jugés du début du siècle dernier ; puis viennent les jeunes ambitieux aux dents longues et au cœur léger de scrupules qui craignent d'être gênés par les associations, dans une chasse un peu trop cynique à la clientèle ; enfin il y a la troupe, heureusement peu nombreuse, de ceux qui, poussés par la misère ou le manque absolu de sens moral, se vouent à toutes les besognes louches et se ferment ainsi volontairement les portes de tous les groupements médicaux.

Malgré cette situation à demi anarchique, nous avons assisté à une intéressante tentative d'entente et à la conception, car nous n'osons encore dire la naissance, d'une Fédération des médecins de la région parisienne.

Le Syndicat médical de Paris en prit l'initiative et, malgré tout un passé récent de luttes et de querelles qui ne furent pas toujours marquées au sceau de la plus chevaleresque courtoisie, le Syndicat des médecins de la Seine, faisant encore une fois céder ses ressentiments à l'intérêt général, répondit à l'invitation. A dire vrai, le Syndicat médical de Paris qui forme, pourrions-nous dire, la droite du syndicalisme médical, pouvait plus facilement que tout autre attirer dans une entente les vieilles sociétés et ceux qu'effraie ou révolte jusqu'au seul mot de Syndicat, car il en est encore. Comme représentants du Syndicat de la Seine, le secrétaire général, le Dr Tourtourat et moi-même nous rendîmes à la réunion du 27 janvier et malgré la présence de Jeanne et de Diverneresse pour le « Sou médical », de Vimont et de Boudin pour le *Concours médical*, nous ne pûmes nous empêcher de témoigner notre surprise de voir nos 1500 membres représentés par deux délégués, tout comme une petite société d'arrondissement de 25 à 30 membres. Jeanne, Tourtourat, Boudin et moi-même crûmes aussi devoir faire nettement nos réserves :

Nous sommes, avons-nous dit, liés par un pacte avec tout le corps médical français, représenté par l'Union des Syndicats médicaux de France qui avec ses 137 syndicats compte plus de 8.300 membres. Sous aucun prétexte nous ne nous rallierons à un organisme qui pourrait à un moment donné nous séparer de nos confrères de province. Nous considérons que les intérêts des medecins sont identiques à Lyon, à Marseille, à Nancy, à Lille, à Nantes, à Montpellier et à Paris. Nous allons plus loin, nous sommes convaincus que les intérêts des médecins ruraux sont intimement liés à ceux des médecins des villes et nous déclarons ne vouloir jamais nous engager dans une voie qui ne serait pas celle de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Avec une franchise et une netteté à laquelle nous devons rendre hommage, MM. Descouts, de Pradel, Chapon, Le Fur, Régis, du Syndicat médical de Paris, vinrent affirmer que, loin de vouloir lancer le corps médical parisien dans une voie divergente de l'Union des Syndicats médicaux de France, leur grand désir était de le conduire dans le même sens ; que le but qu'ils poursuivaient était tout de conciliation ; que l'on avait pu réaliser une sorte d'entente qui avait donné de beaux succès pour le relèvement des honoraires ; que, sur beaucoup d'autres points, (les relations avec la Mutualité, par exemple, pour n'en citer qu'un) l'entente médicale pouvait se continuer complète et donner des résultats immédiats. Nos confrères répliquèrent à Diverneresse qui aurait voulu que la Fédération fût simplement intersyndicale, que l'on ne pouvait négliger le concours de nombreux groupements de non syndiqués venus à la réunion, que sans eux toute tentative d'action utile pourrait être compromise et que le fait de les voir venir prendre part à un acte de défense professionnelle, même dans un but essentiellement limité, était un pas important fait par eux vers le syndicalisme.

Enfin le Dr Régis, du Syndicat médical de Paris, leva toutes les objections en faisant adopter qu'aucune décision ne pourrait être prise sans réunir l'approbation unanime de tous les groupements fédérés. De ce fait, la proportionnalité de la représentation de chaque association ne pourrait plus avoir de réelle importance.

Donc, sous la présidence du Dr Cayla, de Neuilly, la Fédération des médecins de la région parisienne fut déclarée constituée avec réserve de l'approbation des sociétés représentées par des délégations au colloque du 27 janvier

Les premières études porteront sur les relations du corps médical parisien avec la Mutualité, comme l'a proposé le Dr Chapon qui paraît avoir pris à cœur l'examen de cette question dont nous croyons l'étude épuisée (1). Le problème médico-mutualiste nous paraît, à Paris plus qu'ailleurs, difficile à résoudre, mais il est un de ceux sur les quels l'entente unanime de tous les médecins peut le plus facilement se faire. Nous n'envisageons pas sur ce point l'avenir prochain avec une extraordinaire confiance. Mais, puisqu'un rapprochement a eu lieu, que l'entente a été proclamée, qu'une Fédération a été créée, nous sommes tentés de répondre aux sceptiques qui mettent en doute le succès de ce que nous allons entreprendre : Qui sait ? et : Pourquoi pas ?

J. Noir.

Ces Pauvres Assureurs

Jusqu'alors on nous avait rabattu les oreilles de l'état pitoyable de la caisse des Compagnies d'assurances ruinées par les exigences du Corps médical et les méfaits du libre choix. Nous étions prêts à nous laisser convaincre et toucher par les lamentations éplorées des pauvres assureurs, quand dans un journal de province, nous avons trouvé l'entrefilet suivant :

— M. Mayen, directeur d'une Compagnie d'assurances, prenant sa retraite, réunit ses 600 collaborateurs dans un banquet à l'Hôtel Continental et verse à leur caisse de pensions 325.000 francs.

Avouez, lecteurs, que cette générosité mérite d'être soulignée chez des gens qui se plaignent de ne pas faire brillamment leurs affaires. J. N.

(1) Voir à ce sujet le remarquable et très complet rapport de notre ami Bolliet, de Lyon, au Congrès des Praticiens de Lille.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur DIEULAFOY.

Gangrène sénile et gangrène syphilitique.

Le malade qui fait l'objet de cette leçon est un homme de 63 ans, entré à l'Hôtel-Dieu il y a onze mois pour une gangrène du pied. Cette affection avait simulé d'abord la goutte. J'insistai à ce moment devant mes élèves et je leur disais : « Prenez garde, le début de la gangrène peut ressembler à un accès de goutte, lorsque les douleurs, la rougeur, intéressent un orteil. » Quoi qu'il en soit, notre malade s'était plaint de douleurs au pied droit, puis la gangrène était apparue. Nous trouvions le quatrième orteil de ce pied gangréné, comme momifié, noir, dur, sonore. Le reste du pied était indemne, ni livide, ni froid. Quant à la pédieuse, c'est à peine si l'on en percevait les battements ; elle était le siège d'une artérite oblitérante.

La première idée venant à l'esprit était qu'il s'agissait de gangrène spontanée, de gangrène sénile. Le malade avait 63 ans et ce diagnostic se présentait comme très naturel. A la vérité, de ce qu'un homme a 63 ans, il ne s'ensuit pas que, s'il est atteint de gangrène, celle-ci soit sénile. En voici des exemples.

Au mois d'avril 1902, nous recevions salle Sainte-Jeanne une femme de 68 ans. Elle venait demander des soins pour une gangrène de la jambe droite. A l'examen, nous trouvions trois orteils momifiés, une teinte brunâtre, avec phlyctènes à la région dorsale du pied, une teinte marbrée des tissus au-dessous de la malléole. Et la pédieuse ? *Elle* n'avait pas de battements. Et la tibiale ? Pas de battements. Et la poplitée ? Pas de battements. La fémorale était souple et battait normalement. L'affection avait commencé un mois auparavant par des douleurs vives, de jour et de nuit, au pied, aux orteils. Une claudication intermittente s'en était suivie. Puis, le pied avait changé de couleur, était devenu bleu et les orteils presque noirs. Les douleurs persistaient et la malade maigrissait. Est-ce de la gangrène sénile, nous demandions-nous ? La patiente avait 68 ans. Nous avons examiné le système artériel. En général, dans l'athéromasie, le système artériel tout entier participe aux lésions. L'aorte était-elle touchée ? Non, il n'y avait pas de bruit anormal d'auscultation. La radiale était-elle indurée, en tuyau de pipe ? Nullement. Et la temporale ? Elle était bonne. Le pouls était normal, ainsi que la tension artérielle. Par conséquent, observions-nous, chez cette femme la sénilité aurait été choisir un seul territoire artériel, celui de la jambe. C'était déjà bien singulier. Il fallait pousser plus loin les investigations. Etait-ce une gangrène diabétique ? Non, les urines ne contenaient pas de sucre et il n'y avait pas de symptômes de diabète. Où chercher alors ? Eh bien, il est une chose à laquelle vous devez toujours penser, c'est à la syphilis. Vous allez vous étonner et dire : « Comment, la syphilis, chez cette femme de 68 ans ! » Mais que fait l'âge à la syphilis. La malade nous répondit qu'elle n'avait pas eu la syphilis. Sa réponse ne nous a pas suffi et nous sommes allés à la chasse aux lésions. Nous avons commencé par la peau et nous avons trouvé sur le poignet droit une première plaque et une seconde sur l'avant-bras gauche. Ces deux plaques offraient l'apparence de syphilides tertiaires anciennes. Sur la paupière gauche, nous trouvions une syphilide tertiaire en voie d'évolution. Nous prenions la syphilis sur le fait. Vous le voyez, il fallait se livrer à une investigation minutieuse. Si nous nous en étions tenus à la réponse de la malade, nous aurions passé à côté du diagnostic. Et cette femme était probablement de bonne foi. Je ne l'accuse pas d'avoir cherché à nous tromper.

Vous n'avez pas oublié les exemples de syphilis ignorée ou méconnue. Vous n'avez pas oublié la malade de l'an dernier qui avait une pachyméningite syphilitique basilaire dont elle se mourait du reste. Elle affirmait n'avoir pas eu la syphilis. Et nous l'avons guérie par les injections de biiodure. Et cet homme que nous avons eu à l'Hôtel-Dieu il y a cinq ans, atteint d'ulcération rongeant la gorge, les piliers, le voile. Il niait la syphilis et il était de bonne foi. Nous avons été longtemps tenu en échec devant son cas et c'est seulement au bout d'un an et demi que nous sommes arrivés à la dose de biiodure qu'il lui fallait et qui amena une cicatrisation rapide de ce vaste ulcère guttural.

Je vous suppose, vous, jeune médecin, en face d'une situation de ce genre. C'est si dangereux, encore, dans bien des milieux, de parler de syphilis ! Votre question trouble et il vous arrivera d'entendre cette réponse : « Mais, docteur, on est honnête dans notre famille ! » Je voyais, il y a trois semaines, un jeune homme de vingt ans, atteint de crises épileptiques. Il avait consulté différents médecins en France et à l'étranger, et on lui avait appliqué la cure bromurée sous toutes ses formes. En l'examinant, je me disais : « comme ce malade a le crâne aplati, les bosses frontales saillantes », ces bosses frontales si bien décrites par Fournier dans la syphilis héréditaire. Le jeune homme, bien portant jusqu'à l'âge de 8 ans, avait eu à ce moment une affection que l'on avait qualifiée de méningite. Les crises épileptiques dataient, comme début, de quatre années.

Je dis au père : « Monsieur, j'ai une question à vous poser, mais je préférerais la poser à vous seul ». Le père se récria : « Vous pouvez parler devant ma famille, docteur. » Eh bien, ajoutai-je, voici : « Monsieur, y a -t-il eu de la syphilis dans votre famille ? » Il répondit : « Vous êtes le premier à me poser cette question ; mais non, il n'y a pas eu de syphilis ». Malgré cette réponse faite d'un air convaincu, le traitement biioduré fut commencé le lendemain. Or, mercredi dernier, je revenais voir le malade. Et la mère me fit cette confidence : « Mon mari est parti hier soir en voyage. Avant de monter dans l'auto qui l'attendait il m'a avoué avoir eu la syphilis ! » Vous voyez à combien de méprises et de surprises vous êtes exposés.

Sans trop vous arrêter aux réponses des malades, vous devez faire vous-mêmes votre enquête, et, si vous découvrez quelque chose, instituer le traitement. Chez la femme dont je parlais, j'eus la conviction qu'il s'agissait d'artérite syphilitique. Le traitement par les injections de biiodure amena, au bout de 3 à 4 jours, une amélioration des lésions de la paupière, mais cette pauvre femme était infectée, sa température s'élevait à 38°, 39° et, malgré l'amputation, elle succomba. L'examen de la jambe amputée montra les lésions suivantes : une fémorale saine, mais une oblitération par places de la tibiale postérieure et de la péronière. Il s'agissait d'artérite segmentaire syphilitique. Le reste du système artériel était sain. Les artères de la jambe étaient seules lésées. La sénilité n'avait rien à faire dans cette gangrène qui relevait d'altérations artérielles spécifiques.

Cette notion est importante, parce que si la syphilis est en cause, nous possédons un traitement actif, et si c'est la sénilité, nous n'avons pas de traitement. Au cas de syphilis, si la cure est instituée à temps, avant la gangrène, on évitera celle-ci. Les exemples ne manquent pas.

Il y a deux ans, je fus appelé auprès d'un homme qui se plaignait de douleurs vives dans le bras gauche et les doigts de la main gauche. Je l'examinai. Les ongles étaient bleus, les doigts violacés, la main marbrée, les extrémités froides. Je cherchai le pouls radial ; il n'existait pas. Les pulsations artérielles au pli du coude étaient à peine perceptibles. Ces accidents avaient été considérés comme du rhumatisme et traités sans succès par les applications de salicylate de méthyle, le salicylate de soude et les piqûres de morphine. Les troubles augmentant, le patient vint me demander conseil. Je l'avais soigné, quatre années auparavant, pour des accidents syphilitiques. Je posai le diagnostic d'artérite syphilitique. Encore 8 jours, et la gangrène était faite. Deux semaines de traitement par les frictions et le biiodure suffirent à amener un changement à vue. Cela sert à quelque chose, vous le voyez, de faire un diagnostic pathogénique.

Dans cet ordre de lésions, il existe une belle observation, que l'on pourrait qualifier d'observation-princeps. Elle a été recueillie en 1884 par Leudet. Elle concerne un homme atteint de chancre en 1878. En 1882, le malade commence à accuser des douleurs de tête, des douleurs lancinantes à la tempe gauche et l'on constate là une augmentation marquée de l'artère temporale superficielle, une sorte de cordon de 25 millimètres de longueur, de consistance uniforme. C'était une artérite syphilitique oblitérante. En 1883, mêmes phénomènes du côté opposé, même artérite oblitérante. Le traitement spécifique amena une guérison, à marche parallèle, de ces deux lésions artérielles. On a pu suivre de près ici, l'évolution successivement ascendante et descendante de l'artérite segmentaire spécifique, l'obstruction et la désobstruction des vaisseaux touchés. Portez maintenant, je suppose, ces mêmes lésions aux extrémités, où les collatérales sont en petit nombre, et vous verrez la gangrène survenir.

Tout ceci montre qu'en face d'un malade atteint de gangrène dite spontanée, sénile, il ne faut jamais s'arrêter à cette idée. Examinez tout le système artériel et si vous trouvez une lésion seulement segmentaire, sans athérome généralisé, le malade eût-il 80 ans, cherchez ailleurs, du côté du diabète, de la syphilis. Vous arriverez à temps pour donner le traitement et guérir le malade.

La question n'est pas toujours aussi simple. Il est des cas où vous serez vraiment embarrassés. Le traitement n'agit pas, la gangrène survient. Et l'on dit : artérite spontanée, primitive. Quand on lit le travail de M. Darier sur ce sujet, on voit décrite une endartérite oblitérante primitive dont la nature reste obscure, qui s'observe chez des individus non séniles, sans athérome, indemnes de syphilis, et n'est pas modifiée par le traitement. M. Darier en signale un cas qu'il a observé chez un homme de 49 ans. Le traitement ioduré resta sans effet et le patient succomba. Mais cette observation n'est pas convaincante. Le malade a-t-il pris du mercure ? Nous l'ignorons. S'il a pris de l'iodure, combien ? Les autres artères étaient saines. M. Darier dit que certains considéreraient ce cas comme une artérite syphilitique, avec gangrène. Eh bien ! je me range volontiers dans le groupe de ceux qui pensent ainsi.

Je le dis et jusqu'à preuve du contraire, je l'admets. La plupart de ces gangrènes dites simples, séniles, sont dues à la syphilis, sauf quelques cas où la sénilité intervient réellement, prenant alors tout le système artériel.

Notre malade actuel rentre-t-il dans ce groupe ? Non. Voyons, chez lui, ce que disent les urines. Elles sont fortement glycosuriques. Il s'agit ici

d'une gangrène diabétique du pied. Je vous en recauserai dans une prochaine leçon.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

DERMATOLOGIE

Les petits lupus,

Par le Docteur René MARTIAL.

C'est un fait connu en médecine générale aussi bien que dans les spécialités que des affections bien déterminées, bien étudiées et d'apparence bénigne sont parfois extrêmement difficiles à traiter, et que la guérison, quand on y parvient, exige des soins longuement continués et si délicats que l'on échoue plus d'une fois avant de réussir. Il en est ainsi des petits lupus.

En toute occurrence, le lupus tuberculeux est une affection longue à guérir. Pour amener la cicatrisation d'un lupus de la face, de grandeur moyenne, il faut au moins trois années d'un traitement énergique et assidu, il n'y a pas encore longtemps qu'il fallait compter jusqu'à 5 et même 10 années de traitement, avant l'introduction victorieuse des agents physiques en dermatologie. Le petit lupus, même à l'heure actuelle, où nous possédons des moyens nouveaux, pratiques, perfectionnés, le petit lupus, disons-nous, demeure une des affections cutanées les plus rebelles.

En dehors de la spécialité, il n'est pas très fréquent de voir de petits lupus, et cependant on peut légitimement penser qu'ils sont assez fréquents, mais, comme c'est une affection d'apparence bénigne, d'aspect peu troublant, à évolution très lente pendant des années, le sujet adulte n'y prête guère attention et les parents ne s'inquiètent guère pour leur enfant.

Qu'appelons-nous petit lupus ? Est-ce celui qui a déjà atteint la grandeur d'une pièce de 1 franc ou de cinquante centimes, et qui, naturellement, est petit par rapport au lupus qui a envahi toute une partie du visage ? Pas même, le petit lupus, celui qui nous intéresse ici, est celui qui est réduit aux dimensions d'un grain d'orge et qui ne comprend que 1 ou 2 lupomes. Mesurée sur la peau, sa grandeur ne dépasse pas, en comprenant la petite zone érythémateuse qui le recouvre et l'environne, 4 à 5 millim. en largeur et 7 ou 8 en longueur. C'est, extérieurement, une toute petite tache rosée à fond jaunâtre ou parfois un peu rouge, qui, à quelque distance, peut être aisément confondue avec un élément d'acné en voie de croissance ou de résorption, mais qui n'en présente pas le relief. Le petit lupus ne fait aucune saillie au-dessus du niveau de la peau normale et n'y détermine pas non plus de dépression quand il n'a été l'objet d'aucun traitement.

Schématiquement, sur une coupe de la peau, on pourrait représenter ainsi le lupome isolé :

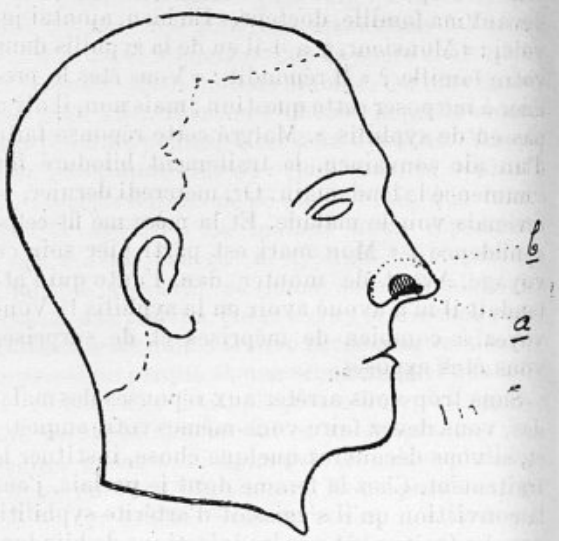


FIG. 8.

Ce lupome, qui est la lésion élémentaire du lupus tuberculeux et qui généralement se multiplie et donne lieu à cette fonte destructive qui donne le type fréquent et classique du lupus ulcéré, peut dans un certain nombre de cas, demeurer solitaire pendant un laps de temps indéfini . Quelquefois il est seulement doublé d'un autre lupome semblable qui lui est accolé et tous deux semblent pouvoir demeurer à l'état de vie ralentie, à ce stade de leur évolution habituelle, sans aucune tendance à l'aggravation. Mais cette dernière peut,sous une influence quelconque généralement mal connue : traumatisme, dépression physique, mauvais état général, survenir brusquement et l'envahissement se faire alors rapidement, en quelques mois.

En somme, le petit lupus, surtout chez les enfants, constitue une menace constante et est d'un pronostic peu engageant pour l'avenir. L'évolution subite dans le sens de l'extension peut d'ailleurs également se produire chez les adultes.

Ces petits lupus sont bien uniques, on n'en trouve pas d'autres à distance, et, lorsque l'on soumet le sujet à l'épreuve de la tuberculine pour se rendre nettement compte de l'étendue de la zone malade, on ne trouve ailleurs aucune trace de réaction, sur le corps tout entier ; on ne trouve pas non plus de ces traînées lymphatiques si fréquentes dans les autres lupus et qui relient le point malade aux ganglions régionaux correspondants, traînées qui ne se révèlent parfois qu'à l'épreuve à la tuberculine. Il n'y a pas de ganglions perceptibles à distance.

Les enfants que nous avons eu l'occasion d'observer ainsi étaient tous des enfants en apparence fort bien portants, nullement scrofuleux ni rachi-

tiques, ayant fort bonne mine et excellent appétit ; à l'auscultation rien de suspect, ni avant, ni après l'épreuve à la tuberculine ; non plus rien du côté du système osseux. Il semble donc bien qu'il s'agisse d'inoculation directe au point maladie nous devrions dire, d'implantation *in situ*. Dans un cas, il nous a semblé résulter de l'anamnèse que l'enfant avait pris le mal en nourrice, une petite fille voisine, tuberculeuse pulmonaire probable, et en tout cas, lupique, fréquentant le bébé, le prenant dans ses bras, et l'embrassant.

Chez des adultes, l'étiologie semble résumée dans le fait d'une femme soignant son mari mort de tuberculose ; mais, dans un cas rien de semblable ne pouvait être relevé dans l'anamnèse et il s'agissait d'une dame en parfait état de santé, solide et vigoureuse.

Quelle qu'en soit l'étiologie, le petit lupus existe et, à cause du danger toujours imminent d'une extension subite, il y a lieu de le traiter et de le guérir.

La cure d'un petit lupus est désespérante pour le médecin comme pour le malade. Les caustiques chimiques ne sauraient influer sur lui : ils peuvent ou provoquer l'extension ou le compliquer d'une cicatrice difforme sans l'avoir complètement détruit, le danger est plus grand qu'avant. Le thermocautère est tout aussi infidèle : on ne s'imagine pas combien ces minuscules lupomes sont difficiles à atteindre et puis, il y a la cicatrice, car, presque invariablement, ces petits lupomes siègent sur le visage. Le galvano-cautère à pointe fine serait plus sûr, mais, au fur et à mesure de l'opération, l'érythème survenant, l'opérateur est aveuglé et ne peut plus diriger l'instrument ; enfin, il faut compter avec la douleur, si l'anesthésie à la cocaïne, qui n'est pas toujours facile, n'est pas complète ou de trop courte durée.

Par expérience personnelle, nous pouvons affirmer que sur ces lupus, les rayons X n'ont, du moins avec l'instrumentation actuelle, laquelle est déjà cependant assez perfectionnée, aucune action. Quant à la photothérapie, elle ne peut guère dans ce cas réussir qu'à Copenhague, à l'Institut Finsen. En effet, là seulement on trouve des infirmiers et des médecins assez patients et assez exercés, des malades assez soumis et des appareils assez perfectionnés pour réussir.

Dans tous les cas, quel que soit celui de ces traitements choisi et appliqué, le traitement demeure fort long : deux ans au moins.

Le médecin se trouve donc pratiquement conduit à éliminer tous ces traitements. Ne fera-t-il rien ?

Si, il y a encore quelque chose : il y a l'excision. C'est le seul procédé radical et pratique. C'est de la chirurgie fine, de la chirurgie esthétique, mais on peut y arriver, et à Vienne, notamment Lang et ses élèves, notamment Jungmann, ont depuis plus de dix ans fait des merveilles. Ils ont eu, en France, de rares imitateurs. Bien entendu, ces petites opérations exigent une asepsie parfaite et surtout une habileté véritable dans la suture, qui ne peut être faite qu'avec des aiguilles très fines. Mais enfin, cette habileté n'est pas impossible à obtenir et il est regrettable seulement que ces menues opérations d'esthétique n'aient pas, jusqu'à présent, intéressé un plus grand nombre de chirurgiens français. L'opérateur aura soin d'aller assez profondément dans le derme avec un excellent bistouri et d'exciser, non seulement la masse lupique elle-même, mais une bordure de peau saine, car, en matière d'opération sur les lupus, celui qui n'enlève pas un peu de trop n'enlève sûrement pas assez — il faut, comme pour le cancer cutané, opérer en peau saine. En général, ces petits lupus ne nécessiteront pas de greffe pour parer la cicatrice.

Si même ils se trouvent placés sur certains points du corps, à la face postérieure du coude, par exemple, comme nous l'avons vu une fois, si le ou les points de suture sont inutiles, il n'y a qu'à laisser la plaie se combler d'elle-même en maintenant le bras en bonne position : flexion à angle droit de l'avant-bras sur le bras, pour éviter toute tension cicatricielle ultérieure.

Tel est, à notre avis, le seul traitement efficace et rationnel des petits lupus, étant entendu que l'on est d'accord sur la définition de ceux-ci.

LA SEMAINE MÉDICALE

Séméiologie des fractures du col du fémur.

MM. J. Hennequin et G. Kuss ont étudié dans la *Presse médicale* la séméiologie des fractures du col du fémur.

« Il y a, disent les auteurs, des fractures du col du fémur intra-capsulaires, dans lesquelles on observe les symptômes suivants :

1° Attitude du membre en rotation externe plus ou moins accusée, pouvant aller jusqu'au renversement complet du bord externe du pied sur le plan du lit ; rarement, rotation interne ;

2° Augmentation de volume de la racine du membre inférieur ;

3° Raccourcissement très légèrement apparent et presque toujours réel ;

4° Ecchymoses, dans certains cas, au niveau du pli de l'aine ;

5° Impossibilité pour le blessé de détacher le talon et le membre lésé du plan du lit ;

6° Augmentation du diamètre antéro-postérieur du membre passant par la ligne âpre intertrochantérienne ;

7° Diminution de la dépressibilité du triangle de Scarpa.

8° Ascension du grand trochanter qui est plus rapproché de la crête iliaque que celui du côté opposé.

9° Face externe du grand trochanter plus saillante en dehors et plus écartée de l'axe du membre que du côté sain.

Or, tous ces symptômes sont plutôt des symptômes de fracture extra-capsulaire. En effet, dans les fractures extra-capsulaires, le trait de fracture part, le plus souvent, de l'empreinte digitale du grand trochanter et aboutit, en suivant plus ou moins régulièrement la ligne âpre intertrochantérienne antérieure qui donne insertion à la capsule, à la base du petit trochanter, soit au-dessus, soit au-dessous de cette saillie osseuse. Le trait de fracture est oblique, par conséquent, de haut en bas et de dehors en dedans. La fracture extra-capsulaire donne presque toujours lieu à une augmentation de l'angle que forme le col avec l'axe prolongé du fémur ou à une pénétration de l'extrémité inférieure du col dans le tissu spongieux de la région trochantérienne. Des phénomènes semblables s'observent dans les fractures intra-capsulaires, lorsque le trait de fracture a une direction identique plus ou moins parallèle à la ligne intertrochantérienne antérieure.

« Ce sont ces phénomènes d'augmentation de l'angle du col avec le corps ou de pénétration dans le tissu spongieux qui expliquent l'ascension du grand trochanter et le raccourcissement du membre.

« Le fémur se met en rotation externe ainsi que tout le membre inférieur du côté correspondant.

« *L'augmentation du diamètre antéro-postérieur* passant par la ligne âpre inter-trochantérienne, de même que l'*augmentation de volume de la racine du membre inférieur*, sont dues à plusieurs facteurs, dont les principaux sont : le déplacement et la pénétration des fragments et surtout l'épanchement séro-sanguin dans le tissu cellulaire qui double le périoste.

« *La diminution de la dépressibilité de la base du triangle de Scarpa* relève également des épanchements péri-articulaires, du déplacement et de la pénétration des fragments qui soulèvent le fond du triangle.

« L'augmentation de l'inclinaison du col sur la diaphyse, l'augmentation de l'angle que forment l'axe du col et l'axe prolongé de la diaphyse permettent, de comprendre *la saillie en dehors de la face externe du grand trochanter et son éloignement, plus grand que du côté opposé, de l'axe du fémur.*

« Il existe donc une *variété de fractures du col intra-capsulaires*, à trait de fracture voisin de la ligne inter-trochantérienne et plus ou moins exactement parallèle à cette ligne, fractures pouvant se produire *sans pénétration*, et dont le diagnostic clinique d'avec les *fractures extra-capsulaires*, vu la similitude des symptômes, est singulièrement malaisé, pour ne pas dire impossible. Ce diagnostic, hormis le cas de radiographie *probante*, se fera donc surtout sur des nuances dans le degré des symptômes observés, sur la constatation du signe *moins* par lequel se caractérisent ces communs symptômes dans cette variété de fractures intra-capsulaires. Nous dirions volontiers que le diagnostic se fera aussi et surtout par l'âge du sujet si nous ne craignions de paraître donner ainsi un semblant d'approbation à ceux qui oublient que l'examen direct et attentif du malade est et restera toujours la base de toute connaissance médicale sérieuse.

« Le meilleur traitement de ces fractures, relève, ici, encore, de l'extension continue, extension que l'on réalisera à l'aide de l'appareil plâtré bien connu ».

Les injections de morphine contre la coqueluche de l'enfant.

M. le Dr Triboulet conseille l'emploi de la morphine en injections contre la coqueluche de l'enfant.

« Il faut s'assurer, dit M. Triboulet, que l'enfant n'a pas d'albumine en quantité notable. Des traces d'albumine ne sont pas une contre-indication à l'emploi de la morphine. On peut, le jour de l'injection, mettre le malade au régime lacté, mais, pour ces derniers malades, M. Triboulet s'est contenté d'une « nourriture légère, quasi-normale ».

« Doses. — « Au-dessous de 1 an, 1/4 de c. c. d'une solution de chlorhydrate de morphine au 1/100e.

« De 1 à 2 ans, 1/3 à 1/2 c. c.

« De 2 à 3 ans, 1/2 et 2/3 de c. c.

« Au-dessus de 3 ans, 1 c. c.

« Généralement, chez les enfants au-dessus de 1 an, nous ne donnions pas ces doses d'emblée, dit M. Triboulet. Nous commencions par une faible quantité pour augmenter progressivement, 1/4, 1/3, 1/2, c. c. ».

Le traitement est discontinu. « On donne d'ordinaire de la morphine pendant trois jours ; puis on cesse trois jours, pour reprendre ; on fait une seule injection par jour et on va jusqu'à 1 centigramme ».

Le plus jeune enfant traité avait 3 mois et recevait 1/4 de centigramme.

Le traitement (discontinu) qui a eu la plus longue durée a demandé 43 jours.

La médication est bien supportée. Jamais on n'a constaté « de modifications du pouls, ni de la température, ni des urines, ni des troubles de l'appareil digestif ; l'appétit est conservé, les selles sont normales ». Dans un ou deux cas, la première injection a amené une légère hébétude (c'est-à-dire que « l'enfant vit arriver sa soupe sans entrain ») ; cette indifférence n'a guère duré et ne s'est pas reproduite à la seconde piqûre. Les enfants, qui ont dormi le plus, n'ont guère été assoupis que quatre heures.

Deux enfants de 4 et 6 ans ont eu des vomissements non coquelucheux à la suite de la première injection qui était de 1 c. c. d'emblée. La même dose de 1 c. c. amenée progressivement n'a pas eu d'inconvénients chez d'autres enfants.

Jamais, on n'a observé de morphinomanie, même au bout d'un mois. Un enfant a subi deux fois le traitement, sans avoir d'appétit pour la morphine.

Résultats de 23 cas : 18 succès, 5 insuccès chez 3 enfants ayant eu la rougeole et 2 enfants morts de granulie. — Enfants de 3 mois à 8 ans.

a) « ..... Dans la coqueluche simple, la morphine agit sur le *nombre et l'intensité des quintes*, qui de doubles deviennent rapidement *simples, sur leurs complications*, la cyanose et le vomissement, qui disparaissent dès les premières injections ; enfin, sur la *durée totale de la maladie*, les petits malades guérissant dans un laps de temps relativement court, généralement en moins de 6 semaines ». (La durée de la coqueluche est estimée, d'après les auteurs, comme variant entre 6 semaines et 6 mois. M. Triboulet donne comme moyenne 80 à 100 jours).

b) « ..... La morphine semble peu agir sur la coqueluche compliquée. Elle n'est cependant pas contre-indiquée et n'est nullement dangereuse dans ce cas ».

c) (Les complications chez les malades de M. Triboulet ont été la broncho-pneumonie, la rougeole, la scarlatine, l'entérite, la tuberculose).

M. Marfan a contrôlé et expérimenté les résultats obtenus par la morphine en injections dans la coqueluche, et il a reconnu l'exactitude des affirmations de M. Triboulet.

« La durée de la coqueluche, dit-il, est très variable, aussi est-il difficile d'apprécier l'action que la médication morphinique a sur elle ..... L'analyse de ces cas permet à M. Marfan de conclure : « ..... dans les cas sensibles à la médication, on obtient une sédation définitive après 10 ou 15 jours ; il semble donc bien que la morphine est capable de raccourcir la durée de la maladie ».

Comparaison avec le bromoforme. — Les résultats donnés par les deux médicaments sont analogues.

Mais la morphine a l'avantage sur le bromoforme, parce qu'elle s'administre par la peau et que l'estomac est épargné et parce qu'elle constitue un traitement simple : une fois que l'injection est faite « il n'y a plus de médicament à donner à l'enfant ».

M. Comby craint que les résultats avec la morphine ne soient pas supérieurs à ceux donnés par les autres médicaments . Mais ses observations sont certainement trop peu nombreuses.

Sur la médication tonique.

La thérapeutique moderne s'enrichit tous les jours de nouveaux agents, qui semblent devoir nous donner des armes plus parfaites pour entreprendre des traitements plus rationnels et plus précis. Ces nouveaux médicaments s'appliquent à des points divers de la pathologie ; mais il faut reconnaître que c'est la classe des toniques qui voit surtout s'accroître le nombre de ses composés.

Il semble que, pour notre génération de surmenés, d'épuisés, de neurasthéniques, la grande préoccupation doit être de soutenir artificiellement les forces abattues ou de ranimer un organisme languissant. Les reconstituants, les fortifiants, sont en vogue, nul ne peut le nier. Aussi, chacun de chercher et de prôner le plus actif, le plus parfait, le plus fidèle.

Mais, à la vérité, bien des déconvenues se sont déjà produites. Après s'être engoué, trop rapidement et inconsidérément, d'un produit nouveau, on est souvent obligé de l'abandonner ou de restreindre son emploi, lorsqu'on s'aperçoit par la pratique que les résultats sont loin de répondre à ce qu'on attendait. C'est ainsi que bien des toniques, après avoir suscité des enthousiasmes, sont tombés dans l'oubli : tel, l'acide formique qui a connu une vogue extraordinaire à son apparition, et dont on ne parle plus guère aujourd'hui.

Il en est d'autres, par contre, dont la valeur est éprouvée, et dont la renommée est basée uniquement sur une expérimentation sérieuse. De ce nombre est l'Ibogaïne, alcaloïde tiré de l'Iboga, plante qui croît dans l'Afrique occidentale et surtout au Congo.

L'Ibogaïne a été étudiée par le Dr Landrin, dans le laboratoire du professeur Pouchet. Son action physiologique est complexe ; elle augmente l'énergie des contractions cardiaques, elle stimule le système nerveux central, et elle accélère les échanges nutritifs. C'est donc à la fois un tonique nerveux et musculaire, un toni-cardiaque et un stimulant de la nutrition.

On l'emploie principalement sous la forme de dragées Nyrdahl, dosées à 0,005 milligrammes de principe actif, dont on ordonne 2 à 6 par jour.

Renseignements fournis sur l'état local de chacun des deux poumons par la comparaison des températures axillaires.

M. le Dr P. Boisson a repris dans sa thèse inaugurale l'étude des températures locales signalées par le prof. Peter, et fait ressortir l'utilité de la comparaison de la température d'une aisselle avec celle de l'autre aisselle pour pronostiquer une lésion menaçante dans le côté resté sain jusque-là.

Dans la pleurésie, la température est plus élevée du côté où siège la lésion, même après thoracentèse ; mais, quand la température devient sensiblement égale des deux côtés, on peut pronostiquer la résolution définitive de la pleurésie.

« Au cours des tuberculoses unilatérales, les courbes thermiques indiquent nettement que la température est plus élevée du côté malade et ceci de un à deux dixièmes de degré environ, parfois même trois dixièmes, jamais plus de cinq dixièmes.

Dans le cas de tuberculose bilatérale, on constate que la température est plus élevée du côté où les lésions sont plus marquées. Mais ce qui est plus important, c'est que, si on voit apparaître chez un sujet porteur de lésions unilatérales une élévation de la température axillaire du côté jusque-là sain, c'est une raison suffisante pour affirmer que ce côté se prend à son tour.

« Il semble, d'ailleurs, intéressant de faire remarquer à ce sujet qu'au cours d'une autre affec-

tion pulmonaire, la pneumonie, l'élévation de la température axillaire du côté sain doit faire redouter l'apparition d'un second foyer, d'une pneumonie bilatérale. On sait, en effet, qu'au cours d'une pneumonie unilatérale, la température axillaire du côté malade est plus élevée que du côté sain de 2 à 5 dixièmes de degré. Dans le cas de pneumonie double, la température devient égale au niveau des deux aisselles ; c'est là une analogie particulièrement frappante et qui mérite de ne pas être passée sous silence.

« En somme, si l'étude de la température centrale permet de juger les réactions de l'organisme tout entier à l'infection tuberculeuse, c'est à la température axillaire plus particulièrement qu'il appartient de nous renseigner sur l'évolution des lésions locales. Elle est à la fois un utile complément du diagnostic et un élément de pronostic, qui mérite d'être pris en sérieuse considération ».

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Diagnostic et traitement de l'urethrite postérieure. — Occlusion aiguë duodéno-stomacale. — Les accidents de l'électrocution. — Traitement électrique des névralgies rénales.

M. Georges Luys fait à la *Société de l'Internat* une communication sur le diagnostic et le traitement de l'*uréthrite postérieure*. Il examine successivement la forme aiguë et la forme chronique de cette affection.

L'uréthrite postérieure aiguë, dit-il, se développe au cours de la première ou de la deuxième semaine d'une blennorrhagie aiguë. Elle se manifeste par les symptômes cardinaux suivants : 1° le trouble des urines. Lorsqu'on fait uriner le malade dans quatre verres, les quatre échantillons sont troubles. Ce signe est très important et il faut prendre comme règle d'examiner avec soin et quotidiennement les urines des malades dans quatre verres ; 2° la fréquence des mictions ; 3° la douleur, qui se caractérise par son existence à la fin de la miction. Outre ces trois symptômes cardinaux, il en existe d'autres : fréquence des pollutions, parfois légère hématurie, mauvais état général. Le toucher rectal permet de percevoir, au bout de quelques jours, un empâtement douloureux de la prostate. Le traitement doit être précoce et consistera en grands lavages uréthro-vésicaux avec du permanganate. Pour faire pénétrer facilement le liquide antiseptique jusque dans la vessie, on aura soin, après avoir bien désinfecté l'urèthre antérieur par un grand lavage à canal ouvert, d'injecter à canal fermé, avec une petite seringue, 10 cent. c. d'une solution stérilisée de stovaïne à 1 p. 100. On complétera le traitement par un massage quotidien de la prostate et par l'usage d'antiseptiques internes des urines, l'urotropine en particulier à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes.

L'uréthrite postérieure chronique a une symptomatologie assez effacée, attirant peu l'attention du malade. Ses signes principaux sont : 1° les filaments dans les urines, filaments lourds, observés dans le 1er et le 4e verres ; 2° les douleurs, consistant en un sentiment de pesanteur indéfinissable, chaleur, brûlure dans le canal. Ces douleurs existent au moment des mictions ou à l'état permanent et peuvent s'accompagner d'irradiations névralgiques au voisinage ; 3° les troubles neurasthéniques qui finissent souvent par l'impuissance sexuelle ; 4° les troubles de l'éjaculation (pertes séminales, éjaculations douloureuses lorsque les canaux éjaculateurs sont atrésiés, éjaculations sanglantes) ; 5° des épididymites à répétition.

L'examen local comprendra l'exploration avec la bougie à boule olivaire, le toucher rectal, et l'uréthroscopie, délicate à pratiquer pour l'urèthre postérieur. L'auteur recommande de ne s'y adresser qu'après dilatation du canal.

Le traitement de l'uréthrite postérieure chronique, pour M. Luys, doit comprendre deux phases. Dans la première, c'est la dilatation de l'urèthre postérieur, combinée avec le massage de la prostate. Dans la seconde, c'est le traitement uréthroscopique qui consistera en attouchements directs des parties malades avec de la teinture d'iode, du nitrate d'argent.

— A la *Société des Chirurgiens de Paris*, M. René Bonamy communique un cas d'*occlusion aiguë duodéno-stomacale* survenue au quinzième jour d'une hystérectomie abdominale totale et guérie comme miraculeusement par la mise de la malade en position ventrale.

— A la *Société française d'électrothérapie*, M. Oudin présente un malade, ingénieur électricien, qui fut *électrocuté* par accident (passage d'un courant intense du coude à la main) et eut à la suite une paralysie flasque, complète, du membre supérieur, paralysie due à une névrite, car on constata la réaction de dégénérescence. Le blessé s'améliora sous l'influence de l'effluvation et il put partir au service militaire. On lui fit au régiment, une séance — séance unique — de faradisation ; il se produisit, alors, une rechute complète, mais cette fois, semble-t-il, purement psycho-névrose. L'effluvation, qui ne fatigue pas le muscle et n'excite pas la sensibilité, paraît dans les cas de ce genre le traitement de choix.

M. Laquerrière relate, de son côté, l'histoire d'un malade électrocuté beaucoup plus légèrement, qui eut une paralysie probablement névropathique. Le patient ayant offert de l'intolérance pour le traitement faradique qui lui était appliqué, l'auteur le vit, et le guérit rapidement et complètement par le bain statique avec effluvation et étincelles indirectes ondulées. M. Laquerrière insiste sur la nécessité d'employer des méthodes de douceur, l'étincelle indirecte permettant de rééduquer les fonctions motrices du muscle dans les meilleures conditions.

A propos de ces cas, M. Huet montre que, nombre de fois, c'est seulement l'électro-diagnostic qui permet de faire la différenciation entre les troubles névritiques et les troubles psychiques. Il cite, entre autres, l'observation d'un malade at-

teint d'accidents très exactement localisés à un territoire nerveux et semblant manifestement organiques ; l'examen électrique montra l'intégrité absolue des réactions.

— M. D. Courtade présente, à la Société d'Electrothérapie également, un travail sur le *traitement électrique des névralgies rénales* consécutives au rein flottant. Ces névralgies se produisent surtout chez les neurasthéniques. L'auteur emploie le courant continu en plaçant le pôle positif sur la région douloureuse, ou le courant de haute fréquence en couchant les malades sur le lit condensateur.

MM. Delherm et Laquerrière rappellent à ce propos leur étude déjà ancienne de la question et ils citent entre autres le cas d'une malade qu'ils ont soumise au traitement électrique au moment où on avait décidé une néphropexie. Cette malade guérit de ses douleurs en quelques séances. Elle vit toujours avec son rein mobile, sans être troublée, bien que plus de six ans se soient écoulés depuis. M. Laquerrière ajoute qu'il a appris avec Apostoli à connaître l'influence du traitement électrique sur les douleurs du rein. S'il n'a publié aucune observation avec son maître, c'est parce que, dans tous les cas, on avait employé, outre le traitement local, un traitement électrique général dirigé contre la neurasthénie du sujet.

M. Oudin utilise plus particulièrement chez ces malades les applications locales du courant de haute fréquence.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Les iodures de mercure. — Le protoiodure de mercure,

Par le Dr André Lombard

On utilise en médecine deux iodures de mercure : le protoiodure, iodure mercureux $Hg^2 I^2$, sel insoluble dans l'eau et dans l'alcool contenant 62, 84 %, de mercure et le biiodure, iodure mercurique, HgI^2 très faiblement soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther, les huiles, les matières grasses, contenant 44 % de métal.

Le premier, employé depuis longtemps (Biett, 1821), est surtout connu depuis qu'il entre dans la constitution des fameuses pilules de Ricord ; elles contiennent cinq centigr. de protoiodure, et deux centigr. d'extrait d'opium, avec de la thridace, excipient inutile ; il y a intérêt à substituer à la formule de Ricord la suivante :

Protoiodure d'hydrargyre.....	0 gr. 05
Extrait thébaïque.....	0 gr. 01
Excipient.....	q.s.

pour une pilule très molle.

Il importe, pendant tout le temps du traitement, de s'assurer que les pilules conservent leur consistance molle, qu'on peut, au besoin, leur restituer par addition de glycérine. L'absence de cette précaution pourrait rendre toute thérapeutique illusoire et justifier l'emploi des doses élevées qui, reproduites avec des pilules molles, pourraient occasionner des accidents toxiques (Emery et Chatin).

Pour éviter ces inconvénients, M. Alex. Renault formule les cachets suivants :

Protoiodure de mercure....	0 gr. 05
Poudre d'opium brut.....	0 gr. 01 ou 0 gr. 02
Poudre de quinquina.....	q.s.

pour remplir un petit cachet contenant 0 gr. 25.

L'opium est utilisé comme correctif de l'intolérance gastrique occasionnée par les mercuriaux en général ; la dose nécessaire est éminemment variable ; on peut quelquefois le supprimer tout à fait.

C'est seulement comme *antisyphilitique*, que l'on utilise la protoiodure de mercure ; la dose généralement utile est de *dix centigr.* chez l'homme de *sept centigr.* chez la femme. Mais il ne faut pas craindre, en présence de la gravité de l'accident à combattre, ou de sa résistance, de s'adresser à des doses plus élevées, en vérifiant, bien entendu, la tolérance du malade, et l'action du mercure sur son organisme : craindre et surveiller l'apparition de la stomatite, la diarrhée, l'albuminurie ; si celle-ci est préexistante, ou si la perméabilité rénale est insuffisante, il faut commencer par des très faibles doses et ne les élever qu'avec précaution : *primo non nocere* (Gaucher). Avec les cachets qu'il conseille, M. Renault a prescrit avec avantage ce sel à la dose de vingt centigr.

Bien que les sels de mercure entravent généralement le pouvoir digestif de l'estomac, en raison de la correction que l'opium apporte à cet inconvénient, on prescrit le protoiodure avant ou pendant les repas, et en fractionnant les doses pour en faire prendre à chaque repas.

Outre l'avantage de la forme pilulaire ou en cachets qui permet aux malades de se soigner à l'insu de l'entourage, la médication par le protoiodure, a aussi celui de permettre le traitement en tous temps et en tous lieux.

Sans doute le protoiodure détermine facilement de la stomatite ; mais l'estomac le tolère assez bien et son action nocive s'exercerait plutôt sur l'intestin, en provoquant une diarrhée, rarement intense et persistante. Son efficacité, dans les syphilis graves surtout, n'est pas assurément considérable ; néanmoins, s'il est sans action contre les accidents tardifs, il est bien toléré, bien accepté chez les femmes, et constitue dans les syphilis jeunes une médication active.

L'OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par le Dr Chabrut.

Traitement des conjonctivites.

Avant toute application locale, aller aux causes qu'on peut souvent atteindre directement et qu'il faut en tout cas toujours rechercher : explorer les culs-de-sac et les voies lacrymales dans toute conjonctivite unilatérale, extraire les corps étrangers et instituer, quand il y a lieu, aussitôt que les symptômes d'irritation les plus aigus sont atténués, le traitement par l'incision du point lacrymal et la dilatation du canal avec instillations ou lavages. La guérison arrive comme par enchantement.

Pour les conjonctivites bilatérales, penser, avant tout, chez les enfants, aux fièvres éruptives chez les adultes, à l'asthme des foins, à la grippe, Quand il s'agit bien réellement d'une lésion locale, ne pas oublier le port de verres correcteurs chez les hypermétropes et des conserves pour les yeux fatigués sans amétropie, chez les nerveux, les congestifs qui ont les yeux rougis par le travail des veilles. Dans ces cas, les verres seront de forme coquille, grands, puisque leur rôle est d'être des moyens de protection contre la lumière artificielle, et d'une teinte qui permette à la fois une bonne vision et un adoucissement de l'éclairage. La teinte jaune verdâtre, vendue sous le nom de vert Fieuzal, est excellente pour la lampe et le soleil.

Il faudrait aussi ne pas se désintéresser du régime, qui, s'il n'était d'une application si difficile, rendrait bien souvent le service de dispenser de perpétuels et inutiles collyres. Mais l'homme veut pouvoir tout faire sous la sauvegarde de quelques gouttes ou d'une potion à la cuiller. Penser aussi à la contagion possible des conjonctivites banales, et faire ses recommandations à ce sujet. Des complications graves entraînant la perte de l'œil ou de la vision peuvent toujours résulter d'une inflammation insignifiante en apparence gagnée par contagion et mal soignée. Donc, tout malade atteint d'une affection des membranes externes sera prévenu de cette contagion possible et aura, pour l'éviter, ses linges et objets de pansements à soi.

Quant aux topiques appliqués par le médecin ou les malades, ils sont nombreux et l'on peut dire, là comme ailleurs, qu'ils sont souvent aussi bons les uns que les autres. Le meilleur est celui qu'on emploie le mieux, en se laissant guider par son tempérament, son expérience, et ce qu'on sait pouvoir demander à sa dextérité manuelle, car il faut en user pour faire de la thérapeutique oculaire sans véritable intervention opératoire.

Deux modes de traitement s'offrent au praticien pour soigner les maladies des yeux : ceux qu'il mettra en œuvre lui-même et ceux qui sont laissés à l'initiative des malades. Il faut réserver autant que possible ces derniers aux malades intelligents et aisés et se résoudre à appliquer soi-même le topique sur les yeux des malades indigents, peu soigneux ou d'esprit moins cultivé. Ce devrait être là le seul mode de traitement admis dans les cliniques gratuites dont la clientèle est faite de cette sorte. Les lavages à l'eau bouillie qui, bien employés, seraient la panacée de toutes les plaies, donnent les mêmes déboires en oculistique qu'en petite chirurgie et sont peu employés. On leur préfère la solution dite antiseptique qui donne au malade, à cause du pouvoir microbicide que le public lui confère, l'illusion qu'il peut l'employer sale avec un linge sale ou des mains sales, puisqu'elle porte en elle le remède à toutes les infections. Les résultats de ces solutions ainsi employées ne sont guère meilleures malgré leurs vertus incontestables, car il faut faire l'éducation du malade que l'on soigne et traiter son esprit avant son corps, moyennant quoi et avec un peu d'insistance, on sera étonné de voir combien d'inflammations entretenues religieusement par les remèdes actifs, cèdent vite à la bonne, à l'excellente eau bouillie. Mais il faut dire au malade que l'eau bouillie et même les solutions médicamenteuses ne portent en elles aucun antidote aux impuretés dont on les souille et qu'il faut, et comment, les employer propres, mains propres, dans un vase propre, avec un linge propre. Si, pour des raisons diverses, cette éducation préalable ne peut être faite, le médecin devra lui-même remplacer les lavages par des attouchements modificateurs faits séance tenante et renouvelés par lui aux intervalles voulus.

Le cyanure de mercure au 1/10.000e, l'eau boriquée, seront, avec l'eau bouillie, les meilleures solutions à employer chaudes pour le lavage dans les formes catarrhales aiguës ou chroniques simples, folliculaires, dans la première phase aigu) de la conjonctivite eczémateuse et dans le catarrhe printanier.

Les collyres, plus actifs en général que les solutions pour lavages, sont employés indifféremment par les médecins ou le malade, de qui ils n'exigent aucun effort de volonté bien considérable pour être employés proprement, surtout si l'on se sert d'un des nombreux systèmes de flacons stilligouttes, qui assurent, en même temps qu'un bon bouchage, la propreté du compte-gouttes, Ces collyres seront employés autant que possible de jour. Le soir, ils ont l'inconvénient, quand ils sont suivis d'une sécrétion un peu abondante, de ne pas en permettre l'écoulement facile pendant le sommeil sous les paupières closes.

PIPÉRAZINE MIDY

Az H⟨CH² - CH²⟩Az H
CH² - CH²⟩
Diéthylène-Diamine

GRANULÉE EFFERVESCENTE

Produit défini
plus actif
que ses dérivés ou les
associations médicamenteuses
à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE

LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE

Prix : 5 fr. - La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.

Comme préventif : 3 mesures par jour, 10 jours par mois ⟨ *chaque mesure = 0.20 ctg Pip pure*

Crises aiguës : 4 à 6 .....

Echantillons : Phie MIDY 140, Faub. St-Honoré, PARIS

Par suite de la ***contamination des eaux,*** la Société de la REINE DE VALS informe les membres du " Concours " que l'eau de la REINE peut être prescrite avantageusement comme eau de table, son emploi même prolongé ne pouvant présenter aucun inconvénient, et son goût agréable la recommandant particulièrement à cet effet.

Se trouve dans toutes les pharmacies ou s'adresser directement à M. CHAMPETIER, Vals (Ardèche)

Prix aux médecins, pour usage personnel, ***16 fr.*** *la caisse de 50 bouteilles, en gare de Vals.*

VALS SOURCE LA REINE

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE
Première Combinaison directe et entièrement stable de l'*Iode* avec la *Peptone*
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE

Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme.
Vingt gouttes IODALOSE *agissent comme un gramme Iodure alcalin.*

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS : LABORATOIRE GALBRUN, 18, Rue Oberkampf, PARIS.

Ne pas confondre l'Iodalose, produit original, avec les nombreux similaires parus depuis notre communication au Congrès International de Médecine de Paris 1900.

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

—

homme qui avait été broyé par un train et faire ensuite un rapport — très succinct d'ailleurs — pour certifier le fait et indiquer les causes de la mort. J'ai dû donner un second rapport, destiné, paraît-il, au juge de paix, et un troisième (réclamé encore par le chef de gare) pour le commissaire de surveillance administrative.

Réponse. — En vertu de la règle : « Qui commande paie », c'est à la Compagnie de chemins de fer qui a demandé les certificats que vous avez à réclamer vos honoraires.

Quant aux prix à demander, c'est ceux que vous appliqueriez à un particulier quelconque, d'après l'importance du certificat, le temps qu'il vous a fallu pour le rédiger. Le minimum nous paraît devoir être de 5 francs.

Dr B. à O. — Je viens d'avoir un accident à mon auto : une fusée de roue s'est brisée et ma voiture a versé. Personne n'a eu heureusement de mal. Mais j'avais emmené avec moi un parent du malade que je venais de voir, pour l'avancer et lui permettre de rapporter plus tôt les médicaments pris chez le pharmacien de la ville, si cet homme avait été blessé, aurais-je été condamné à des doumages-intérêts ?

Réponse. — Oui, en vertu de l'art. 1382 du code civil. Vous auriez été condamné bien que n'étant pas loueur de voiture et malgré même que vous ayez fait signer d'avance par votre homme une décharge de toute responsabilité de votre part en cas d'accident. Cette décharge, inutile dans bien des cas, serait même d'un très mauvais effet, car, si vous l'exigiez, cela ne prouverait que votre insuffisance ou votre manque de prudence comme chauffeur, en même temps

Suite page XII.

Bronchites, Toux rebelles,
Catarrhe, TUBERCULOSE

SIROP FAMEL

LACTO-CRÉOSOTE SOLUBLE

Phosphate de Chaux, Codéine, Cocaïne, etc.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS
A MM. LES MEMBRES DU « CONCOURS »

86, rue de la Réunion | PARIS | 86, rue de la Réunion

TRAITEMENT RADICAL

CONSTIPATION

MIGRAINES -- CONGESTIONS -- MALADIES de l'INTESTIN

UN ou DEUX — GRAINS DE VALS — Le soir avant dîner

à base de Cascara Sagrada et podophyllin.

ADMINISTRATION : 86, Boulevard Port-Royal, PARIS

TUBERCULOSES
CATARRHES
GRIPPES, BRONCHITES

de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon.

EMULSION MARCHAIS Phospho-Créosotée

Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions.
Bien tolérée — Parf absorbée

Ils peuvent être précédés, s'ils sont un peu douloureux, d'une instillation analgésique.

Le plus employé et le plus efficace des collyres est la solution de nitrate d'argent au 1/200 ou au 1/400e employé journellement, à la dose de quelques gouttes. Il est souverain dans les inflammations aiguës ou chroniques simples de la conjonctive, où il se revèle plus que jamais l'ami des muqueuses. L'emploi de la solution à ce titre s'accompagne d'une légère cuisson de courte durée, avec léger écoulement, bientôt suivis d'une sédation très nette. La présence d'ulcères cornéens légers de nature catarrhale n'est pas une contre-indication à l'emploi des sels d'argent, ni des solutions métalliques en général. Dans les ulcères de plus grande étendue, compliquant la forme phlycténulaire, il y a lieu d'être prudent pour éviter les incrustations métalliques et de préférer aux collyres les attouchements limités au pinceau, aussitôt neutralisés à la solution saline. L'emploi prolongé de sels d'argent peut donner lieu au bout de plusieurs mois, au dépôt dans les tissus sains ou malades de particules métalliques, qui leur donne une teinte grise. Ce phénomène est connu sous le nom d'argyrose.

Le traitement au nitrate d'argent ne doit jamais durer assez longtemps pour cela, et doit au contraire, céder le pas à un autre.

Les composés organiques de l'argent, parmi lesquels le *protargol* (albuminate d'argent renfermant 8 % d'argent) et l'*argyrol* (vitellinate d'argent 30 %) sont les plus employés, donnent aussi d'excellents résultats. Ils ont sur les sels non organiques l'avantage de ne pas être précipités de leur solution ni par les chlorures, ni par l'albumine, qui précipitent au contraire les solutions d'azotate d'argent et en activent le dépôt sur les ulcères cornéens. Il s'agit, bien entendu, de l'action lente de l'albumine et des chlorures des tissus plutôt que de celle de la solution de NaCl employée comme neutralisant et dont le précipité de chlorure d'argent formé en masse reste en suspension dans la sérosité et est immédiatement entraîné. Pour ces raisons l'argyrol et le protargol sont précieux, employés en solution aqueuse de 5 à 25 %, et sous forme de collyres, moins irritants, que les sels d'argent. Le protargol même peut dans les états graves avec écoulement purulent être employé à l'état pâteux à 1/2.

Le sulfate de zinc et le sulfate de cuivre à 1/100 ou à 1/200 sont employés aussi avec de bons résultats, dans les formes chroniques surtout, et dans ce cas ils pourront alterner avec les sels d'argent, dont l'emploi ne doit pas être prolongé au-delà du moment où leur action cesse d'être manifeste. On peut en dire autant de tous les collyres qui ne doivent jamais être employés au delà de l'accoutumance conjonctivale. Il faut en changer et au besoin en jouer d'une façon opportune.

Après les collyres, et pour une action plus rapide, viennent les *attouchements* ou *cautérisations* faits à l'aide de solutions, de crayons mitigés ou de cristaux. L'attouchement à la solution de nitrate d'argent au 1/50e dans les cas d'injection conjonctivale violente avec écoulement de muco-pus et dans les états chroniques qui s'accompagnent de blépharite ciliaire, conserve encore la première place. Il faut le pratiquer avec un pinceau imbibé de solution et exprimé par pression sur les bords du goulot du flacon ou du récipient, en touchant successivement la conjonctive palpébrale du cul-de-sac supérieur préalablement retourné et du cul-de-sac inférieur qu'on fait hernier facilement ensuite. A cause de la douleur qui cause du blépharospasme de défense, il vaut mieux rapidement cautériser les deux surfaces l'une après l'autre et neutraliser ensuite l'excès de solution par de l'eau salée que de faire successivement les deux opérations pour chacune des deux paupières. Ainsi on fera plus facilement la cautérisation du cul-de-sac inférieur, plus accessible avant que la douleur ne soit trop aiguë. D'ailleurs, en ayant soin d'employer un pinceau *bien exprimé*, il n'y aura pas péril en la demeure et on arrivera toujours à temps pour neutraliser. De cette manière, il ne faut rabattre la paupière supérieure retournée qu'après la fin des deux opérations — on peut d'ailleurs aussi cocaïniser les culs-de-sac avant d'opérer. La douleur diminuée et l'excès de la solution chlorurée pour la neutralisation seront un double avantage.

Aussitôt la cautérisation, la conjonctive blanchit légèrement grâce à une escarification superficielle qui se détache quelques instants après. L'œil, qui avait d'abord réagi par une assez forte irritation (douleur vive, rougeur et larmoiement abondant) se calme, pâlit, puis au bout de quelques heures de soulagement, s'enflamme et rougit de nouveau, moins toutefois qu'avant l'attouchement. C'est la fin de l'action modificatrice de cette première intervention, et l'indice qu'il faut la renouveler. Il suffit de faire ainsi suivant les cas une fois par jour ou tous les 2 jours. *Une main légère et un pinceau bien exprimé donnent plus de sécurité que la plus rapide neutralisation.*

L'emploi du crayon mitigé, qui traumatise la muqueuse et dont on ne peut doser l'action est absolument à rejeter.

Comme succédané du nitrate d'argent en attouchement, le crayon de sulfate de cuivre (cristal pur poli par le grattage et le lavage), employé de même et très douloureux aussi, donne, dans les états chroniques surtout, de très bons résultats. Il est bon de le faire précéder d'une cocaïnisation, ou en tout cas de le faire suivre d'une application de compresses froides sur les

yeux. C'est le topique par excellence de la conjonctivite folliculaire.

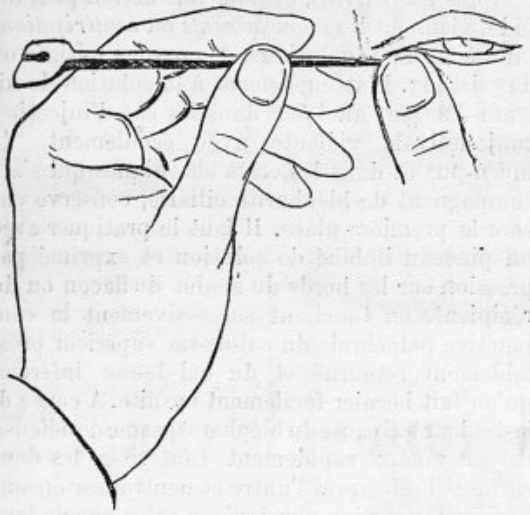


Fig. 9.

Restent les pommades, et parmi elles, la pommade à l'oxyde jaune de mercure qui, bien préparée et bien appliquée, donne dans les états chroniques, avec blépharite ciliaire, chez les strumeux et surtout dans la kérato-conjonctivite phlycténulaire et ses complications cornéennes, de remarquables résultats. Malheureusement, il est fréquent que cette pommade produise un effet irritant qui persiste au-delà du terme prévu de quelques heures et qui en fait rejeter l'emploi par les malades et que ses effets soient des plus variables suivant son origine. Certains grands hôpitaux ont un mode de préparation, un tour de main qui semble se transmettre on ne sait pourquoi et presque d'une génération à l'autre dans les officines. L'Hôtel-Dieu de Lyon était de ce nombre au temps du professeur Gayet, et délivrait la pommade au public payant.

La religieuse qui avait la surveillance de la pharmacie présidait à sa confection et en conservait jalousement le monopole comme d'autres avaient jadis le secret des infusions efficaces d'écorce de grenadier contre le tænia ou du vin d'opium contre le délire post-opératoire des alcooliques. En fait, un oxyde en poudre véritablement impalpable, un mélange intime, doivent être les conditions essentielles d'une bonne préparation.

Cette pommade s'emploie au titre de 1 à 4 ou 5 %. De 1 à 2 %, elle suffit ordinairement. Elle est introduite d'une main, l'œil étant dirigé en haut et en dedans, avec un stylet ou une sonde cannelée, une sonde de Bowmann, etc., présentés puis essuyés dans la commissure externe entre les deux paupières refermées aussitôt après introduction par le pouce de l'autre main, qui procède immédiatement au massage sur les paupières fermées (fig. 9). Ce massage, indispensable au bon effet du topique, rend intime son étalement sur toute la surface conjonctivale et le fait sourdre en même temps sur le bord libre des paupières qui, souvent irrités, profitent de ses bons effets. Il doit durer de 1 à 2 minutes, jusqu'à ce qu'il ne reste plus de la pommade qu'une sorte d'enduit huileux qui recouvre les paupières. A ce moment il est bon de faire un lavage de l'œil entr'ouvert avec un tampon imbibé d'eau bouillie chaude, puis un essuyage qui entraîne l'excès de la pommade. Ainsi pratiquée, cette application est bien rarement irritante et l'insuffisance des précautions de celui qui l'emploie doit être aussi pour beaucoup dans les méfaits de la pommade.

Son emploi en sera renouvelé tous les 2 jours environ, soit à des intervalles réglés par la fin de son effet secondaire qui est de pâlir un peu la muqueuse enflammée.

En général, elle est employée dans la 2e période seulement de la conjonctivite phlycténulaire, quand les phénomènes irritatifs du début sont calmés et que la papule ulcérée est en voie de cicatrisation. Mais, maniée comme nous l'avons dit, elle peut l'être dès le début puisqu'elle ne saurait ajouter à l'irritation pathologique l'irritation médicamenteuse. Au contraire, son effet sédatif est ainsi très manifeste d'emblée.

Les complications cornéennes ne sont pas non plus une contre-indication à son emploi ainsi compris, et elles sont les premières à en bénéficier.

Les ulcères cornéens graves, envahissants, ceux dont l'aspect mat et gris jaunâtre indiquent la marche rapide et la gravité menaçante, complication assez fréquente de la conjonctivite phlycténulaire, sont justiciables des applications chaudes (eau bouillie, cyanure) très souvent renouvelées et surtout des pointes de feu.

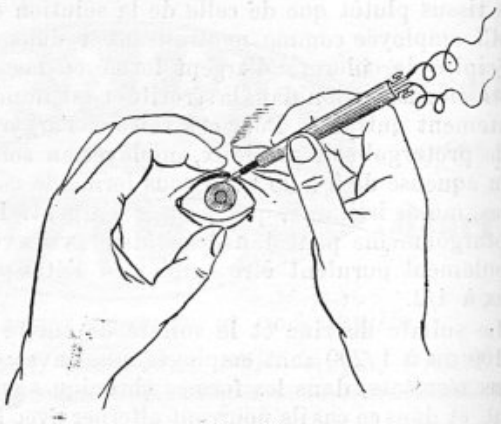


Fig. 10.

Ces pointes de feu, à la pointe fine du thermo ou du galvano-cautère, seront toujours faites sur les bords jaunes infiltrés de l'ulcère, sens de sa marche envahissante et menace de perforation.

Trois ou quatre pointes de feu très fines, après cocaïnisation au 1/3 ou au 1/2 pour une étendue cornéenne de 4 à 5 millimètres, sont largement suffisantes. Elles seront moins nombreuses si leur grosseur oblige à les espacer davantage (fig. 10). Elles nécessitent souvent l'emploi du blépharostat, mais peuvent être faites aussi en se servant des doigts de la main gauche comme écarteur, comme le montre la figure.

L'emploi du thermocautère avec une pointe très fine demande une certaine dextérité manuelle, car l'échauffement des parties environnantes est assez sensible et il faut aller vite, mais sans s'effrayer cependant, car il serait extraordinaire que cet échauffement produise des lésions cornéennes ou conjonctivales. La surchauffe qui se produit s'ajoute au contraire à l'effet thérapeutique des pointes de feu et équivaut à un excellent bain chaud. Le larmoiement qui se produit d'ailleurs est la sauvegarde des maladroits.

HYDROLOGIE MÉDICALE

L'Actualité Nosographique
Quelques Aperçus sur la grippe.

Voici venir l'hiver, tueur de pauvres gens..... a dit le poète, — tueur, par le cortège de maux de toute nature qui l'accompagnent immanquablement, et parmi lesquels une place de... déshonneur revient de plein droit à la Grippe. Déjà quelques cas sont signalés ici et là : mauvaise affaire, si l'on songe à l'extrême diffusibilité, à la soudaineté d'apparition et à l'extension rapide de cette maladie, sur le compte de laquelle les opinions sont encore loin de concorder.

Infectieuse, cela n'est pas douteux, de par son origine microbienne. Mais, l'agent pathogène est-il univoque et spécifique, ou au contraire ressort-il à des espèces très différentes les unes des autres, mais qui s'accordent à réaliser des types cliniques à peu près identiques ? Est-ce toujours le bacille de Pfeiffer, ou indifféremment le pneumocoque, le streptocoque, le pneumo-bacille, le micrococcus catarrhalis, isolés ou associés ? Sur ces différents points, les avis sont partagés.

Encore qu'il y ait là pour les paradoxaux, pour les sceptiques, qui persistent à ne voir dans le microbe qu'un effet et non une cause, copieuse matière à épiloguer interminablement sur le polymorphisme et l'hétéromorphisme en bactériologie nous n'avons nul dessein de prendre parti dans la controverse. Mais nous ne pouvons pas ne pas faire état d'un travail récent de *Scheller*, de Kœnigsberg (juin 1908), qui, malgré les dénégations de beaucoup d'auteurs, considère le micro-organisme de Pfeiffer comme le seul agent spécifique des grandes pandémies grippales. Cet auteur a eu l'occasion, au cours de l'épidémie très grave de 1906-1907, de relever de très nombreuses et très complètes observations qui lui ont révélé la présence de ce bacille dans les crachats de 90 % des malades atteints d'influenza, et en culture pure dans la moitié des cas. Ayant fait l'autopsie de 4 sujets morts de pneumonie grippale il a trouvé dans les exsudats de la trachée et des grosses bronches de nombreux bacilles grippaux mêlés à d'autres microbes. Puis, en remontant vers les bronches plus fines, la proportion des premiers augmentait de plus en plus, au point de se rencontrer seuls ou à l'état de pureté dans les bronchioles terminales et dans les foyers broncho-pneumoniques.

Ce sont là des arguments de fait dont il serait imprudent de ne pas tenir compte.

Il n'y a d'ailleurs pas que chez les malades qu'on découvre le bacille de Pfeiffer. A l'instar de ses congénères, — le bacille d'Eberth, le bacille de Koch, le méningocoque, — il est souvent véhiculé par des organismes sains. L'ayant recherché systématiquement parmi l'entourage indemne des malades, Scheller l'a décelé dans 24 % des cas.

C'est sans doute ainsi que l'on peut expliquer la dissémination si prompte de la grippe et la forme épidémique qu'elle revêt si facilement. Et là encore, quel admirable prétexte à discourir sur le rôle prépondérant du terrain dans l'apparition des maladies, sur toutes les circonstances qui rendent ce terrain fertilisable par rapport à la graine microbienne, — circonstances occasionnelles, influences extérieures, diathèses préétablies ! Et comme ils sont dans le vrai, ceux qui prêchent la tactique des efforts qui tendent à améliorer, à renforcer, à amender le sol humain, de préférence et préalablement à la lutte anti-microbienne proprement dite !

Quoi qu'il en soit, et pour ne pas nous attarder sur des sujets intéressants sans doute, mais qui nous entraîneraient trop loin, deux particularités prédominent dans la symptomatologie de la grippe et méritent d'être spécialement mises en lumière. D'une part, la précocité et l'intensité de la dépression nerveuse contrastent avec la bénignité des autres manifestations morbides ; d'autre part, la longue durée de la convalescence hors de proportion avec la brièveté de la période fébrile.

Le bacille grippal a en effet une prédilection marquée, soit par lui-même, soit plutôt par ses toxines, pour le système nerveux. Les atteintes durables qu'il porte à celui des appareils qui doit être considéré à juste titre comme le grand régulateur physiologique de toutes les fonctions, justifient la persistance d'un état de véritable déchéance d'organismes dont l'équilibre est profondément perturbé.

Toutes ces considérations ne sont pas seulement théoriques ; elles ont des applications d'ordre pratique immédiates, et le traitement judicieux de la grippe doit s'inspirer des indications qu'elles tracent au praticien. Si ce traitement comporte la mise en œuvre précoce des névrosthéniques capables de stimuler et de tonifier le système nerveux, il doit par ailleurs et nécessairement combattre l'infection proprement dite et toutes ses conséquences.

La *balnéation externe* constitue l'un des éléments les plus précieux de la thérapeutique anti-infectieuse, tout au moins pendant le cycle hyperthermique. Mais son action est singulièrement renforcée et ses effets heureusement complétés par la *balnéation interne*, que réalise si opportunément la *cure de boisson* systématisée.

Exempte d'inconvénients, la cure de boisson réunit de multiples avantages, parmi lesquels on doit citer en première ligne l'apaisement de la soif intense dont souffrent les grippés fébricitants, et l'influence qu'elle exerce sur le rein, dont elle favorise la fonction éliminatrice à un moment où cette fonction a plus que jamais besoin d'être non seulement maintenue, mais encore et surtout exaltée.

Examinée à ce point de vue, la cure de boisson est une véritable méthode thérapeutique qui a son rite et ses précisions d'application ; mais elle vaut surtout par le liquide utilisé dans la circonstance. Il est de toute évidence que si l'on s'adresse à une Eau naturelle, de minéralisation alcaline et riche en gaz carbonique, une de ces Eaux que *Fleig*, de Montpellier, vient, avec le concours de l'expérimentation et de la clinique, de présenter comme de vrais sérums physiologiques, comme des milieux vitaux incomparables, les résultats n'en seront que plus prompts, plus parfaits, plus définitifs.

Tous ces désiderata sont remplis, et avec quel bonheur ! par la Reine de Vals, dont il est superflu de rappeler les caractéristiques minérales, aux usagers très avertis que sont les lecteurs de ce journal. Par sa teneur en gaz carbonique, elle constitue un breuvage délicieux et rafraîchissant qui tempère la sécheresse des voies digestives supérieures et apaise les irritations dont leur muqueuse est toujours le siège pendant la période aiguë de la grippe. En outre, son alcalinité neutralise l'acidité gastrique inséparable des états fébriles et rend ainsi possible la continuation d'une alimentation sélectionnée sans doute, mais qui n'en produit pas moins des effets dynamogènes utiles. Faut-il insister aussi sur les propriétés diurétiques des bicarbonates alcalins, dont le filtre rénal ne peut que se réjouir, et qui assurent une dépuration urinaire suffisante et nécessaire à l'élimination des produits toxi-infectieux qui encombrent l'organisme ? Faut-il rappeler que ces mêmes bicarbonates ont une influence incontestable sur les globules blancs dont ils augmentent la vitalité et la résistance ? Pour toutes ces raisons, la Reine de Vals s'impose comme le meilleur facteur de la cure de boisson, et aussi parce que, grâce au complexus harmonieux de sa minéralisation, elle se comporte comme un véritable sérum, laveur du sang et phagocytogène.

Cette sorte de memorandum est d'actualité à une époque de l'année où la Grippe menaçante remet à l'ordre du jour un des chapitres les plus intéressants de la thérapeutique appliquée.

Dr Gaston.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le médecin de campagne et l'exercice de la spécialité,

Par le Dr Paul Boudin.

Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Médecine, chirurgie, orthopédie infantiles

Dans nos campagnes, il n'y a de réellement bons médecins pour les enfants que ceux qui ont élevé eux-mêmes leur petite famille. Cette opinion est très accréditée dans le public, et, en réalité, elle a beaucoup de vrai.

Un médecin, père de famille, est, en effet, assailli de questions, dans son intérieur. Sa femme lui demande conseil pour tout ce qui a trait au petit marmot. Aussi est-il obligé d'étudier des choses pratiques qu'on ne lui a jamais enseignées de son temps d'étudiant ; il fait chez lui des remarques cliniques et arrive à pouvoir donner aux autres le résultat de son expérience personnelle, en ce qui concerne l'allaitement et la puériculture.

Mais là ne doit pas se borner le champ d'action du praticien, combien difficile est la médecine des enfants ! Que de symptômes différents de ceux de l'adulte ! Puis, quel doigté ne faut-il pas avoir pour ne pas effaroucher ces petits êtres, capter leur confiance et pouvoir ensuite les examiner à l'aise.

A la vérité, au bout de quelques années d'exercice, la médecine infantile est chose ordinaire pour un praticien travailleur et observateur. Néanmoins il se présente parfois des cas difficiles, soit en médecine, soit en chirurgie, pour lesquels l'avis de quelqu'un de très compétent serait fort utile.

Que d'accès de fièvre, sans autres signes, ne voit-on pas ? Est-ce de la pneumonie ? On ne peut pourtant pas attendre le 7e ou 8e jour pour la diagnostiquer grâce aux râles pulmonaires, qui se montreront à cette époque tardive.

Est-ce un embarras gastrique ? un accès vermineux ? qui existe fort bien, quoi qu'on en dise.

Cet enfant languit ; fait-il de la méningite ? de la chlorose, si fréquente même chez les tout petits ? Sont-ce des troubles dus à une albuminurie intermittente ?

Comment encore traiter ces maladies nerveuses, spasmodiques ou autres, dans lesquelles notre thérapeutique est bien souvent inefficace ; c'est la chorée, la coqueluche, etc. ?

Je passe, mais sans omettre de signaler que, dans certains de ces cas qui peuvent être compliqués, nous serions heureux de faire appeler en consultation un confrère voisin, qui aurait des connaissances toutes spéciales en la matière.

En chirurgie, ce sont les tuberculoses locales: coxalgie, tumeurs blanches, péritonites ; puis, les inflammations osseuses, dont le type est l'ostéo-myélite ; ce sont encore les luxations congénitales, les membres bots, etc. En un mot, le praticien serait bien satisfait de pouvoir causer, avec un spécialiste voisin, des indications opératoires ou de pouvoir discuter un traitement médical, ou bien encore de savoir s'il n'y aurait pas lieu d'envoyer le petit malade auprès d'un maître des hôpitaux.

Nous avons enfin le grand chapitre de l'orthopédie : redresser un pied bot, sans qu'il soit besoin d'envoyer la mère et l'enfant subir les ennuis du séjour à l'hôpital de la ville. Il faudrait pouvoir traiter méthodiquement une scoliose et ne pas s'en rapporter souvent au corset que vendra l'orthopédiste ; pouvoir aussi réduire une luxation congénitale de la hanche. Il faut pouvoir différencier, ce qui parfois est fort difficile, une déformation rachitique d'un mal de Pott.

On devrait être capable de faire correctement le corset plâtré, la minerve que réclament ce torticolis, ce mal de Pott.

Que faire en présence de ce genu varum, de ce genu valgum ? Quel genre de chaussure ou d'appareil faut-il conseiller pour ces pieds plats ?

Est-il encore possible d'améliorer cette ankylose du genou, dont la position vicieuse est due à la négligence..... des parents ?

Pour cela point n'est besoin d'une installation spéciale, ni d'un outillage particulier. Je me bornerai à conseiller au médecin qui voudrait se perfectionner dans cette branche, de suivre, pendant une quinzaine, des cours *ad hoc*, à l'usage des praticiens. En peu de temps, grâce au bagage scientifique que chacun possède, ce confrère se verrait initier pour cette médecine spéciale.

Rentré chez lui, il lui serait possible de rendre service à ses confrères, en les assistant dans tous les cas difficiles que ceux-ci rencontreraient dans leur clientèle.

Me serait-il alors permis d'espérer que, l'enfant étant mieux soigné et surtout examiné par des personnes compétentes, nous ne pourrions pas voir diminuer la vogue des empiriques, des sorciers et de voir reléguer dans le domaine de l'oubli les pratiques extraordinaires du pigeon vivant ou du lapin écorché, panacées des méningites ou de la tuberculose péritonéale ?

Avantages de la profession médicale en Italie. — On semble ignorer en France que nos confrères d'Outre-Monts sont plus privilégiés que nous dans l'exercice de leur profession. Ainsi, depuis plus de 43 ans, depuis 1866, les médecins italiens peuvent hériter de leurs clients, ce que réclamait à la Chambre feu notre collègue le docteur Gabriel Delarue ; et de plus la prescription pour le règlement de leurs honoraires, a été vers la même époque, prorogée à trois ans. — Heureux voisins !

EXERCICE ILLÉGAL

Escrocs ou criminels.

Je déclare assumer la responsabilité pleine et entière des assertions contenues dans le présent article.

Dr P. Goyon.
de Saint-Germain-du-Bois (S.-et-L.).

Le Congrès d'obstétrique et de gynécologie de 1908, siégeant à Paris, s'est occupé de la fréquence des avortements. Le professeur Bossi, de Gênes, demandait la suppression des insertions de réclames dans les journaux qui étalent au grand jour la profession de *faiseuses d'anges* : « Les rubriques Retard. Suppression des époques, etc., sont trop explicites et indignes de la Presse ainsi que des plus élémentaires sentiments de dignité humaine. Nous devons les faire supprimer. »

Une commission a été nommée à la suite de ce Congrès et cela sur la proposition du Professeur Bossi. Actuellement cette commission n'a pas encore donné signe de vie, mais il est probable qu'elle fera un travail utile.

Quoi qu'il en soit, la majeure partie des journaux a supprimé la fameuse annonce « retards » et l'a remplacée par celle de « sages-femmes », qui, placée au même endroit et dans des conditions identiques, donne aux intéressées les mêmes résultats, mais satisfait en même temps nos pudeurs et notre naïveté ». (*Bulletin* officiel du Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes, août 1909. Rapport du Docteur Ch. Levassort).

Le devoir de tout médecin est de faire supprimer les annonces « retards », annonces qui persistent malgré l'affirmation du Bulletin officiel. Pour preuve, j'apporte ma cueillette du mois de novembre 1909. La commission nommée par le Congrès de 1908 a subi le sort commun aux commissions ; malgré la bonne volonté de ses membres, les résultats qu'elle pourra obtenir seront médiocres. La plus large publicité des moyens d'action, des crimes ou des escroqueries des auteurs de réclames, en soulevant contre eux l'indignation publique, fera plus pour la suppression des escrocs et des avorteuses que toutes les parlottes de savants et de législateurs.

Le Congrès de 1908 semble ne considérer que les faiseuses d'anges ; en réalité, à côté des professionnelles de l'avortement, existe une phalange de chevaliers d'industrie dont le but est l'exploitation sans vergogne de la malheureuse femme ou fille, affolée par l'idée de sa grossesse, prête à tous les sacrifices pécuniaires que lui demanderont ses exploiteurs en faisant luire à ses yeux le fol espoir de la délivrance. Elle ne prendra aucun produit nocif, mais elle achètera les pilules de *Mica panis*, la poudre de réglisse ou celle de bicarbonate de soude.

Ces industriels ne sont pas des criminels, ce sont des escrocs ; c'est comme tels qu'il faut les poursuivre et les faire connaître.

Leur annonce en dernière page « Retards ». « MESDAMES », « Suppression des règles » forment la majeure partie de la publicité de ce genre d'escroquerie ; c'est par elles que nous commencerons.

Il est assurément difficile de discerner d'après une annonce le degré de criminalité ou d'escroquerie, de savoir si la drogue prônée est inoffensive ou non. La classification risque donc d'être arbitraire. Nous nous engageons d'avance à transporter d'une classe à l'autre ceux des pharmaciens ou auteurs de réclames qui nous adresseraient une rectification. Nous remercions sincèrement ceux de nos confrères du Nord ou du Midi qui ont facilité notre tâche en nous adressant les coupures des journaux de leur région. Le recueil qu'elles ont formé est suggestif et intéressant à plus d'un titre. Malheureusement leur nombre dépasse le cadre disponible et nous oblige, à notre grand regret, à faire un choix parmi elles.

Toutes les annonces que nous publions ici datent du mois de novembre 1909.

Du journal le X., concernant une ville du Midi :

Mesdames. Aucun *retard* ou trouble, retour d'âge ne résiste aux GLOBULES D'ORIENT, seul remède infaillible immédiat.

Envoi discret contre mandat 4 fr. Herboristerie Z., place A.

DAMES. Aucun cas de *retard* et troubles de l'âge critique ne résiste à la RÉGULINE, seule infaillible, immédiate, sans danger, ne trompant pas le public.

Envoi franco, discret, mandat, 5 francs Z, pharmacien.

MESDAMES. L'infusion FÉMINA est le seul produit infaillible et immédiat pour TOUS RETARDS et accidents de l'âge critique.

Le flacon 4 francs contre mandat envoi discret. PHARMACIE HERBORISTERIE à X,

Tous les cas de RETARDS et troubles de l'âge critique sont infailliblement guéris en 3 JOURS par notre traitement. Envoi discret contre mandat 4 francs.

PHARMACIE à X.

D'un journal de la région du Nord :

MESDAMES, Renseignements gratis sous pli cacheté contre tous troubles et irrégularités des époques qui vous inquiètent. Ecrire confiance à N., pharmacien spécialiste de province, O ✻ à C.

MESDAMES. En cas de troubles périodiques, de suppression, de regrettables et inquiétantes irrégularités des *époques*, vous vous débarrasserez facilement en quelques jours et sans danger avec un seul PERIO SPÉCIFIQUE.

Envoi discret avec brochure explicative contre remboursement ou 5 francs adressés à M. N., pharmacien spécialiste à Y.

RETARD. Mesdames, dans tous les cas de suppression ou de retard de vos règles, quelle que soit la cause, vous vous débarrasserez en quelques jours sans danger avec un seul PÉRIOSPÉCIFIQUE. N.

Cette annonce paraît dans les journaux de nombreuses régions.

De diverses feuilles de province et journaux de Paris, concernant Paris :

CAPSULES PÉRIODIQUES

RETARD, Energique et nouvelle préparation, agissant toujours et dans tous les cas sur la venue des règles de façon certaine et sans danger en *une seule nuit*, sans autre intervention. Vous ne serez ni trompées ni déçues. Milliers d'attestations reconnaissantes et enthousiastes.

Pour éviter vaines tentatives, écrire d'abord à M. Z., pharmacien, Paris.

TROUBLES MENSUELS. Toujours guéris sans aucun danger, M. à Paris.

Nous supposons, gratuitement d'ailleurs, que tous ces spécifiques sont inoffensifs malgré l'affirmation contraire de leurs fabricants et que l'unique but de ceux-ci est d'escroquer les clientes naïves.

Aucun des produits proposés n'a reçu de médailles aux expositions; mais n'est-il pas piquant de voir figurer en bonne place, parmi les exploiteurs de la bêtise humaine, un monsieur M., pharmacien spécialiste de province comme il s'intitule lui-même, et décoré. Sa décoration est assurément la récompense de sa haute philanthropie.

Pour permettre d'apprécier la valeur des produits de ces messieurs, nous allons raconter l'histoire authentique d'un pharmacien, aujourd'hui décédé, et de sa comparse, sage-femme décédée également, qui exploitaient par la voie des journaux leurs contemporaines. Nous passerons leurs noms sous silence par respect pour leurs familles.

Dans un chef-lieu de département du centre, une sage-femme recrutait par voie de la presse des clientes qu'elle adressait après examen et consultation à un pharmacien de la ville, pour se faire délivrer les spécialités abortives dont il avait le dépôt exclusif pour la région. C'étaient des pilules mica panis argentées. Prix de la boîte 5 fr. Une solution de phosphate de chaux en flacons de 250 grammes environ. Prix : 10 francs.

Ces médicaments, d'action lente, devaient être renouvelés. Il s'est vendu jusqu'à 50 boîtes de pilules par jour. Les bénéfices étaient partagés entre les deux larrons.

Ou bien les pilules, capsules, infusions, solutions sont des produits analogues à ceux du pharmacien de mon histoire et les annonceurs, en livrant sciemment à une clientèle crédule des produits sans valeur, sans aucune des propriétés qu'ils leurs attribuent, commettent une escroquerie ; à eux la première partie du titre : Escrocs ! ou bien ils livrent aux filles et femmes enceintes, à celles que désespèrent le retard et la suppression des règles, des produits réellement actifs, efficaces, abortifs, et ce sont des Criminels.

Examinons l'affirmation contenue dans le rapport du docteur Ch. Levassort : « La majeure partie des journaux a supprimé la fameuse an-

nonce « Retards » et l'a remplacée par celle de « Sages-femmes ».

Il y a confusion. Les pharmaciens qui vendent un pseudo-remède abortif ne peuvent mettre « Sages-femmes ».

Les sages-femmes sont devenues plus discrètes dans leurs annonces, c'est évident ; mais les criminelles, celles qui pratiquent l'avortement, l'ont toujours été par nécessité, et rien dans les journaux ne les dénonce aux non-initiées.

Les réclames suggestives existent cependant. Voici quelques échantillons :

D'un journal du Sud-Est :

RETARD. Traitement sans mal, sans danger, succès certain. Ecrire : M. X.

RETARD. Succès certain, rapide. Ecrire Mme X...., rue Z...., Paris.

MÉTHODE EXTERNE Rien à avaler

Toutes les femmes qu'inquiètent *Arrêts, Suppression ou irrégularités mensuelles* doivent employer cette méthode simple, rapide et sans danger. Envoi discret de la notice. Ecrire : Institut Z, à Paris.

D'un journal parisien :

FEMMES, si troubles mensuels, ou irrégularités vous inquiètent, écrivez : Dr Institut, Paris Notice grat.

Notice gratis :

SAGE - FEMME 1re classe. *Retards* Cons., matin et soir, fêtes et dimanches, rue R., Paris.

TROUBLES MENSUELS, méthode simple, renseignements gratis. Sage-femme de 1re classe (suit l'adresse).

L'annonce la plus fréquente est celle-ci : Sage-femme de 1re classe, pensionnaires, traite maladies des dames, consultations telle rue, tel numéro, tel étage.

Croire que ces femmes-là pratiquent elles-mêmes l'avortement, c'est de la naïveté. Il serait trop facile de les prendre. Le crime raisonné est plus complexe, plus difficile à atteindre ; sa ruse est le garant de son impunité. Voici à l'appui l'histoire des avorteuses de X. Un certain nombre de sages-femmes avaient formé entre elles une association secrète dans le but de pratiquer l'avortement. Une femme exprimant le désir de voir interrompre sa grossesse venait-elle consulter, la matrone lui déclarait bien haut qu'elle ne pratiquait à aucun prix cette criminelle industrie. Cependant, pour lui rendre service, elle voulait bien lui indiquer sous le sceau du secret l'adresse d'une de ses collègues qui connaissait peut-être une femme qui la délivrerait.

Après une passe ou deux de ce genre, on finissait par lui déclarer qu'effectivement, en payant d'avance, l'opération serait pratiquée, par une femme qui désirait garder le plus strict incognito, soit au domicile de la cliente, soit dans une maison neutre. A jour et à heure fixes, la patiente était ponctionnée par une mystérieuse opératrice. Le tour était joué.

Et chaque fois qu'un accident se produit, car la mortalité est grande chez les avortées, les annonces de ces dames disparaissent pendant quelques jours de la dernière page des journaux.

S'il y a plainte, l'enquête n'aboutit pas ; dans le cas contraire, après une courte suspension, l'industrie recommence.

Celles-là, ce sont des criminelles. C'est la divulgation de leurs ruses, de leurs procédés, qui rendra par la suite leur louche commerce impossible ; le législateur ne saurait les atteindre, la conscience publique en fera justice.

La commission nommée par le Congrès d'obstétrique et de gynécologie de 1908, peut se mettre au travail, elle peut collectionner les annonces, enquêter pour éclairer sa conscience ; elle a le choix, car la liste est longue des escrocs et des criminels.

Dr P. Goyon.

SOU MÉDICAL

Informations judiciaires.

Syndicat des Commerçants et Industriels de France.

Nous apprenons que M. Drapier, juge d'instruction au Tribunal de la Seine, saisi de plusieurs plaintes contre le Syndicat des Commerçants et Industriels de la rue Auber, a voulu se renseigner sur la régularité des opérations faites par ce Syndicat sous le couvert de la Mutualité et a chargé M. Doyen, l'expert-comptable bien connu, demeurant à Paris, rue Castellane, n° 13, d'examiner la comptabilité du Syndicat et de lui faire un rapport.

Nous engageons ceux de nos confrères qui nous ont mis au courant de leurs démêlés avec le Syndicat à fournir directement à M. Doyen les renseignements qu'ils peuvent avoir.

Puisque la justice est saisie, nous ne pouvons que la laisser faire et si le Syndicat réussit à démontrer l'inanité des reproches qui ont été formulés de tous côtés contre son administration et les façons de procéder de ses agents, nous nous empresserons de faire connaître la solution qui interviendrait en sa faveur.

— Nous sommes avisés par Me Rinjard, avoué à Saint-Calais, que le Tribunal de cette ville a, par jugement du 29 janvier dernier, déclaré nulle pour cause de dol les polices d'assurances que les agents du Syndicat avaient fait souscrire à notre confrère le Dr Renault, membre du « Sou médical » et soutenu par notre Société de défense, en lui faisant croire à l'existence d'une 2333e section à Bessé-en-Braye, qui n'était composée que des médecins et pharmaciens de la localité. Le Tribunal a ordonné en outre la restitution des primes payées.

Nous publierons le jugement quand nous en aurons le texte.

La faillite de l'Espérance.

Le 26 janvier dernier, grande réunion générale des créanciers, provoquée par le Syndic, qui, ayant cédé son cabinet, avait à faire agréer son successeur.

Incidemment.... *espérances* d'un dividende qui s'élèvera de 5 à 7 %.

Concours d'images.

Conformément aux décisions de l'Assemblée générale du 14 novembre dernier, un concours est ouvert pour l'illustration du texte ci-après .

Cette illustration doit comprendre 16 vignettes, soit une pour chacun des 16 quatrains de la légende.

Chaque vignette doit avoir 0 m. 08, de hauteur sur 0 m. 065 de largeur.

Les compositions ne doivent porter aucune indication de nature à donner un renseignement sur l'auteur.

Chacune d'elles portera une formule ou devis qui sera reproduite sur une enveloppe fermée contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Il sera inutile de transcrire la légende au bas des vignettes. Il suffira que les vignettes soient classées dans l'ordre numérique des quatrains de la légende ou portent le numéro correspondant du quatrain dont elles constitueront l'illustration.

Le concours est ouvert entre les membres du Concours », du « Sou », et leurs amis artistes.

Un prix de 300 francs sera attribué aux auteurs de la composition classée première.

Le concours sera terminé le 15 avril 1910.

Les compositions seront adressées au « Sou médical », 23, rue de Dunkerque, à Paris.

TEXTE A ILLUSTRER

Auteur : M. le Dr DALLY, de Paris.

I

Voyez comment arrivent les malheurs !
Une corde qui rompt, une planche qui casse,
Et Pierre L'Ouvrier tombe à travers l'espace
Parmi les cris et les clameurs.

II

Chez lui sur un brancard on le ramène,
Sanglant, les os brisés et mort plus qu'à moitié,
Et sur tout le parcours excitant la pitié,
Tant son état faisait de peine.

III

« Ma pauvre femme, il n'a pas eu de chance »,
Dirent à son épouse en larmes les copains :
« Il sera bien soigné, allez, ne craignez rien,
« On va le mettre à l'assurance ».

IV

En effet après trois longs jours, il vit
Un Monsieur décoré, l'air raide et militaire,
Qui dit : « Ah ! j'en ai vu bien d'autres à la guerre !
« Dans huit jours, il sera guéri ».

V

On avertit la Mutualité,
Et bientôt vint un médecin à tant par tête.
« Monsieur le Président m'a dit que je vous mette
« A l'hôpital, d'autorité ».

VI

Pierre refusa l'hospice pénible.
« J'ai le droit », disait-il, « de mourir dans mon lit. »
Mais bientôt Pipelet vint, à peine poli,
Réclamer le terme exigible.

VII

Le terme ne fut pas payé, de sorte
Que le propriétaire, homme dur et sans cœur,
Sans pitié pour cet homme atteint par le malheur,
Par huissier le mit à la porte,

VIII

C'est la misère dans ce galetas,
« Car l'assurance avait refusé tout salaire
Et pour les attaquer c'était toute une affaire.
N'ayant pas de certificats.

IX

Le médecin de la mairie aussi
Vint le voir, très pressé, fit vite une ordonnace,
En disant que le cas regardait l'assurance.
Mais le malade était au pis.

X

Heureusement, il vint un visiteur
Du Syndicat, qui dit : « Pierre, tu n'es pas fin :
« Ton droit est formel de choisir ton médecin ;
« Fais-donc venir ton vieux docteur ! »

XI

Ce vieux docteur n'était pas employé
De l'assurance ou de l'administration ;
Il connaissait les lois, savait que le patron
Devait les soins à l'ouvrier.

XII

« D'abord », dit-il « Pierre, je vais te faire
« Un certificat, et puis je te soignerai ;
« Et tu verras, mon vieux, que le Juge de paix,
« T'allouera ton demi-salaire. »

XIII

Par la vertu de cette confiance
Que Pierre L'Ouvrier avait en ce docteur
Librement choisi, Pierre eut bientôt le bonheur
De voir s'apaiser sa souffrance.

XIV

Mais il fallut lui couper une jambe
Qui n'avait pas, hélas, été soignée à temps ;
Et Pierre L'Ouvrier en eut pour bien longtemps
Avant de devenir ingambe.

XV

Comme il jugeait la cause intéressante,
Le docteur l'assista, fit des certificats,
Allant aux expertises ou chez les avocats,
Afin qu'il obtienne une rente.

XVI

Et le voilà heureux parmi les siens,
Vivant modestement de sa petite aisance,
Proclamant très haut que la Libre Confiance
Est le meilleur des Médecins.

Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel

Association et Syndicat des médecins du département d'Alger.

Protestation de l'Association et du Syndicat des médecins du département d'Alger, au sujet des mesures qui frappent le personnel de l'Institut Pasteur d'Alger.

En 1894, le Gouvernement général de l'Algérie, sur l'initiative de M. le Dr Trolard et sur la recommandation de Pasteur, créait à Alger un Institut antirabique.

Au cours de cette période de quinze années, d'autres applications pratiques de la microbiologie furent ajoutées au service de la rage : c'est ainsi que l'Institut fut chargé de la préparation du vaccin antivariolique, du claveau, du vaccin contre le charbon symptomatique, et des levures algériennes pour la vinification.

Le programme imposé a été fidèlement suivi, ainsi que cela a été officiellement reconnu en maintes circonstances et notamment aux séances plénières des Délégations financières.

L'institut Pasteur d'Alger, désirant agrandir son rôle, avait demandé à maintes reprises à être reconnu d'utilité publique, afin de pouvoir ainsi faire des recettes dans le but d'étendre ses moyens d'action tout en diminuant la contribution des finances publiques de la colonie.

Quelle n'a pas été sa surprise d'apprendre d'une *manière indirecte* qu'en fait de réorganisation, on avait supprimé l'Institut d'Alger pour lui substituer l'Institut Pasteur de Paris.

Cette réorganisation s'est poursuivie dans des conditions tout à fait extraordinaires. La direction de l'Institut Pasteur d'Alger n'a pas été consultée une seule fois ; bien mieux, elle n'a pas été encore avisée officiellement à l'heure actuelle par l'administration compétente des changements arrêtés et à la veille d'être exécutés.

Malgré les éloges décernés, malgré les promesses et les engagements pris devant les Délégations financières, presque tout le personnel, sans avis préalable, sans qu'on ait invoqué contre lui aucun grief, est écarté de telle sorte que cette mesure équivaut à une révocation.

L'Association et le Syndicat des Médecins du département d'Alger ne pouvaient pas demeurer insensibles devant une prétendue réorganisation ayant pour résultat l'éviction injuste et brutale d'un personnel, au mépris des services rendus pendant quinze ans et d'engagements formels.

Ne voulant pas laisser créer, sans protester, un précédent aussi dangereux pour les médecins chargés de services publics qui se verraient ainsi privés de toute garantie et se trouveraient livrés au favoritisme et à l'arbitraire, ils se sont réunis en assemblée générale le mardi 30 novembre 1909, et ont voté l'ordre du jour suivant qu'ils ont l'honneur de vous communiquer :

L'Association et le Syndicat des Médecins du département d'Alger, réunis dans une pensée de justice et de solidarité confraternelle,

Considérant que l'Institut Pasteur d'Alger fut fondé en 1894 sur l'initiative de M. le Dr Trolard et avec l'approbation de Pasteur lui-même, pour le traitement de la rage en Algérie ainsi que pour les applications pratiques de la microbiologie ;

Considérant que depuis plusieurs années, trop à l'étroit dans les ressources budgétaires mises à sa disposition, l'Institut Pasteur d'Alger n'a cessé de demander sa reconnaissance d'utilité publique dans le but d'étendre son rôle, sans augmenter les charges financières de la Colonie ;

Considérant que les services qu'il a rendus à l'Algérie depuis 15 ans sont incontestables ; que ces services ont été publiquement reconnus dans les séances plénières des Délégations financières, par l'Administration supérieure qui a promis de respecter les situations acquises ;

Considérant, d'autre part, que la prétendue réorganisation de l'Institut Pasteur d'Alger a eu lieu sans qui le Directeur de cet établissement ait été consulté ni même avisé ;

Protestent contre le prétexte transparent de la prétendue réorganisation actuelle, dont le but avéré a été de faire place nette pour opérer une substitution voulue et préparée de longue main,

Expriment leur cordiale et unanime sympathie aux victimes de cette mesure ;

Regrettent que l'administration ait fait preuve d'un manque absolu d'égards vis-à-vis d'un personnel qui compte 15 ans de services, qui n'a pas démérité et qui a fidèlement rempli le programme qu'elle lui avait imposé ;

Regrettent également que l'Institut Pasteur de Paris, probablement mal renseigné, se soit laissé entraîner à un acte qui viole les règles les plus élémentaires de la déontologie médicale ;

Espèrent que l'Administration tiendra les engagements qu'elle a pris au sujet des situations acquises, car s'il en était autrement, il n'existerait dorénavant aucune garantie pour les médecins investis d'une fonction publique quelconque.

L'Association et le Syndicat des médecins du département d'Alger.

BIBLIOGRAPHIE

V. Gardette. — **Formulaire des spécialités pharmaceutiques**, *pour* 1909. — J.-B. Baillière et fils, Paris 1909.

« Que pensez-vous, docteur, du vin X..., ou du sirop Z...? » Voilà une question qui nous est journellement posée par les malades ou leur entourage qui ont lu le journal et cherché dans les annonces la guérison désirée. Bien souvent, nous ne connaissons ni le vin, ni le sirop et l'auteur de la question pense que nous sommes bien en retard du mouvement scientifique. En lisant quelquefois ce formulaire, nous serons moins désarmés contre la question des clients. Mais qui pourrait connaître toutes les spécialités ? Nous apprenons à en connaître quelques-unes que nous prescrivons volontiers quand la qualité des médicaments nous peut paraître suspecte, pour mille et une raisons. Mais, de grâce dirions-nous aux fabricants, n'en faites plus ; il y a encore des pharmaciens honnêtes et consciencieux et des médecins qui savent écrire les préparations magistrales. A. Lombard.

VAUCAIRE. — **Formulaire moderne.** — *Traitements, ordonnances — Médicaments nouveaux.* — 5e édit. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1910.

Ce livre a les avantages et les inconvénients de tous les formulaires ; on y trouve beaucoup d'indications, beaucoup de formules ; mais à laquelle donner la préférence ? Nous regrettons que l'auteur ne nous le dise pas Sans doute il y en a bien quelqu'une qui n'est guère réalisable ; mais comment les vérifier toutes ? Le lecteur cherche un formulaire, un renseignement rapide sur n'importe quel sujet, et il le trouvera là à propos de bien des médicaments nouveaux.

A. LOMBARD.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès International d'Assistance Publique et de Bienfaisance privée qui aura lieu à Copenhague en 1910. — Le Congrès de Copenhague doit continuer les travaux des Congrès internationaux de Milan (1906), de Paris (1900), de Genève (1896) et de Paris (1889). Le Comité international permanent de ces Congrès, dont M. Emile Loubet, ancien Président de la République française, est le chef, présidera aux travaux du Congrès. Le gouvernement danois a promis de s'y faire officiellement représenter ; les gouvernements étrangers sont priés d'y envoyer des délégués officiels.

Les questions suivantes sont à l'ordre du jour :

1° Les soins des malades à la campagne ;

2° Assistance aux étrangers, étude pratique des bases d'entente internationale ;

3° Le rôle de la femme dans l'assistance ;

4° Assistance à donner aux veuves et à leurs enfants.

La première question est l'objet d'intéressants mémoires déjà sous presse qui émanent de différents pays étrangers.

Le mémoire français sera signé de M. le Dr Ott, Inspecteur départemental d hygiène à Rouen.

L'ouverture du Congrès est fixée au 30 août 1910 et sa clôture au 3 septembre. Le prix du voyage à Copenhague, aller et retour, sera de 168 fr. 50 en seconde et 247 fr. 10 en première. Les congressistes désirant profiter du voyage collectif sont priés de s'inscrire le plus tôt possible, 49, rue Miromesnil, Paris, VIIIe.

A l'Association corporative des étudiants en médecine. — L'Association corporative des étudiants en médecine a tenu récemment son assemblée générale à son nouveau siège social, 8, rue Dante.

Le secrétaire général, M. Lafontaine, docteur en médecine, a été nommé membre fondateur. Elle a procédé ensuite à l'élection du comité de l'association.

Les rapports qui ont été lus ont rappelé les heureux résultats dus, au cours de l'année dernière, aux efforts de la « corporative » des étudiants en médecine. Notamment la campagne contre le « favoritisme » et les dispenses a provoqué le décret du 13 mai 1909 ; la campagne relative au certificat d'études médicales a abouti à la modification du concours d'agrégation, etc. Pour cette année, il a été décidé que l'Association ferait porter ses efforts sur les deux points suivants :

Liberté du stage hospitalier basé sur la distribution des stagiaires dans tous les services, tandis qu'aujourd'hui ces stagiaires sont répartis entre sept ou huit services seulement ; limitation du nombre des étudiants par service afin d'améliorer l'enseignement clinique, tant au point de vue professionnel qu'au point de vue du malade.

Propagande, et au besoin manifestation pour arriver à la nomination d'un conseil médical supérieur, composé par moitié de professeurs et de praticiens, les étudiants ayant voix consultative, sinon voix délibérative.

La *Clinique infantile* appuiera énergiquement les réclamations si justes des étudiants sur la réforme du stage hospitalier. Depuis trois années tout le corps médical s'est prononcé pour la liberté du stage : le ministre a édicté un nouveau règlement à ce sujet. Pourquoi la Faculté ne l'applique-t-elle pas ? (*Clinique infantile*).

Ici, nous nous associons pleinement aux *deux* revendications de l'*Association corporative*, estimant que la deuxième doit rencontrer comme la première l'appui de tous les médecins et de toute la presse médicale indépendante.

L'orchestre médical, dont nous avons annoncé le projet de création dans un de nos précédents numéros, est définitivement organisé. Il compte 70 exécutants répartis entre les différents pupitres de la symphonie, jusques et y compris les timbales et la grosse caisse, tous médecins, cela va sans dire, et il paraît disposé à répandre sur nos têtes professionnelles des flots d'harmonie.

Il est administré par un Comité de Direction composé de MM. RICHELOT, membre de l'Académie de Médecine, Président ; R. BLONDEL et LEBRETON, Vice-Présidents, DESTOUCHES et DUCHESNE. Secrétaire général et Secrétaire général adjoint ; KORTZ, Trésorier ; VAUCAIRE, Bibliothécaire-Archiviste ; DANIEL et REGNARD, Délégués. Il sera placé sous la baguette du très distingué chef d'orchestre de l'Opéra, M. H. BUSSER, qui, s'il n'est pas médecin lui-même, est étroitement apparenté à de nos confrères, les SICHEL, le professeur DEMONS, et le professeur DENUCE, dont le fils se destine à la Médecine : de telle sorte qu'il est permis de dire que, tout, dans l'orchestre médical, se passera en famille.

Les répétitions vont commencer incessamment et nous savons, par des indiscrétions qui nous sont parvenues, que la première manifestation publique de son existence et de sa vitalité, qui est déjà en préparation, fera sensation dans le monde médical et artistique : ce sera une révélation.

En adressant nos sincères compliments aux promoteurs de ce groupement médico-musical, dont certains sont de nos meilleurs amis, nous faisons des vœux pour la réussite parfaite de l'entreprise, et nous espérons qu'à la faveur de l'adoucissement des mœurs, qui est le propre de la musique, nous verrons disparaître à tout jamais les dissensions qui ont parfois divisé en camps opposés le corps médical parisien.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs MOURGUE (Paul), de Nîmes et GUICHON. des Bouchoux (Jura), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 7 Dimanche 13 FÉVRIER 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

L'organisation réellement syndicaliste du corps médical français
Les Syndicats. Les Fédérations. L'Union Syndicale. Son rôle..... 133
Propos du jour.
Au sujet des inondations. Les médecins sinistrés. Les prêts gratuits du Syndicat des médecins de la Seine..... 136
Clinique chirurgicale
Diagnostic et traitement des divisions congénitales du voile du palais..... 137
La semaine médicale
Différentes méthodes de traitemnt des ulcères de jambe. — Action du radium sur l'hypertrophie de la prostate. 140
Revue des sociétés savantes
Diarrhées des nourrissons. — Traitement de la névralgie sciatique par la méthode de Sicard. — Urethrite exfoliatrice d'origine médicamenteuse. — Le rythme de la glycosurie dans le diabète sucré. — L'odontalgie et le pansement arsénieux..... 142
Formulaire diététique
L'alimentation dans la grippe..... 143
Pathologie générale
La réaction thyroïdienne et ses indications thérapeutiques dans le rhumatisme aigu fébrile..... 144
Thérapeutique pratique.
Quelques signes particuliers à la bronchite grippale.... 145
Intérêts professionnels
Avant l'ouverture du Congrès de Paris..... 146
Les frais médicaux pour les accidents du travail..... 149
Reportage médical..... 153

L'Organisation réellement Syndicaliste du Corps médical Français

Les Syndicats, les Fédérations, l'Union des Syndicats. Leur rôle respectif.

Il est indéniable qu'à l'heure actuelle, se produit, par toute la France, un mouvement syndical de grande importance. Las d'être exploité de tous côtés par des mutualités ou autres qui font de la philanthropie à ses dépens, le médecin se rebiffe et cherche, dans les syndicats, un moyen de défendre son morceau de pain.

Mais ceux-ci sont encore bien inexpérimentés et, soit manque de confiance en soi, soit plutôt manque d'argent, les groupements de défense professionnelle sont encore bien endormis. Aussi serait-il nécessaire d'essayer de donner plus de vitalité à ces divers groupements par une organisation vivante et pouvant porter ses fruits.

Il faut, avant tout, bien faire la différence des deux modes principaux de défense professionnelle. Un médecin peut être lésé soit dans ses intérêts privés de praticien, soit dans l'intérêt général de la profession.

Dans le premier cas, ce sont les risques de responsabilité professionnelle les révocations arbitraires, etc. Nous plaçons dans le second groupe la repression de l'exercice illégal, la lutte contre la mutualité, les accidents du travail, etc.

Pour la défense individuelle, le médecin doit s'adresser au « Sou médical » et non pas au Syndicat. Le Sou lui donnera son appui moral par des consultations d'avocats conseils ; il lui accordera de plus, lorsque ce sera nécessaire, un appui pécuniaire pour poursuivre l'affaire devant les juridictions compétentes.

Mais il ne faudrait pas, sous prétexte d'intérêt général en jeu, demander au « Sou » un appui pécuniaire pour un syndicat dont, non pas tous les membres, mais quelques-uns seulement feraient partie de cette ligue. Je le répète, le « Sou » ne doit s'occuper que des intérêts privés du praticien ; de plus, il est inadmissible de faire supporter à ses seize cents adhérents, des sacrifices pécuniaires pour venir en aide aux imprévoyants, à ceux qui, dans leur égoïsme, ne se souviennent de l'existence du « Sou » que lorsqu'ils en ont besoin.

Au contraire, le Syndicat est destiné aux intérêts collectifs des médecins. Malheureusement, la plupart de nos groupements sont endormis, peu actifs ou trop timorés. Ils n'osent pas marcher de l'avant, surtout par atavisme, car le médecin est encore foncièrement conservateur : il redoute tout changement et préfère, par peur de l'inconnu, conserver les errements actuels. Cela ne l'empêche pas cependant de crier contre la misère des temps et contre l'exploitation.

Cette mentalité changera forcément ; la preuve

en est dans l'infiltration progressive et indéniable des idées syndicales dans nos milieux professionnels. Mais ne changera-telle pas trop tard ?

A côté de ces difficultés d'ordre atavique, se placent deux grandes causes d'inactivité pour nos syndicats : le manque d'argent et l'absence de soutien moral.

Le manque d'argent provient de ce que nos cotisations sont trop faibles. Certains syndicats payent 5 francs par an. Que reste-t-il, dans la caisse, lorsqu'on a prélevé les frais d'impression de circulaires et de correspondance ?

D'autres versent dix ou quinze francs, mais offrent un banquet annuel à leurs membres Nous retombons alors dans le cas précédent.

A côté de nous, nous voyons pourtant les ouvriers qui n'hésitent pas à verser, dans leurs caisses syndicales, des cotisations élevées.

Ne reculant pas devant certaines dépenses nécessaires, ils arrivent à se faire écouter en haut lieu.

Mais quelle audace est la mienne de venir ainsi demander, au médecin, de donner plus pour la défense professionnelle. J'entends d'ici les réclamations : « Nous en payons déjà assez, de cotisations ! Et la fanfare, la chorale, la gymnastique, le Club sportif, etc.! Je suis obligé d'être membre honoraire d'une foule de sociétés et cela me coûte déjà trop cher ».

D'accord, mon cher confrère, mais ne croyez-vous pas que vous placeriez mieux votre argent en le mettant dans les caisses de défense et de proyance professionnelles ? Croyez-vous, bien sincèrement, que vous gagnez quelques clients en vous laissant inscrire comme membre honoraire de toutes les Sociétés de votre localité ? Ne pourriez-vous pas vous entendre avec tous vos confrères pour lâcher, tous ensemble, tous ces mendiants qui, non contents de vous donner des honoraires dérisoires, sous le prétexte qu'ils sont en mutualité, viennent encore se moquer de vous en vous demandant une contribution pécuniaire ?

J'estime que toute cotisation à un syndicat médical devrait être uniformément portée à 12 francs par an, sur lesquels seraient défalqués les 2 fr. pour l'Union et les 2 francs pour la Fédération. Allons, que diable ? un peu d'énergie : si vous voulez obtenir un résultat, sachez au moins donner les contributions nécessaires.

Je disais que le syndicat n'est souvent pas actif par manque de soutien moral.

Certains de ces groupements affectent de rester dans un splendide isolement. L'Union et la Fédération, ils les ignorent et ne veulent pas les connaître. Mais, qu'il leur arrive un ennui, vite ils se retournent vers ces associations. Ce n'est pourtant pas au moment où la maison brûle qu'il faut contractrer une assurance contre l'incendie, et nos imprévoyants sont scandalisés lorsqu'on leur répond : « Nos statuts nous empêchent de venir à votre secours parce que vous n'êtes pas affiliés. »

Dans un deuxième cas, les syndicats adhèrent soit à l'Union, soit à la Fédération, soit aux deux. C'est parfait. Mais avec l'organisation actuelle, l'Union a des frais considérables : les archives, les circulaires, les referendums, etc. Le *Bulletin*, malgré la publicité qui en paye une grande partie des frais, coûte un certain prix, à cause de l'envoi par la poste, et revient encore à près de 2 fr. par tête. Puis, il faut payer les conseils judiciaires, faire un fonds de réserve, etc.

En résumé, malgré son bon vouloir, l'Union est souvent obligée de ne donner que des conseils moraux et ne peut ouvrir sa caisse.

Les Fédérations, de leur côté, sont encore trop jeunes. Elles n'ont pas fait leurs preuves, du moins pour quelques-unes, elles n'ont pas encore eu le temps de constituer un fonds de réserve et ne peuvent donc pas inspirer pleine confiance à leurs adhérents. Puis, l'esprit frondeur et d'indépendance qui règne malheureusement trop parmi les médecins, est la cause que beaucoup de syndicats ne font pas partie de la Fédération régionale et que certaines Fédérations ne veulent pas adhérer à l'Union.

Si donc, nous voulons faire besogne utile et faire du bon syndicalisme, si, en un mot, nous voulons obtenir des résultats tangibles, il est indispensable d'apporter des réformes dans notre organisation syndicale et fédérative, réformes qui devront porter, non sur les organisations mais sur la mentalité et la manière d'opérer.

Oui, certes, il serait désirable de pouvoir changer la mentalité des médecins, pouvoir leur faire comprendre que, tant qu'ils persisteront dans leur manière actuelle de penser, ils n'arriveront pas à grand'chose. Ne serait-ce par exemple que la question des situations acquises. Beaucoup de nos anciens sont réfractaires à l'idée syndicale parce qu'ils redoutent qu'on leur enlève des traitements fixes, qu'ils ont mis plusieurs années à conquérir. Et de leur côté, les jeunes, qui veulent avoir leur place au soleil, refusent d'entrer au syndicat, tant qu'ils ne se seront pas fait un noyau de clientèle.

Ne serait-il pas plus simple et plus conforme aux idées de bonne confraternité, de faire une nuit du 4 août et de sacrifier, sur l'autel du syndicat, toutes les situations à forfait, à traitement fixe et par conséquent à rabais ?

Je suis loin de me dissimuler la difficulté de cette tâche et je suis parfaitement convaincu de passer aux yeux de quelques-uns pour un farouche révolutionnaire. Mais, songez aux démarches, temps perdu, sollicitations de toutes sortes qu'il faut faire, pendant plusieurs années,

pour décrocher une nomination, si futile soit-elle? Croyez-vous que, ce faisant, on ne rabaisse pas le niveau moral de notre profession ? Et ceux auprès de qui l'on quémande, ne sont-ils pas enclins à diminuer, sans jamais songer à augmenter, les honoraires de leurs médecins ?

Vous avez peur d'un chambardement trop considérable, en abolissant ainsi d'emblée toutes les positions dites acquises ? Soit ; mais procédons alors avec l'esprit syndical. Tous les adhérents d'un syndicat peuvent prendre l'engagement de ne jamais remplacer un confrère qui abandonnerait un fixe, soit par démission ou décès. Ils pourraient faire le bloc, être soutenus par les Fédérations, si un délinquant venait recueillir cette succession. Commencez par les petits fixes, les uns après les autres et vous serez étonnés des résultats. Tout d'abord, personne ne viendra dans le pays, ou ne pourra s'y maintenir, s'il a le syndicat contre lui. Maintes régions nous en fournissent la preuve.

Puis, vous verrez que la bonne concorde et la parfaite harmonie viendront régner entre confrères ; et, chose curieuse ! l'abolition des fixes, loin de diminuer les honoraires des anciens possesseurs, sera plutôt l'occasion d'un relèvement des tarifs. Je pourrais citer plusieurs régions où la chose a été essayée avec le plus grand succès.

Ne croyez-vous pas qu'avec une mentalité syndicale plus disciplinée, la tâche des fédérations ne devienne pas plus facile ? Ces fédérations elles-mêmes, sachant mieux organiser leur besogne, arriveront à recruter un plus grand nombre d'adhérents. Il ne rentre nullement dans mon esprit le désir de définir quel serait le travail de tel ou tel groupement. Je crois, au contraire, qu'il est indispensable que chacun ait sa pleine autonomie. J'établirais plutôt, de la manière suivante, le programme de chacun des groupements syndicaux.

A l'Union centrale appartiendrait le devoir de centraliser la besogne générale d'action. C'est elle qui, bien placée pour cela, pourrait s'occuper des difficultés pouvant venir, soit de l'application des lois, soit de la jurisprudence, etc.

Que de fois, en effet, une cause paraît évidente et marquée au coin du bon sens. On consulte un avocat conseil et, jurisprudence ou lois en main, il vient détruire vos idées. En droit, l'évidence est loin d'être la vérité.

Il en est de même lorsqu'il s'agit de faire modifier une loi ou un décret. Tous ceux qui ont assisté au Congrès de 1906, sur la Répression de l'exercice illégal, savent bien que chacun des vœux qui étaient déposés par les rapporteurs, devaient être mis sous la forme d'une proposition de loi. Et qu'avons-nous obtenu du législateur ? Pas grand'chose.

Les Fédérations, les syndicats locaux, seraient des sociétés d'étude. A eux, le devoir de mettre au point les questions générales et de les adapter aux besoins et à la mentalité de chaque région. Ce seraient ainsi les éternelles questions de la mutualité, des accidents du travail, de l'exercice illégal, etc., qui pourraient être discutées dans chaque région.

Premier résultat : l'Union centrale serait déchargée d'une partie de sa besogne écrasante ; les Fédérations deviendraient, par contre, plus actives et plus vivantes.

2e résultat : La besogne étant plus locale pourrait être distribuée à tous : ce travail en commun ferait la cohésion, en même temps qu'il donnerait à chacun une notion plus précise et plus complète de l'obéissance syndicale. N'arriverait-on pas, de la sorte, à bien se persuader qu'il faut l'union et la concorde pour relever les honoraires, non pas auprès des individus, en particulier, mais surtout auprès des collectivités, des groupements de toutes sortes, à commencer par les mutualités ?

Quels seraient les moyens d'action de ces divers organismes syndicaux ?

Le syndicat local doit résoudre les questions d'ordre départemental ou communal. Mais, avant d'engager une action quelconque, susceptible d'engager sa responsabilité, le syndicat en référerait à la Fédération. Celle-ci, après examen, donnerait son avis ou transmettrait la question à l'Union.

D'où le résultat : ce ne serait plus un petit syndicat, mais une Fédération de syndicats qui pourrait parler à un préfet, négocier avec telle ou telle autorité, ou bien encore qui appliquerait une sanction contre un confrère délinquant.

La Fédération devra mettre à l'étude toutes les questions d'ordre général : elle aura l'obligation de faire travailler ses syndicats en leur envoyant des rapports à faire, ou à discuter, ou à voter. Elle sera composée de délégués des syndicats, un ou deux par groupement. Ces délégués devront se réunir au moins tous les deux mois ; ils devront obligatoirement assister à ces réunions ou se faire remplacer. D'ailleurs, leurs syndicats respectifs pourraient les indemniser de leurs frais de chemin de fer, dans le cas où ils ne seraient pas médecins de ces compagnies.

Le Président et le secrétaire de la Fédération devraient se trouver dans la même ville ; à eux deux, ils pourraient former une permanence pour répondre à toutes les questions des syndicats et, le cas échéant, prendre une décision qu'ils feraient ratifier par la plus prochaine assemblée.

Cette fédération conserverait avec Paris les rapports les plus étroits. Elle s'arrangerait pour que, tous les mois, un de ses membres puisse venir assister à la réunion du Conseil de l'Union, pour qu'ainsi toutes les régions de France soient toujours représentées. Cela a son importance,

puisque le rôle de l'Union serait de mettre au point toutes les questions générales, puis de décider, d'accord avec toutes les Fédérations, une ligne de conduite qui serait uniforme pour toute la France.

Je ne fais que donner un simple aperçu de ce que devrait être, d'après moi, l'organisation syndicale ; le syndicat local n'aurait à reconnaître que la Fédération ; celle-ci ne serait que l'émanation de ces syndicats et ne comprendrait, dans son sein, non pas des personnes cherchant de vains titres, mais au contraire les actifs, les zélés, ceux qui enfin n'hésiteraient pas à sacrifier une promenade, partie de plaisir ou séance de cartes au café pour tenter le relèvement du rendement de la profession médicale par un syndicalisme actif, précis et nettement défini dans ses attributions.

Dr Paul Boudin.

PROPOS DU JOUR

Au sujet des inondations. Les médecins sinistrés. Les prêts gratuits du Syndicat des Médecins de la Seine.

Plusieurs de nos confrères de province, à l'excellent cœur desquels nous devons rendre hommage, nous ont écrit : « Qu'allez-vous faire pour les sinistrés ? » Ce qui d'une façon plus précise signifie : « Que demanderez-vous aux praticiens pour soulager les victimes des inondations ? ». Ces victimes sont surtout dans la région parisienne et il n'est pas sans intérêt pour nos lecteurs de savoir ce dont les médecins praticiens de la Seine ont souffert durant les derniers événements et ce qu'ils ont fait pour venir en aide aux inondés ; nous laisserons ensuite le public médical juge de la nécessité d'ouvrir une souscription dans la Presse professionnelle.

Les médecins parisiens ont souscrit personnellement, et beaucoup souscrit, en faveur des sinistrés. Certains ont envoyé leur obole à la souscription de la presse dont les listes sont émaillées du titre de docteur. D'autres, dont les noms resteront cachés, ont préféré plus modestement mais plus utilement peut-être, verser leurs souscriptions dans les caisses de leur mairie, où il leur est plus facile de savoir quel usage sera fait de leur argent.

Ce n'est pas tout : dans les arrondissements sinistrés le corps médical a répondu en masse à l'appel des pouvoirs publics.

Lorsque le maire du Ve arrondissement demanda les médecins pour faire faire, par mesure de prophylaxie, l'examen de tous les malheureux qui demanderaient asile dans le refuge improvisé de l'Ecole de la rue du Cardinal-Lemoine, nous nous trouvâmes plus de trente pour assurer par roulement ce service indispensable.

En parcourant les salles de cette Ecole, nous eûmes le plaisir de voir avec quelle activité laborieuse plusieurs femmes de nos confrères, que les devoirs de la maternité ne retenaient plus au foyer, s'étaient improvisées secouristes, dressant des lits, distribuant des vêtements et procédant courageusement au nettoyage de salles remplies de poussière. Nous en vîmes d'autres, faisant elles-mêmes la soupe et sa distribution aux malheureux hâves et mourant de faim dont la queue interminable s'allongeait sur le trottoir devant la porte d'un réfectoire improvisé. C'est que le dévouement fait partie du patrimoine de chaque famille médicale ; il s'est affirmé dernièrement avec une simplicité, un naturel, un tact qui ont fait ressortir par un contraste plus violent l'intervention tapageuse de quelques cabotins de la politique. Nous en avons vu de toute opinion, blanche, bleue ou rouge, qui sans pudeur ont bondi sur ce malheur public comme sur des tréteaux inespérés d'où ils pouvaient plus facilement attirer l'attention du naïf électeur.

Dans les régions éprouvées, la maison de plus d'un confrère est devenue un véritable caravansérail et nous en connaissons dans la région d'Ivry qui, sans être millionnaires, ont ouvert largement, et pendant plusieurs jours, les portes de leur salle à manger et de leurs chambres à coucher à 7 ou 8 personnes.

Cependant ces confrères sont pour la plupart les premières victimes du fléau. Certains ont eu leur domicile envahi par les eaux, leur mobilier, leur bibliothèque, leurs instruments détruits. Tous, atteints à l'époque du recouvrement des honoraires, perdront la plus grosse part du produit de leur travail de l'an dernier. Quelques-uns voient disparaître non seulement leurs honoraires désormais irrecouvrables mais même leur clientèle. Quand pourront-ils exercer avec fruit dans des régions entièrement dévastées ?

A ces infortunes médicales, le Syndicat des médecins de la Seine a décidé de porter aussitôt remède dans la mesure de ses moyens. Certes, ses ressources sont limitées, son but n'a pas été jusqu'alors de thésauriser, son rôle ne doit pas consister à amasser des millions comme une association de prévoyance, mais il a eu néanmoins le souci de venir immédiatement en aide aux confrères malheureux *syndiqués ou non*, car en pareil cas, d'un avis unanime, il a été jugé qu'on ne saurait faire la distinction.

Après avoir fait preuve de solidarité sociale en contribuant pour une modeste somme de cent francs à la souscription de la Presse, le Conseil du Syndicat, dans sa séance du 5 février, a décidé de mettre à la disposition des confrères sinistrés, sous forme de prêts gratuits, les réserves du Syndicat.

Ayant foi dans la délicatesse et la reconnaissance des Confrères sinistrés, il les engage à faire

une demande de prêt au syndic de leur section, et le prêt, dans des mesures *modestes mais appréciables*, sera consenti avec toute la rapidité et la discrétion désirables.

Pour éviter que des personnalités égoïstes (s'il en existe toutefois au Syndicat) trouvent à redire à l'emploi des réserves en faveur des non-syndiqués, il a été décidé que les sommes avancées à ces derniers seraient prises sur la Caisse des secours immédiats (1) dont le Conseil a la libre disposition, tandis que les réserves même seraient tenues à la disposition des seuls syndiqués.

Nous espérons que le Syndicat des médecins de la Seine suffira à faire face aux détresses trop cruelles et trop urgentes du Corps médical éprouvé.

S'il n'y parvient pas, il ouvrira une souscription et frappera à des portes qui ne sont jamais restées fermées quand il a fallu secourir les praticiens dans leurs infortunes, à la porte de l'*Union des Syndicats médicaux de France*, à celle du *Concours Médical*. Il fera appel à toutes les associations de prévoyance, de bienfaisance confraternelles, à la Presse médicale française, en un mot à tous les groupements médicaux qui, dans la bienfaisance, trouvent toujours un terrain d'entente et d'union.

Mais avant de s'adresser à d'autres, le Syndicat des Médecins de la Seine a voulu agir avec ses propres moyens et mettre d'abord en action le premier terme de l'adage :

Aide-toi : le ciel t'aidera.

J. Noir,
Président du Syndicat
des Médecins de la Seine.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le Prof. Pierre Delbet.

Diagnostic et traitement des divisions congénitales du voile du palais.

Je vous présente une jeune fille qu'il suffit d'interroger et de faire parler pour être certain qu'elle porte un voile du palais perforé ou incomplet. Si la malade a toujours parlé ainsi, c'est qu'elle est atteinte de division congénitale du voile ; si le trouble de phonation date, chez elle, de quelque temps seulement, c'est qu'elle a une perforation syphilitique ou tuberculeuse du voile ou de la voûte. La syphilis et la tuberculose sont les seules causes de perforation du voile et de la voûte palatine.

(1) Cette Caisse de secours a déjà recueilli un nombre notable de dons volontaires. Certains, qui comptent plusieurs billets bleus, ont été faits avec une discrétion et une générosité qui méritent d'être signalées.

J'examine la cavité bucco-pharyngienne de la malade et je vais vous dessiner un tableau de ce que je constate. Voici les arcades dentaires, les molaires, les incisives. Dans ce fer à cheval, se trouve la voûte palatine osseuse et en arrière le voile. Eh bien ! ici, le voile du palais est bifide à partir de la ligne qui correspond à la deuxième molaire ; la luette est séparée en deux portions situées à une certaine distance l'une de l'autre : le voile palatin offre donc une solution de continuité, une fente médiane qui le divise en deux parties. De telles divsions sont toujours congénitales, les perforations acquises n'ayant jamais cet aspect.

Les perforations acquises ne sont pas des divisions, mais de véritables perforations, des trous. Je vais vous en montrer les deux types essentiels habituels ; ils sont tellement caractéristiques qu'un coup d'œil suffit à établir le diagnostic différentiel. La perforation syphilitique siège — en règle générale — sur la ligne médiane et en un point à peu près constant, à la jonction des apophyses horizontales du maxillaire supérieur et des os palatins. Voilà déjà deux caractères de siège — ligne médiane et point de réunion des maxillaires et des os palatins — très particuliers, Ce n'est pas tout. La forme de la perforation est également typique. La perforation syphilitique est régulièrement arrondie et ordinairement de petites dimensions. Ces signes permettent de distinguer à première vue une perforation syphilitique. Les dites perforations sont dues à des gommes dont le siège primitif est l'os.

Considérons, à côté de cela, la perforation tuberculeuse. Elle n'a pas de siège constant. Le plus souvent, elle est latérale. En outre, elle n'est pas régulière ; ses bords sont déchiquetés et elle a des dimensions plus considérables.

Chez notre malade, nous avons affaire à une *division* et non à une perforation. Il s'agit certainement d'une lésion congénitale.

La forme de division observée chez cette jeune fille est le type le plus commun de division congénitale du voile. Ce n'est pas le seul. Il est une forme légère où il y a simplement bifidité de la luette. Dans la variété courante — celle dont est atteinte notre malade — la lésion porte principalement sur le voile, mais elle ne porte pas uniquement sur lui. Le palais dur est toujours intéressé. On constate une légère encoche, plus nettement appréciable quand on explore avec le doigt l'angle de la division : en réalité, l'encoche s'étend plus loin que la division apparente. Dans les malformations plus avancées, la voûte est complètement divisée et la fente arrive jusqu'à l'arcade dentaire.

Des divisions qui portent sur le palais osseux, il est deux catégories. Je vais représenter une coupe verticale et transversale du maxillaire supérieur. Quel est l'aspect du palais chez les indi

vidus qui ont des divisions de la voûte et même seulement du voile ? Ces sujets ont toujours un palais ogival, une voûte extrêmement concave. Voici les deux côtés du palais et au milieu la fente pathologique. Au-dessus de la fente, nous allons trouver le vomer. La manière dont se comporte le vomer est variable et permet d'établir deux variétés. Dans certains cas, le vomer descend jusqu'à la voûte osseuse. On voit d'un côté une fosse nasale, et de l'autre le vomer recouvert par la pituitaire qui vient se continuer avec la muqueuse palatine. Il s'agit alors d'une division latérale, située d'un côté. Dans d'autres cas, quand vous examinez le malade la bouche ouverte, vous constatez que le vomer ne se réunit pas à la voûte osseuse. Vous apercevez le petit éperon du vomer et la muqueuse de la pituitaire se continue, de l'un et de l'autre côté, avec la muqueuse palatine. Ce sont les divisions bilatérales, ordinairement plus larges que les autres.

La lésion peut être poussée plus loin encore. Le rebord alvéolaire peut être divisé et la malformation atteint la lèvre : on a donné à cette affection le nom de gueule de loup. Le bec-de-lièvre se continue en pareil cas jusqu'au voile, les fosses nasales sont en communication libre avec la cavité buccale. La division suit la suture du maxillaire avec l'os incisif, elle est latérale. Quelquefois elle est bilatérale et le bourgeon incisif se trouve isolé au milieu des deux divisions.

Revenons à notre malade. Nous avons à étudier les troubles causés par ces divisions et les remèdes à y apporter.

Lorsqu'il existe une « gueule-de-loup », les enfants ont habituellement de la difficulté à prendre le sein. En général, on est obligé de les alimenter à la cuiller. Dans ces conditions, la mortalité de ces petits malades est considérable. C'est une des raisons qui ont été invoquées pour soutenir l'utilité d'une intervention dans le tout jeune âge.

Quand la lésion ne dépasse pas l'arcade dentaire, il n'y a pas de troubles de succion. Le principal accident réside dans les défectuosités du langage. Il y a bien quelques troubles de déglutition. Il arrive que les aliments passent par les fosses nasales et sont rejetés par le nez, surtout les liquides. D'ordinaire, avec de l'expérience et des artifices, les enfants arrivent à avaler assez convenablement. Mais ils ont des troubles de phonation qui les amènent à demander les secours chirurgicaux.

En quoi consistent ces troubles ? Ils sont infiniment variables selon les malades. Les uns parlent à peu près correctement, les autres ont un langage incompréhensible. A quoi tiennent ces différences ? A la longueur du voile du palais, d'une part, et à l'insuffisance de l'éducation d'autre part. Dans certaines familles où l'enfant parle mal, au lieu de chercher à le corriger, on s'applique au contraire à l'imiter. La famille entière arrive ainsi à parler, suivant l'expression de mon maître Trélat, le « javanais des palais fendus ». L'éducation joue, en l'espèce, un rôle capital.

Nous avons à examiner quelles sont les difficultés réelles et quelles sont les difficultés accessoires, rémédiables, apportées à la phonation. Les impossibilités complètes portent sur trois consonnes : D, K (ou G dur) et P. Dans les mots comme garçon, Delbet, papa, les malades ne peuvent pas prononcer le *g*, le *d*, le *p*. Telles sont les seules impossibilités totales des palais fendus. Les autres difficultés peuvent être aplanies par un exercice convenable.

La longueur de la voûte et du voile offre une importance extrême. Je vous représente sur une coupe la voûte, le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx en arrière. Si vous mesurez la longueur totale de la voûte palatine osseuse et molle et que vous la compariez à la distance qui sépare les incisives de la paroi postérieure du pharynx, vous constatez des différences considérables. Vous trouverez des cas où cette distance : incisives-pharynx (I-P), est notablement supérieure à la longueur voûte et voile, de telle sorte que, même, quand vous avez fermé le palais, il ne peut pas arriver au contact du pharynx ; il reste toujours une communication entre la bouche et les fosses nasales et le résultat n'est jamais parfait. Il est d'autres cas où la longueur de la voûte et du voile est égale ou supérieure à I-P. Chez ces sujets-là, une fois le palais réparé, si sa musculature est bonne, la fermeture peut être complète. Vous voyez donc que le pronostic, au point de vue fonctionnel, ne dépend pas seulement de la perfection de l'opération, il dépend aussi de l'état anatomique antérieur.

Même lorsque la longueur voile et voûte est supérieure à I-P, le résultat immédiat de l'opération est loin d'être toujours satisfaisant et il faut avoir soin d'en prévenir la famille. Les parents s'imaginent volontiers qu'après la réparation du palais l'enfant va aussitôt parler correctement. Il s'en faut de beaucoup. Il y a à faire une éducation musculaire, une rééducation. L'éducation antérieure tient ici une grande place. On a vu des sujets qui, après l'opération, continuaient à parler mal leur langue maternelle, et qui, apprenant une langue nouvelle, arrivaient à la parler correctement. Trelat a présenté à l'Académie un malade roumain qu'il avait opéré. Ce jeune homme, venu en France sans connaître notre langue, l'avait apprise ; quelque temps après l'opération, il parlait à peu près bien le français, mais il continuait à mal prononcer le roumain, son éducation antérieure ayant été mauvaise pour sa propre langue.

J'ajouterai deux mots, à propos du rôle de l'éducation en matière de division vélo-palatine. J'ai soigné une petite fille fort intéressante à ce point de vue. Cette enfant avait une division étendue du voile palatin. Elle parlait d'une manière presque correcte avant l'opération. En l'étudiant, en lui faisant prononcer des consonnes, j'ai constaté qu'elle suppléait à l'insuffisance du voile par une contraction du muscle constricteur du pharynx qui se portait à la rencontre du voile. Certains faisceaux du constricteur se contractaient de manière à se rapprocher de la voûte palatine.

Voici encore un autre fait qui vous permettra de juger de l'importance de la longueur de la voûte et du voile palatin. J'ai observé une jeune fille qui n'avait pas de division du voile ; mais chez elle, la partie postérieure du voile était d'une minceur anormale, sans muscle. La longueur voûte et voile était très inférieure à I-P et la malade parlait comme si elle avait eu une division.

Chez notre malade, je pratiquerai la mensuration du palais et du voile. Toutefois, cette mensuration étant assez longue, je ne la ferai pas devant vous.

Quel traitement doit-on mettre en œuvre ? Doit-on faire porter un appareil orthopédique ? Les appareils orthopédiques sont gênants et ne constituent pas la bonne solution. La vraie solution thérapeutique est la fermeture de la division.

La première question qui se pose, à propos de l'intervention chirurgicale, est de savoir à *quelle* époque intervenir. Cette question a été très discutée. Il faut distinguer les cas où il existe une division totale. Dans ces cas-là, on doit refaire la lèvre aussitôt que possible et attendre pour le reste.

Considérons maintenant les cas où la lésion ne va pas aussi loin. Ici, les chirurgiens se sont divisés en deux camps. Les uns, avec Passavant proposaient d'opérer les enfants en très bas âge. Les autres conseillaient d'attendre jusqu'à 7 ans. Quels arguments faisait-on valoir ? Ces arguments étaient tirés de la gravité opératoire et des résultats phonétiques. Quand on intervient chez les très jeunes enfants, la mortalité opératoire est grande et incontestable. Passavant ne la niait pas, mais il objectait que beaucoup de ces enfants non opérés meurent de bonne heure. Il n'est pas absolument sûr cependant que la mortalité réelle soit supérieure à la mortalité opératoire. L'autre argument est déduit des résultats phonétiques. Les partisans de l'opération précoce prétendent que l'on obtient de bien meilleurs résultats en intervenant dans le tout jeune âge. Trélat a montré que, si l'on avait soin d'exercer les enfants à parler correctement dès le jeune âge, les résultats de l'opération tardive étaient également bons.

Entre ces deux camps est survenu un accord. On a constaté que si l'on opérait l'enfant très jeune il s'ensuivait un mauvais développement du massif facial. Cette raison majeure a définitivement fait abandonner les opérations précoces.

A quel âge faut-il intervenir ? Faut-il attendre jusqu'à 7 ans? On ne peut pas poser de règle absolue sur ce point. Le Dentu a dit avec raison que si on a un enfant de 5 à 6 ans bien développé, on peut l'opérer, et que, si au contraire, on a un enfant malingre de 7 ans, on peut attendre.

En quoi consistent ces opérations ?

L'opération que l'on pratique aujourd'hui généralement est l'opération de Bezold. Elle consiste à faire l'avivement des lèvres de la fente en réséquant les bords et à suturer les lèvres avec l'espoir de les voir se réunir. Ne vous imaginez pas qu'il suffise de passer des points de suture ; vous auriez ainsi une tension énorme et un échec. La condition fondamentale du succès est de mobiliser les lambeaux. Pour cela, on fait deux incisions, une de chaque côté, le long des arcades alvéolaires, allant jusqu'au périoste. Au travers de ces incisions on introduit des rugines avec lesquelles, par des mouvements de va-et-vient, on décolle de l'os tout ce qui repose sur lui, jusqu'à ce que la rugine ressorte. Il faut que le lambeau soit bien décollé dans toute son étendue. Ce décollement n'est pas encore suffisant. L'aponévrose du voile du palais est toujours très tendue et il est nécessaire de la libérer. Par l'incision, on introduit des ciseaux qui vont sectionner l'aponévrose du péristaphylin. Pendant tout ce temps, le suintement sanguin est abondant, mais on l'arrête avec un simple tamponnement.

Lorsqu'on a terminé cette libération, toute la muqueuse devient flottante et on peut exécuter la suture dans de bonnes conditions.

Les vastes incisions libératrices ne sont pas toujours utiles ; elles ont même des inconvénients. Chez notre malade, entre la division vélo-palatine et les dents il y a peu d'étoffe. Si alors, vous faites une incision allant très loin, vous vous exposez à un accident terrible, le sphacèle du lambeau, résultat pire que la lésion. Quel est le but de ces incisions libératrices? On leur a donné ce nom parce qu'elles sont destinées à donner de la mobilité au lambeau. Quand on examine le malade, après la suture, les deux bords étant parfaitement affrontés, on constate que les incisions libératrices ne bâillent pas du tout. En voici les raisons. J'ai pris soin de vous dire que ces malades avaient un palais ogival, en règle générale. Lorsqu'on fait la suture, la muqueuse étant décollée, la forme du voile change : au lieu de décrire un vaste arc-de-cercle, il en fait la corde. C'est pour cela qu'il n'y a pas de tractions et que les incisions ne bâillent pas. Ces incisions sont inutiles en tant que libératrices, mais nécessaires

✦✦

pour permettre le décollement de la muqueuse. Il est plus simple, dès lors, de garder l'incision libératrice juste assez pour introduire la rugine. Je fais donc de petites incisions et grâce aux courbures variées des rugines, elles sont suffisantes. On met ainsi le lambeau dans de meilleures conditions.

Voilà ce que nous allons faire chez cette jeune fille : avivement des bords de la fente, petites incisions latérales pour le décollement de la muqueuse, section de l'aponévrose du péristaphylin externe, et suture.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. LACROIX.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Différentes méthodes de traitement des ulcères de jambe.

Notre confrère, le Dr GALAND, de Cambrai, a fait dans l'*Echo médical du Nord*, une étude des diverses méthodes thérapeutiques à employer contre les ulcères de jambe.

« Tout d'abord, dit l'auteur, il faut se conformer aux préceptes de l'école française : Pour cette école, en effet, il n'y a pas lieu de craindre de guérir l'ulcère, lorsque le porteur ne révèle aucune tare du côté du rein, du foie et des viscères ; dans le cas contraire, il faut s'abstenir, car l'ulcère sert d'émonctoire.

Tel est le cas chez les cardiaques, les brightiques, les cirrhotiques.

L'auteur divise le traitement en deux catégories : le traitement palliatif et le traitement curatif.

Pour le traitement palliatif, on nettoie la jambe au savon, on applique des cataplasmes d'amidon boriqués (3 par jour) et on lave copieusement à la liqueur de van Swieten ; puis, on saupoudre de peroxyde de dermatol ou de zinc, de thymol bi-iodé. On peut aussi appliquer des compresses de gaze au salol, dont les bords sont enduits de vaseline boriquée. Le Dr Robin emploie la liqueur de Labarraque étendue de trois fois son volume d'eau.

Deux excellentes formules pour le traitement de l'ulcère de jambe sont celles de BELDAN de Riga dont voici la formule prise dans le *Munchener medicinische Wochenschrift*, juillet 1907.

Huile d'olives	ââ 15 gr.
Fiel de bœuf	
Miel rosat	8
Cire blanche	5
Sucre pulvérisé	2

Cette pommade, après détersion à l'eau boriquée très chaude, de l'ulcère, est appliquée matin et soir. On recouvre de toile fine. On entoure d'une bande tangeps un peu serrée.

Et cette autre de DANLOS, dont nous empruntons la formule au *Journal de méd. et de chir. pratiques* (10 août 1907) :

Onguent styrax	ââ 75 gr.
Onguent de canet	
Huile d'amandes douces stérilisée	q. s.

Même mode d'application que pour la précédente.

Comme il n'est plus permis d'ignorer la composition de la célèbre pommade de Reclus, pommade qui a donné, dans le traitement des ulcères de jambe, d'aussi bons résultats qu'elle en donne dans celui des plaies infectées, nous en rappelons ici la formule :

Vaseline	15 gr.
Antipyrine	0 gr. 50
Acide borique	0 gr. 30
Salol	ââ 0 gr. 10
Iodoforme	
Acide phénique crist.	ââ 0 gr. 01
Sublimé corrosif	

Lavage, légère onction 3 fois par jour. On couvre de taffetas-chiffon, pour que la pommade ne soit pas absorbée par le pansement, et on maintient le tout avec une bande de crêpe souple.

Le journal entier ne suffirait pas à la simple nomenclature des topiques préconisés pour la cure de l'ulcère variqueux. Citons, au hasard : les acides borique, phénique, salicylique, phosphorique, l'eau chlorurée calcique, le sparadrap au minium, l'emplâtre de Vigo, etc., etc.

M. GALAND termine son étude par l'exposé de la méthode ambulatoire, due au chirurgien Leroy, du Havre, dite de la botte élastique, dont on trouve la description dans la thèse du Dr Maury, son élève. Pour permettre au porteur d'un ulcère variqueux de se livrer à la marche, on entoure sa jambe d'un pansement que l'on fabrique comme suit :

« 1° Mettre pendant une demi-heure sept bandes de tartalane légèrement amidonnée, mesurant 5 m. de long sur 7 centimètres de large dans une solution de formol chaude à 2 % ;

2° Mettre au bain-marie, afin de lui donner une consistance semi-liquide, la préparation suivante qui aura été faite d'une façon aseptique :

Eau bouillie	180 gr.
Glycérine anglaise	100 gr.
Glycérine surfine	50 gr.
Oxyde de zinc	40 gr.

F. s. a. Passez sur tarlatane double et aseptique.

3° Faire coucher le malade, et, pendant cinq minutes, aseptiser par un bon savonnage à l'eau bouillie chaude, sa jambe depuis les orteils jusqu'au genou ; puis, lavage de l'ulcère et de la jambe avec une solution de formol ;

4° Essuyer fortement le membre à l'aide de compresses sèches et stérilisées.

Les bandes formolées, fortement exprimées, sont ensuite trempées dans la préparation ci-dessus, puis roulées, sans trop serrer, autour de la jambe, depuis la racine des orteils jusqu'au genou.

A la sixième bande, commencer juste au-des-

sous des malléoles de façon à éviter un trop gros pansement du pied.

Au bout d'une demi-heure, la jambe étant toujours restée allongée, ce pansement est sec, souple, comprimant régulièrement le membre et n'occasionnant aucune douleur ».

Action du radium sur l'hypertrophie de la prostate.

M. le Dr Desnos a récemment étudié les effets du radium sur l'hypertrophie de la prostate. Pour employer cette méthode thérapeutique, il s'est servi du bromure de radium à la dose de 1 à 5 centigrammes. Cette substance est contenue habituellement dans de petits cylindres d'argent de 1 millimètre à 1 millimètre et demi de diamètre, qui peuvent facilement être introduits dans la lumière d'une sonde-béquille ou d'une canule. La paroi métallique du récipient constitue déjà un filtre suffisant pour arrêter la presque totalité des rayons *X*, qui seront tamisés, en plus, par les parois de la sonde.

Les rayons qui émanent du radium sont de trois ordres et possèdent des propriétés bien distinctes.

« On les désigne sous le nom de rayons *a*, *b*, *g*. Les premiers, très facilement absorbables, exercent une action intense sur les tissus les plus rapprochés et surtout sur ceux avec lesquels ils sont en contact ; une application, même peu prolongée, produit facilement une brûlure du tégument, mais ils sont très peu pénétrants : l'interposition d'une feuille de caoutchouc ou d'une feuille de métal très mince suffit pour les arrêter.

« Les rayons *a* sont de beaucoup les plus nombreux dans le rayonnement global, puisqu'ils en représentent 87 p. 100 ; très complexes, ils se subdivisent en *b* mous, *a* moyens et *b* durs ; les premiers se rapprochent des *a* par leur mode d'action qui cependant est moins violent ; les autres sont très pénétrants et paraissent posséder une action élective sur certains tissus.

« Les rayons *g*, les moins nombreux puisqu'ils n'entrent guère que pour 1 p. 100 dans la proportion du rayonnement global, ont un pouvoir de pénétration extrême et traversent des cubes de plomb de 10 centimètres d'arête ; l'interposition du thorax d'un adulte n'influe pour ainsi dire pas sur leur propagation.

« Il résulte de ces propriétés qu'il est facile de séparer, de filtrer les divers rayons du radium, soit en tenant l'appareil à une certaine distance de la région à impressionner, soit plus souvent par l'interposition d'écrans. Ceux-ci sont métalliques ou non. Pour les premiers, on emploie le plus souvent le plomb ou l'aluminium, métaux qui supportant un laminage très fin, jusqu'à 1/100 de millimètre, pour l'aluminium tout au moins, permettent de bien régler le filtrage ; mais en passant au travers des substances métalliques, les rayons du radium, surtout les *b*, sont décomposés et donnent lieu à des rayons secondaires. Ce sont les rayons surpénétrants qui n'irritent que très peu la surface de pénétration, agissent dans la profondeur des tissus, mais d'une façon très lente et qui exige une longue durée.

« Les applications du radium ont paru beaucoup plus efficaces par l'urètre que par la voie rectale.

« Par l'une et l'autre voie, la durée des applications a varié de ving minutes à une heure cinquante ; c'est surtout la tolérance de l'urètre au contact de la sonde qui fixe la durée de l'application. En général, aucune réaction ne se manifeste immédiatement ; parfois, seulement, une légère sensation de cuisson se fait sentir à la première ou seconde miction ; le malade éprouve aussi, à ce moment, une gêne réelle qui l'oblige à faire effort pour expulser l'urine. Souvent aussi, dans les heures suivantes, se manifeste une sensation de pesanteur, de brûlure, qui disparaît le lendemain ou le surlendemain et s'est toujours montrée sans importance.

« C'est sur l'intensité de cette réaction qu'on doit se baser pour les applications suivantes ; c'est elle qui en dicte à la fois la durée, la répétition, et qui fixe la dose de radium à employer.

« En résumé, le traitement de l'hypertrophie prostatique par le radium ne peut avoir la prétention de constituer un traitement radical, au moins jusqu'à présent, et les indications de la prostatectomie subsistent tout entières. A titre de palliatif, il mérite d'être pris en considération. Comme tous les traitements de ce genre, il diminue la congestion et par suite la rétention. Mais il a sur les autres traitements palliatifs l'avantage de donner des résultats durables, avantage qui paraît dû à l'action élective du radium sur les parois vasculaires. »

Presse médicale belge. — Nous apprenons avec un vif regret que notre distingué collègue, M. le Dr Pechère, de Bruxelles, abandonne la rédaction en chef du *Journal Médical de Bruxelles*. Il emporte dans sa retraite la vive sympathie de tous ses collègues, avec lesquels il a toujours entretenu les plus cordiales et affectueuses relations. M. Pechère a rendu d'inappréciables services à la presse médicale.

Tous ceux d'entre nous qui ont assisté au banquet du 14 novembre dernier ont certainement gardé le souvenir de son allocution toute vibrante d'enthousiasme, toute reflétante d'idées qui nous sont chères. Tous ont encore dans les oreilles les applaudissements unanimes qui en ont salué la péroraison.

En lui exprimant les vifs regrets que nous cause son départ, nous saluons le nouveau rédacteur en chef du *Journal Médical*, M. le Dr H. Coppez, et son actif secrétaire, M. le Dr de Keyser.

Sous leur impulsion, le *Journal médical de Bruxelles* saura conserver la place occupée depuis quinze ans par cet organe savant dans la littérature médicale.

Nous présentons nos affectueux souhaits de prospérité à nos distingués confrères bruxellois.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Diarrhées des nourrissons. — Traitement de la névralgie sciatique par la méthode de Sicard. — Uréthrite exfoliatrice d'origine médicamenteuse. — Le rythme de la glycosurie dans le diabète sucré. — L'hectine dans le traitement de la syphilis. — L'odontalgie et le pansement arsénieux.

M. Elie METCHNIKOFF présente à l'*Académie de médecine* un travail sur l'étiologie et la prophylaxie des *diarrhées des nourrissons*. Pour M. Metchnikoff, la gastro-entérite des nourrissons est une maladie infectieuse dans laquelle le Proteus joue un rôle très important. Le lait donné aux enfants étant du lait stérilisé ou bouilli, ce n'est pas par lui, en général, que se fait la pénétration du microbe. Le proteus se rencontre sur certains aliments, croûte des fromages, aliments végétaux, raisin, radis, salade ; il y est transporté par les mouches qui vont le puiser sur les déjections animales (celles-ci en sont riches). Consommés sans être préalablement désinfectés, les aliments en question introduisent dans le tube digestif des personnes qui les mangent des quantités notables de proteus. Le contact prolongé de ces personnes avec les nourrissons suffit à contaminer ceux-ci.

Dans ces conditions, dit l'auteur, on ne saurait se contenter de pasteuriser le lait. Il faut, en plus, que les mains avec lesquelles on touche les enfants, et que le sein qu'on leur offre, soient préalablement bien lavés. Il serait utile aussi que les personnes qui soignent les nourrissons empêchent la pénétration du proteus dans leur tube digestif. Dans ce but, il convient de tremper les légumes quelques secondes dans l'eau bouillante et de flamber la croûte des fromages. Le nettoyage des rues et la destruction des mouches constitueraient également une bonne mesure prophylactique.

— MM. CAUSSADE et QUESTE communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* les observations de cinq malades atteints de sciatique rebelle qu'ils ont traités par la méthode de Sicard, les *injections épidurales anesthésiques* de cocaïne ou de stovaïne. Les résultats ont été excellents, rapides et persistants. Les auteurs estiment que la thérapeutique ordinairement suivie au cas de sciatique (révulsifs, analgésiques, caustiques, hydrothérapie et électrothérapie) ne convient guère qu'aux formes légères et qu'il vaut mieux s'adresser d'une manière générale aux injections épidurales, procédé inoffensif et d'action sûre. Les injections, si l'on emploie des doses suffisantes, peuvent réussir, même dans les sciatiques qui semblent tributaires de la chirurgie. Dans les sciatiques invétérées, il faut répéter les doses (trois, quatre, cinq fois, à intervalle de quatre, cinq, six et huit jours, suivant les phénomènes observés), et ne pas craindre d'injecter 8 à 10 centigrammes à la fois de cocaïne ou de stovaïne, en prenant comme guide l'acuité de la douleur. Bien entendu, cette dose ne sera utilisée qu'après échec des doses de 2 et 3 centigrammes. Le maniement de la posologie est chose purement clinique. Des résultats surprenants, rapides et définitifs, sont parfois obtenus avec une seule injection de 1 à 2 centigrammes. D'autre part, si on a eu recours à quatre ou cinq injections, il n'est pas nécessaire de poursuivre le traitement en présence de la persistance de quelques douleurs, gêne ou raideur dans la jambe. Ces dernières disparaissent à la longue spontanément.

— MM. Lucien JACQUET et LEBAR rapportent à la Société médicale des hôpitaux l'histoire d'un malade qui urinait des membranes fragmentées et cylindriques représentant quelquefois le moule de l'urèthre et provenant de celui-ci. Le patient en question, vieux blennorrhagique, se faisait depuis vingt-deux ans des injections uréthrales variées avec tous les médicaments préconisés contre la blennorrhagie et dont les noms parvenaient à sa connaissance. Il avait pratiqué dernièrement des injections d'acide picrique associées aux grands lavages à l'oxycyanure de mercure. L'irritation médicamenteuse incessante d'une muqueuse déjà malade, avait fini par déterminer une hyperdesquamation uréthrale.

— MM. GILBERT et P. LEREBOULLET communiquent à la Société médicale des hôpitaux une étude sur les variations horaires et le rythme de la glycosurie dans le *diabète sucré*. Pour ces recherches, les auteurs recommandent à leurs malades de faire deux repas seulement par jour, à midi et à huit heures, et de ne rien prendre dans l'intervalle, ni aliments solides, ni boisson. Ils recueillent l'urine par période de quatre heures, à 4 heures, à 8 heures, à minuit, à 8 heures du matin, à midi. Les échantillons I et III renferment les urines des heures qui suivent les repas.

Cette méthode d'examen fractionné des urines permet de dépister des diabètes légers et de déceler l'existence de glycosuries minimes, qui, sans cela, passeraient inaperçues. Elle est donc utile comme moyen de diagnostic.

Elle permet d'apprécier l'influence de l'alimentation sur la glycosurie et de fixer dans quelle mesure le régime est susceptible de la diminuer ou de la faire disparaître ; elle aide à porter le pronostic et à régler le traitement.

— A la Société médicale des hôpitaux, M. MILIAN relate l'histoire d'une femme atteinte de volumineuse gomme du cou et de syphilis hépatique. La nature syphilitique des lésions ayant été méconnue — il s'agissait de syphilis ignorée — la patiente subit deux opérations : la première sur la gomme cervicale prise pour un abcès froid, la seconde sur la gomme du foie prise pour un fibro-sarcome.

En dehors de ses particularités diagnostiques, cette observation offre un côté thérapeutique intéressant. M. Milian a traité, en effet, sa malade sans mercure. Il a eu recours à l'*hectine* à la dose de 0 gr. 10 centigr. et quelquefois 0 gr. 15 ou 0 gr. 20 centigrammes par jour. Il prescrivit deux séries de piqûres quotidiennes de quinze jours chacune, laissant entre les deux séries un repos d'une

semaine. Les résultats furent rapides et remarquables.

L'*hectine* est un médicament arsenical introduit par M. Balzer dans la thérapeutique. M. Balzer recommande des cures de dix jours à 10 centigrammes par jour, avec repos égal de dix jours.

La malade de M. Milian, malgré son foie malade, sa rate hypertrophiée et sa légère albuminurie, supporta parfaitement la médication par l'hectine. Elle eut cependant quelques petits phénomènes d'intoxication légère, tenant à l'intensité du traitement. Ces symptômes toxiques sont d'ailleurs communs à toutes les formes de la médication arsenicale intensive. Ils consistèrent en céphalée, rappelant un peu la douleur névralgique du trijumeau, hyperesthésie cutanée, rougeur des pommettes et de la conjonctive, épistaxis (dues à l'action vaso-dilatatrice puissante de l'arsenic). Pas de troubles digestifs. Ces symptômes disparurent assez vite avec la suspension du médicament.

L'hectine, ajoute l'auteur, a présenté dans ce cas le maximum d'efficacité avec le minimum d'inconvénients. De tels résultats permettent de classer cet agent parmi les médicaments spécifiques de la syphilis.

— M. Chazérieux discute devant la *Société médicale du VIIe arrondissement* la question du *pansement arsénieux dans l'odontalgie*.

La douleur dentaire ou odontalgie, dit-il, a sa source dans deux ordres de lésions bien différentes. Tantôt, elle est provoquée par l'inflammation ou infection de la pulpe : c'est la pulpite, la rage de dents, avec ses douleurs irradiées du côté des branches du trijumeau et exaspérées par le chaud et le froid. Tantôt elle est due à l'inflammation ou infection des tissus péri-dentaires, c'est l'ostéo-périostite aiguë dont les symptômes sont bien connus, puisqu'à leur période d'entier épanouissement ils caractérisent l'abcès dentaire. Ces deux lésions peuvent d'ailleurs se combiner.

M. Chazérieux n'envisage que le traitement de la pulpite,laissant de côté la thérapeutique de la périodontite aiguë dont le drainage et les antiseptiques forment la base.

Il est d'usage, pour ainsi dire classique, en spécialité dentaire, lorsque le diagnostic de pulpite a été porté de façon ferme, d'appliquer un pansement à l'*acide arsénieux*. Ce pansement a pour but de supprimer la douleur d'une part, et d'autre part, de détruire la pulpe à une profondeur plus ou moins grande. Ce pansement doit être appliqué avec précaution ; il doit, en outre, être occlusif, puisqu'il s'agit d'un caustique puissant et non compressif puisqu'il est appliqué sur un organe sensible.

Dans certains cas, le caustique agit de façon parfaite et les douleurs vont en s'atténuant pour cesser tout à fait dans un délai assez rapproché. Dans d'autres cas, au contraire, les douleurs, loin de se calmer, s'exaspèrent.

Cet aléa de la cautérisation pulpaire par l'acide arsénieux a beaucoup préoccupé les dentistes, qui en ont recherché les causes. M. Chazérieux s'est attaché à la solution de ce problème thérapeutique. Pour lui, l'action du pansement arsénieux varie avec la phase de la pulpite. La pulpite commence par une première période, congestive, à laquelle fait suite une seconde période, infectieuse et suppurative, puis une troisième, gangréneuse.Lorsque le pansement arsénieux est appliqué au début de la pulpite, il peut être douloureux quelques instants, mais, s'il est porté en quantité suffisante, il détruit la pulpe, supprime l'étranglement et les phénomènes douloureux. Appliqué à la deuxième ou à la troisième phase, il transforme la cavité de carie en cavité close, exalte la virulence des germes et refoule l'infection, d'où exacerbation de la douleur. Le pansement arsénieux ne conviendrait donc qu'au début de la lésion.

P. L.

FORMULAIRE DIÉTÉTIQUE

L'alimentation dans la grippe

Par le Docteur Gaston Siguret,

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris, Médecin-consultant à Saint-Nectaire.

Quelle que soit la forme de la grippe nerveuse, cardio-pulmonaire, gastro-intestinale, il y a pour qui veut instituer le régime dans cette maladie, comme dans beaucoup d'autres d'ailleurs, trois indications formelles à remplir :

1° Combattre les intoxications ;
2° Alimenter les combustions ;
3° Relever la diurèse.

Pour arriver à ce but, le médecin devra prescrire un régime différent suivant les périodes de l'affection.

A. Période fébrile — Pendant cette période, l'alimentation sera *composée entièrement de boissons diurétiques chaudes*, légèrement *sucrées et lactosées*, à moins que le sujet ne soit diabétique, ou qu'il n'ait des vomissements incoercibles, ce qui nécessiterait l'usage de boissons glacées. Parmi les boissons les plus recommandables, il faut citer : les infusions de violettes, de mauves, de tilleul, l'orangeade, la limonade citrique, la citronnade pure ou à l'orgeat, les décoctions de pommes, de poires, etc. La dose quotidienne doit varier entre un litre 1/2 à deux litres environ pour les adultes, un demi-litre à un litre pour les enfants. Les *décoctions de céréales*,à la dose de 1/2 litre à un litre par jour, rendent également de très grands services en raison de leurs nombreux avantages (laxatif, diurétique, etc.).Quant au *café*, au *thé*, aux *grogs* et au *champagne*, pris en petite quantité, ils sont *parfois très utiles*, notamment dans les formes adynamiques, mais en général il vaut mieux s'en abstenir.L'usage du *lait* et du *bouillon gras* est à *déconseiller*.

B. Période de défervescence. — Quand la fièvre commence à tomber, on peut songer, quarante-huit heures après, à instituer le *régime lacté*, en commençant par une tasse de 200 grammes par jour, en augmentant lentement jusqu'à un litre et demi environ si l'état du tube digestif le permet.

L'addition d'une certaine quantité de lactose sera de bonne pratique ; de même dans certains cas, on sera autorisé à couper le lait avec du thé très léger, du bouillon de poule, de pigeon, de veau. Se rappeler que ce régime n'est qu'un régime de transition, et qu'on doit l'abandonner dès que la maladie le permet.

C. Convalescence. — Lorsque le sujet est entré franchement en convalescence, on doit instituer un régime un peu plus large, en surveillant toutefois d'assez près les rechutes, si fréquentes dans cette maladie ; on prescrira d'abord *le régime végétarien* exclusif, pendant *une huitaine de jours* : laits de poule, potages légers, au gras ou au lait, avec du vermicelle ou du tapioca ; potages maigres, purée de légumes verts ou féculents : petits pois, carottes, pommes de terre, etc., salades cuites ; nouilles, macaroni ; comme boisson : du lait, coupé de décoction de céréales, ou d'eau, un verre de 100 gr. de vin vieux à la fin de chaque repas ; comme pain, des biscottes ; le tout en petite quantité surtout les premiers jours. *Plus tard*, s'il n'est rien survenu, on remet peu à peu le malade au *régime mixte* en commençant par les œufs (brouillés, cocotte, en omelette, à la coque), puis la viande très fraîche, jambon d'abord, poulet, agneau, poisson bouilli ensuite, enfin bœuf, le tout consommé les premiers jours sous formes de purée. Petit à petit, on revient au régime normal.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

La réaction thyroïdienne et ses indications thérapeutiques dans le rhumatisme aigu fébrile.

On sait aujourd'hui que le corps thyroïde est une glande dont la sécrétion interne est nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme. Dès que cette sécrétion devient anormale, il peut en résulter des troubles notables :

1° Si elle est insuffisante ou nulle, c'est le myxœdème fruste au complet ;

2° Si, au contraire, elle est trop abondante, c'est le basedowisme, à ses divers degrés.

Le basedowisme, qui correspond à une hyperthyroïdisation de l'organisme, peut, dans sa nosologie, être comparé à l'épilepsie. Comme celle-ci, il est *essentiel* ou *symptomatique*.

Essentiel, il traduit un hyperfonctionnement, pathologique en quelque sorte, de la glande ; il répond à des *lésions* sur la nature desquelles nous n'avons pas à insister au cours de cette étude.

Symptomatique, il devient l'analogue de l'épilepsie jacksonienne ; son existence n'a d'autre raison que l'épine qui excite la fonction thyroïdienne comme l'épine osseuse excite les centres nerveux dans l'affection décrite par Jackson. Il durera ce que durera cette épine qui dans le cas particulier est l'infection. Autrement dit, le basedowisme symptomatique est *fonction* d'une infection.

C'est, en effet, au cours de maladies infectieuses quelconques qu'il est possible d'observer cette dernière variété de basedowisme ; la réaction du corps thyroïde s'y traduit surtout au début par une tuméfaction de l'organe, que l'on peut découvrir par un examen attentif. D'après Vincent on la rencontrerait très fréquemment dans la scarlatine, dans le rhumatisme ; dans la fièvre typhoïde, elle se trouverait 11 fois sur 17 ; dans la rougeole, 7 fois sur 15 ; dans la syphilis secondaire, 2 fois sur 4 ; dans la méningite cérébrospinale 1 fois sur 4 ; elle serait plus rare dans le paludisme, les oreillons.

Bref, par ordre de fréquence décroissante, la réaction thyroïdienne existe surtout dans la scarlatine, le *rhumatisme*, la fièvre typhoïde.

Jamais on n'observe de basedowisme symptomatique dans les formes légères et dans les formes suraiguës des infections.

***

Nous disions plus haut que ce basedowisme était *fonction de l'infection*. Vincent, en effet, qui a particulièrement bien étudié ce « signe thyroïdien », pense qu'il est dû à une réaction de défense de l'économie contre l'infection et les toxines, voici pourquoi :

1° Il ne se rencontre ni dans les formes légères, mitigées, ni dans les formes suraiguës des maladies infectieuses ; c'est l'argument clinique.

2° Le suc thyroïdien, mélangé à des cultures en bouillon de bacilles d'Eberth ou de bactéridies charbonneuses, détermine bientôt la transformation granuleuse, puis la destruction complète de ces éléments microbiens (Thurro).

3° Chez les animaux thyroïdectomisés, on observe rapidement une diminution progressive de l'alexine, c'est-à-dire de cette substance antitoxique et antimicrobienne, qui existe normalement et en quantité suffisante dans le sérum sanguin de tout individu bien portant.

Dans les maladies infectieuses, le corps thyroïde jouerait donc un rôle analogue à celui de la rate.

***

Le rhumatisme aigu et fébrile, dans ses *formes* moyennes, nous permet très fréquemment d'observer le signe thyroïdien, et, comme cette affection est certainement de nature microbienne, la théorie pathogénique de Vincent lui convient d'une manière parfaite.

Le gonflement du corps thyroïde est chose facile à constater ; il suffit, en effet, de renverser en arrière la tête du malade et de mensurer le cou au-dessous du cartilage thyroïde ; on trouve alors

URODONAL

Dissout l'Acide urique

« L'Urodonal provoque une véritable saignée urique ».

3 cuillerées à café par jour chacune dans un verre d'eau 10 jours par mois.
Etats aigus 3 cuillerées à soupe par jour.

AUCUNE TOXICITÉ — AUCUNE CONTRE-INDICATION

Communication à l'*Académie de médecine* (10 nov. 1908).
— à l'*Académie des sciences* (14 déc. 1908).

MÉDAILLE D'OR, Exposition de Londres 1908

Adopté par le Ministère de la Marine
SPÉCIALITÉ RÉGLEMENTÉE

L'URODONAL, 207, Boulevard Péreire, PARIS

5 fois plus actif que la Piperazine.

37 fois plus actif que la Lithine

MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE
ANTIBACILLAIRE & RECONSTITUANTE

ÉMULSION MARCHAIS

PHOSPHO-CRÉOSOTÉE

POUR LE TRAITEMENT RATIONNEL DES

TUBERCULOSES ✝ BRONCHITES
CATARRHES PNEUMONIES
GRIPPES ASTHMES

CHAQUE CUILLERÉE A CAFÉ CONTIENT :

Créosote de Hêtre	0,10
Baume de Tolu	0,10
Glycérophosphate de Chaux	0,20

De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon

Disparition de la **TOUX** et de l'**EXPECTORATION**
Disparition de la **FIÈVRE**
Disparition des **SUEURS NOCTURNES**
Disparition de la **DYSPNÉE**
AMÉLIORATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL
Augmentation de l'**APPÉTIT**
Régularisation des **FONCTIONS DIGESTIVES**
AUGMENTATION du POIDS du CORPS

L'ÉMULSION MARCHAIS *est la meilleure préparation créosotée*
Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration.
En desséchant les bronches, l'ÉMULSION MARCHAIS agit d'une manière remarquable sur l'expectoration.
Traité de Médecine. Dr FERRAND.

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

1° Il est allé chez le malade sans savoir que celui-ci était déjà en cours de traitement ; il n'apprend ce détail que par le malade lui-même ou l'entourage. Dans ces conditions, il peut examiner son client, mais ne doit absolument rien faire connaître de son opinion ni de son diagnostic, de peur de se trouver, à son insu, en désaccord avec le médecin traitant. Quant au traitement, il ne devra rien faire, sauf le cas d'urgence ; mais il préviendra la famille qu'il désirerait revoir le malade en consultation avec le médecin traitant, et cela dans l'intérêt du malade, en faisant ressortir que le médecin traitant pourra lui donner certains détails concernant le début, la marche de la maladie, détails très importants à connaître pour pouvoir bien soigner la maladie.

Si la famille refuse cette consultation, en prétendant vouloir cesser les soins du premier médecin, le second confrère devra exiger que le premier soit réglé pour ses honoraires par la famille ; lui-même, pourra, et ce sera de la bonne confraternité, envoyer un mot à son confrère ou aller le voir pour lui dire ce qui en est, Ce sera de la bonne politique, car dans ces affaires-là, plus, on agit avec franchise, moins il y a de heurts et de froissements d'amour-propre.

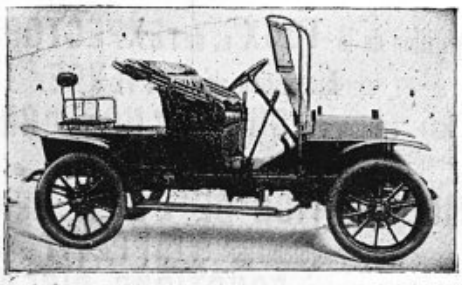
2e cas. Au moment où l'on vous appelle, on sait que le malade est en cours de traitement, auprès du Dr X. On peut alors, sauf le cas d'urgence, dire que l'on se rendra auprès du malade, mais en consultation avec son confrère, que l'on préviendra soi-même, pour être sûr que la commission sera faite. Tout cela, bien entendu, sauf le cas où l'on voudrait cesser les soins du premier médecin.

On ne peut dénier au malade le droit de changer de médecin en cours de maladie, mais il faut que nous ayons une conduite très correcte vis-à-vis de nos confrères, *coram populo*, si nous voulons que ce bon public apprenne à nous respecter. Dans nos luttes intestines, nous avons bien souvent manqué à la dignité que comporte notre profession ; du moment où nous ne savons pas nous respecter les uns les autres, comment voulez-vous que nos clients puissent arriver à nous considérer mieux que nous ne le faisons nous-mêmes.

Suite page XII.

Dyspepsie, Gastralgie
Anorexie, Flatuosités
Hyperchlorhydrie
Constipation
MALADIES DE L'ESTOMAC
CACHETS CHARVOZ
DIGESTIFS, TONIQUES ET APÉRITIFS
Quassime, Cannabine, Amers végétaux alcalinisés à 50% par procédé spécial
Se trouvent dans les principales pharmacies et chez tous les fournisseurs habituels des pharmaciens.
3 fr. la boîte de 40 cachets
Echantillons franco sur demande adressée à la
PHARMACIE CENTRALE
12, Rue Neuve, LYON

BROMOCARPINE
Employée dans toutes les grandes Névroses :
HYSTÉRIE - ÉPILEPSIE - CHORÉE
La cause déterminant l'attaque convulsivante dans l'épilepsie est intimement liée aux intoxications nutritives.
Les échanges organiques se trouvent modifiés biologiquement chez les épileptiques et cette nutrition viciée amène l'élaboration de produits anormaux (toxines-uréides) qui déterminent l'hypertoxicité du sang et de la lymphe. C'est ainsi que pendant les quelques jours qui précèdent l'attaque, les urines des épileptiques sont toutes hypertoxiques et donnent fréquemment d'une façon positive la diazo-réaction de Erlich.
La conception pathologique que nous venons de résumer, rend parfaitement compte des symptômes observés dans les grandes névroses.
L'état du sujet sera donc d'autant meilleur que l'élimination des déchets « toxines, uréides, indican » se fera plus vite. Il est donc en rapport avec l'état des reins et des autres organes d'élimination de l'économie.
La **Bromocarpine** est une préparation pharmaceutique préparée sur ces principes ; elle comprend l'association de la pilocarpine aux bromures alcalins. Par son usage, la transpiration chez le malade est plus accentuée, la respiration cutanée s'effectue bien, la diurèse est plus abondante, la bromuration intensive devient sans dangers. Cette préparation entrée depuis quelque temps dans la thérapeutique courante, offre aux malades un précieux remède, et aux médecins la garantie que l'on doit trouver dans tous les médicaments de cette importance.
Forme..... SIROP GLYCÉRINÉ très tolérable au goût.
Pas de Bromisme. Pas d'intolérance gastrique.
Capacité..... 500 c/c.
Doses..... ENFANTS : 1 à 6 cuillerées à café. — ADULTES : 1 à 3 cuillerées à bouche par jour.
OLIVIÉRO, O. I. Q., Phien Supr Irre cl., Ex-Interne en phie de la SALPÊTRIÈRE, BOULOGNE (Seine)

La véritable voiture du Docteur

Souple, Robuste
Economique
Passant partout
est enfin créée par
ARIÈS
8/10 HP. 4 CYLINDRES
Renseignements sur Demande
SOCIÉTÉ DES AUTOMOBILES ARIÈS, à Villeneuve-la-Garenne
Par L'ISLE-SAINT-DENIS (Seine)

la circonférence cervicale augmentée de 1/2, 1, 2 et même 3 centimètres ; l'augmentation moyenne est de 1 centimètre.

D'autre part, la palpation de la glande, y compris sa portion cachée derrière le muscle sterno-mastoïdien, se révèle douloureuse, souvent très douloureuse.

Fait important, cette *tuméfaction douloureuse* suit les oscillations du rhumatisme ; quand parfois elle disparaît, elle peut revenir, une deuxième fois, mais alors moins intense. Le salicylate de soude fait rapidement disparaître la douleur, mais non le gonflement

D'après Vincent, la tuméfaction thyroïdienne se rencontre 130 fois sur 200, soit en moyenne dans 66 pour cent des cas de rhumatisme aigu et fébrile.

Cette réaction thyroïdienne ne doit pas être considérée comme une fluxion ab-articulaire du rhumatisme, car elle n'est pas de la même nature que la fluxion articulaire.

En effet, lorsqu'elle apparaît dans le rhumatisme, il y a toujours un hyper-fonctionnement de la glande thyroïde, que traduit d'une manière plus ou moins nette l'apparition de battements des vaisseaux du cou, de tremblements des extrémités, de palpitations, de souffles extracardiaques, de tachycardies, de crises sudorales.

Par contre, l'observation clinique nous démontre que la réaction thyroïdienne est bien une *réaction de défense*, voici comment :

Dès qu'un malade atteint de rhumatisme aigu présente le syndrome thyroïdien, presque certainement son affection va guérir rapidement ; son organisme aura vite raison de l'infection rhumatismale, car il se défend énergiquement.

Au contraire, si la réaction thyroïdienne manque chez un rhumatisant, si même il y a de l'atrophie du corps thyroïde, très souvent on assiste à une évolution de longue durée, sujette à des rechutes ; l'organisme se défend mal.

D'autre part, que l'on essaye de donner à ce rhumatisant de la deuxième catégorie un médicament, qui chez lui réalise artificiellement la défense thyroïdienne absente et bien souvent on verra l'affection tourner court brusquement et évoluer vers la guérison. Quatre ou cinq capsules d'extrait de corps thyroïde, à 0,05 centigrammes prescrites chaque jour, rendront les meilleurs services.

Néanmoins, cette médication exige une surveillance constante du malade ; il faut d'abord tâter sa susceptibilité vis-à-vis du médicament, puis surveiller et craindre chez lui l'apparition des premiers signes de basedowisme. Si tout va bien, on arrivera progressivement à 4 ou 5 capsules par jour ; à la première menace de tachycardie, de palpitation, on diminuera cependant de 1 ou 2 capsules ; s'il en est besoin, on supprimera même complètement la médication. Ce traitement est susceptible de donner les meilleurs résultats, mais il demande une surveillance médicale attentive.

La théorie de la réaction thyroïdienne de défense explique les bons résultats obtenus de tout temps avec l'iode dans le rhumatisme aigu de longue durée, dans le rhumatisme aigu devenu torpide.

***

Conclusion pratique : Tout malade atteint d'un rhumatisme aigu aux allures devenues torpides, d'un rhumatisme aigu de longue durée, devra, surtout s'il ne présente pas le syndrome thyroïdien, être considéré comme un hypo-thyroïdien, et traité comme tel. A noter cependant que la médication thyroïdienne est contre-indiquée chez les cardiaques, les tuberculeux, les brightiques, les artério-scléreux gravement atteints, et qu'elle exige de la prudence chez les vieillards.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Quelques signes particuliers à la bronchite grippale,

Par le Dr GRASSIN.

Il s'agit ici de la bronchite vraie, de l'inflammation des bronches, et non de cet état particulier des bronches, que l'on observe souvent dans la grippe, qui se traduit simplement par de la toux, sans aucun signe stéthoscopique, et que l'on doit appeler (puisqu'il s'accompagne des autres signes de l'influenza) grippe simple, sans localisation, ni complication bronchique.

Dans la bronchite grippale, au contraire, voici comment se dessine le tableau symptomatique :

Dès le début, on entend des râles secs, sonores et musicaux. Leur intensité varie suivant le calibre des bronches qui leur donnent naissance et l'on aperçoit le plus souvent un mélange de gros râles ronflants variant des grosses bronches et de râles sibilants aigus originaires de fines ramifications bronchiques.

Cependant, au début de la grippe, il est fréquent de ne constater aucun râle bronchique, et il faut bien reconnaître que ces poussées inflammatoires des bronches s'observent presque toujours chez les vieux tousseurs atteints depuis longtemps de bronchite chronique avec emphysème. La bronchite constatée chez eux n'est alors qu'une congestion subaiguë d'*origine* grippale, il est vrai, mais qu'on ne peut scientifiquement appeler bronchite grippale.

Il y a deux signes importants, essentiels, qui caractérisent la localisation de la grippe sur les bronches :

La *rudesse respiratoire* survenant au début et à la fin de la bronchite ;

Les *râles humides* de la période d'état.

La rudesse respiratoire est un signe de grande importance et dont cependant on ne tient pas assez compte. Très souvent, en effet, dans l'examen des organes respiratoires et dans l'auscultation du cœur, on est tenté de ne rechercher que les bruits anormaux et de ne voir de lésion que là où ils se produisent. Et cependant la modification

seule des bruits normaux a souvent une signification aussi importante que la production de bruits pathologiques.

C'est ainsi que la respiration *rude*, quand la rudesse est générale, constitue un bon signe de bronchite. Il faut rechercher cette rudesse *générale* en raison précisément de l'idée qui s'attache aux rudesses localisées et de la nature tuberculeuse de ces lésions du sommet.

Cette rudesse respiratoire de la bronchite grippale indique que la muqueuse des bronches est modifiée, épaissie, déformée et elle prouve aussi que l'on entend plutôt le bruit respiratoire des bronches que le murmure alvéolaire.

La rudesse de la respiration coïncide donc avec la diminution du murmure vésiculaire ; elle s'observe au début et à la fin des bronchites de moyenne intensité et paraît être le seul symptôme des bronchites légères.

Viennent ensuite les *râles humides*.

Les râles humides de la bronchite grippale sont les râles sous-crépitants moyens, le gros râle sous-crépitant et les râles muqueux. Le râle sous-crépitant *fin* n'existe pas dans la bronchite banale.

Ces râles sont habituellement généralisés ; on les observe plutôt en arrière qu'en avant et à la base plus qu'au sommet.

On constate toujours leur présence des deux côtés et leur prédominance sur un point ne doit être que passagère, sinon elle deviendrait suspecte.

A côté de ces signes d'auscultation, il est un symptôme de grande valeur aussi et qui ne doit pas manquer : la *sonorité normale* à la percussion. En aucun cas, l'amplitude du son ne doit être diminuée et il ne doit y avoir ni matité, ni submatité.

L'expectoration, dans la bronchite grippale, est souvent rare, épaisse, visqueuse, surtout au début. Plus tard, elle est abondante, épaisse, purulente. Jamais l'expectoration n'est mélangée de sang et jamais non plus elle n'est assez consistante pour adhérer au vase.

On n'observe pas, dans cette localisation bronchique, de point de côté ou de douleur thoracique unilatérale ; de même la fièvre manque souvent et, si elle existe, elle est modérée et dure peu.

Mais le pronostic et l'évolution morbide dépendant de l'état antérieur du malade et de son degré de résistance à l'infection, avec la médication sédative représentée par l'aconit et la belladone, il est classique de tonifier ces bronchitiques et de leur donner 4 à 6 et 8 comprimés de thiocol ou 2 à 4 cuillerées à soupe de sirop Roche. Ce médicament en effet, tout en aseptisant le poumon, tout en stimulant au niveau des lésions la phagocytose et les défenses séro-sanguines, est aussi un tonique général.

Au bout de 5 à 6 jours de son usage, les râles humides diminuent d'abondance et les crachats purulents se fluidifient ; ils ne tardent pas à devenir muqueux, liquides, et, si l'on continue à donner 6 à 8 comprimés par jour, l'expectoration se tarit nettement, la toux cesse et la rudesse respiratoire succède aux râles muqueux, marquant le déclin de la bronchite.

Les balsamiques ne peuvent guère être utilisé dans la bronchite aiguë grippale et leur action thérapeutique est d'ailleurs très inférieure à celle du thiocol qui est un antiseptique broncho-pulmonaire, un asséchant, et qui guérit l'affection par son action directe sur les lésions alvéolaires.

De plus, on reconnaît au thiocol Roche une action préventive sur les infections streptococciques du parenchyme pulmonaire et il empêche, chez le vieillard comme chez l'enfant, la bronchite de se capillariser et de finir dans l'asphyxie progressive.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Avant l'ouverture du Congrès de Paris.

Notre confrère de l'*Avenir médical*, le Dr Paul Vigne, correspondant du Concours médical, a écrit la lettre suivante que nous recommandons à l'attention de nos lecteurs.

Lettre aux Praticiens français.

Mon cher Confrère,

Vous avez lu un peu partout, dans la presse professionnelle, la note suivante : « Les premiers jours d'avril, se tiendra à Paris, la *troisième Assemblée nationale des Praticiens de France* ».

Un instant, cette annonce a arrêté votre pensée. Confusément, dans votre esprit, elle a évoqué des souvenirs du bon combat, elle a éveillé des espoirs, suscité des désirs de réforme.

Il a été bien convenu en vous-même que vous participeriez à cette grande manifestation de revendications professionnelles. Puis, un client est venu sonner à votre porte ; les jours suivants, vos affaires vous ont beaucoup absorbé. Les semaines ont passé, et votre nom ne figure pas encore parmi les adhérents.

Permettez-moi de vous menacer d'un remords. Vous êtes sur le point de manquer à un devoir d'altruisme, un devoir impérieux envers une collectivité corporative, au sort de laquelle votre sort individuel est intimement lié.

N'attendez pas un jour de plus pour éviter cette faute.

Le moyen est simple et peu onéreux : Une carte suffit, accompagnée d'un pauvre mandat de *cinq francs*. Adressez le tout au docteur Quidet, trésorier, 54, rue Bonaparte, Paris.

Vous aurez fait de la sorte le premier geste de solidarité nécessaire. Vous aurez libéré votre conscience en bon syndicaliste. Strictement parlant, la religion déontologique vous déclarera en état de grâce.

Je serai, moi, quelque peu plus exigeant, toutefois. A cette participation financière à l'effort commun, je voudrais vous voir ajouter une participation effective, intellectuelle en quelque sorte. Ne prononcez pas le mot : impossible. Vous invoquez l'éloignement, la difficulté d'une absence. Que sont ces petits sacrifices comparés aux

profitables conséquences qu'ils peuvent avoir ? Vous parlez de votre humilité. Il y a, dites-vous, sur le front de bataille, toute une phalange d'élite, aguerrie, bien armée, qui doit diriger l'assaut et suffit à la besogne. Erreur. Cette phalange, pour vaillante et dévouée qu'elle soit, trouve l'essentiel de sa force dans l'approbation et les encouragements des masses professionnelles qui la suivent. Plus denses seront ces masses, plus sera considérable son ardeur, plus augmenteront les chances de succès.

Peut-être encore vous retranchez-vous derrière l'argument d'une ignorance bien compréhensible : Modeste praticien, vous vous tenez mal au courant des questions professionnelles. Vous vous en rapportez de leur sort à quelques dirigeants qui ont votre confiance. Les grands problèmes qui vont s'agiter sur la scène du Congrès vous sont en partie étrangers. Croyez-vous ? Ne serait-ce pas faute que vous vous soyez donné la peine de les voir de près ? Vous avez, au contraire, j'en suis sûr, à leur sujet, des idées originales. Chaque jour votre existence vous met en personne aux prises avec des difficultés dont tant d'autres ne parlent que par ouï-dire. J'ai foi dans les médications que préconisent les malades eux-mêmes. Pour vous inciter à livrer votre pensée, avant que le rideau ne se lève, nous allons, si vous le voulez bien, faire un tour dans les coulisses et deviser librement du sujet de la pièce :

Un Congrès de Praticiens a un objectif simple et bien défini. Il doit s'occuper de tout ce qui peut améliorer la condition morale ou matérielle du médecin.

Son rôle est facile à saisir si l'on veut raisonner simplement et avec un esprit positif :

Le médecin est, en définitive, un travailleur, exerçant son activité dans un domaine limité sur lequel l'Etat lui concède un droit d'exclusivité, contre certains gages matériels et moraux déterminés.

— Part magnifique et enviable, déclare le public.

— Maigre part, répond le Corps médical, pour trois raisons dont une suffirait amplement à justifier nos doléances :

1° Parce que le monopole afférent à notre diplôme n'est rien moins que respecté et qu'à travers d'illusoires barrières passent et de nombreux billets de faveur et des contrebandiers plus nombreux encore ;

2° Parce que les ressources escomptées du champ livré à notre activité subissent chaque jour un amoindrissement considérable du fait de circonstances multiples ;

3° Parce qu'enfin, le nombre des travailleurs admis régulièrement est lui-même beaucoup trop élevé au regard des ressources surlesquelles on puisse réellement tabler.

Tout le programme du Congrès de Paris est là. Il se propose de montrer une fois de plus ces trois plaies professionnelles et de chercher le moyen de les guérir ou de les panser.

Essayons de rappeler brièvement les efforts déjà tentés dans ce sens et devinons, s'il se peut l'orientation de ceux qui vont être renouvelés.

***

Le respect illusoire du monopole promis, c'est l'histoire de l'exercice *illégal de la médecine*. Vous savez, mon cher confrère, combien notre malheureuse profession est infectée de parasites de toute sorte qui la mettent en coupe réglée. Vous connaissez, par expérience personnelle, cette audacieuse et indestructible engeance. Tantôt sous le masque insolent de l'escroc de belle envergure, tantôt sous la figure goguenarde du paysan madré, ici, sous l'habit de l'ecclésiastique, là sous les traits de l'immonde matrone, vous en rencontrez chaque jour quelque représentant au chevet de vos malades, sans compter les plus redoutables d'entre eux, les connaissances habituelles qui se rappellent au bon souvenir de leurs dupes dans chaque numéro de votre quotidien.

Chacun de nous crie au voleur, et chacun s'étonne du peu d'empressement avec lequel sont accueillies les récriminations les plus justifiées.

Alors, faute de pouvoir saisir le cambrioleur, on s'en prend volontiers au gendarme. Notre excellent confrère Levassort, le dévoué directeur de l'*Office central pour la répression de l'exercice illégal de la Médecine*, en sait long, je suppose, là-dessus, et je ne serais pas surpris que, malgré son zèle admirable, il ait reçu à peu près autant de coups partis de nos rangs que du camp ennemi.

C'est là une déplorable tactique. Car enfin une fois mis à mal les rares gardiens derrière lesquels nous puissions nous abriter, nous ne serons sans doute pas beaucoup plus avancés.

Ne serait-il pas plus raisonnable de donner à ces protecteurs bénévoles quelques auxiliaires indispensables, et les moyens d'augmenter l'efficacité de leurs efforts ? Hier encore, un Confrère animé d'excellentes dispositions, m'annonce son intention de demander au Congrès la création d'une « Alliance médicale de France » destinée à compléter l'œuvre des Syndicats pour la répression de l'exercice illégal.

Je ne crois pas que le besoin d'un rouage nouveau se fasse sentir. La machine de guerre existe. Elle est bonne et bien réglée. Contentons-nous de la renforcer et de la perfectionner. C'est surtout en lui assurant des subsides sérieux que nous y pouvons parvenir. L'argent joue ici un rôle essentiel. Nos ennemis le savent bien, et je crains qu'il nous soit, sur ce terrain, difficile de lutter à armes égales avec eux. Nous n'en devons pas moins envisager les sacrifices nécessaires pour leur opposer une résistance soutenue.

Mais n'oublions pas que ces sacrifices sont avant tout d'ordre financier.

***

Au reste, l'anémie progressive qui nous gagne n'est pas seulement imputable à la voracité des requins qui naviguent dans nos eaux. Elle a d'autres causes plus graves encore, dont une d'ordre

économique, qui réside dans le développement considérable des services médicaux collectifs depuis quelques années. Je m'explique : Notre époque est, par excellence, vous ne l'ignorez pas, l'âge d'or de la *Mutualité* et de l'*Assistance*. Un souffle irrésistible pousse depuis quelques années les individus à s'agréger en groupements et à sauvegarder par là leurs divers intérêts.

Le risque maladie est un de ceux auxquels ils se sont préoccupés de parer par assistance réciproque. De son côté, l'Etat intervient de plus en plus, soit directement, soit par les responsabilités et obligations qu'il s'impose dans la protection de la santé publique.

On ne saurait, en thèse générale, discuter les bienfaits d'une semblable évolution. Mais la machine du progrès tourne rarement sans broyer dans ses engrenages quelques intérêts individuels. En l'espèce, ceux de la Médecine sont particulièrement menacés.

La *Mutualité*, l'*Assistance publique*, dans ses services particuliers et dans ses services hospitaliers, les *patrons* ou les *assureurs*, à eux substitués en matière d'accidents du travail, l'*Etat et la Commune* pour les applications multiples des lois sanitaires (services de vaccination, d'inspection des écoles, etc)., sont à notre égard autant d'employeurs en gros qui, pour cette raison, prétendent nous imposer des honoraires extrêmement réduits.

Malgré notre sincère dévouement aux œuvres philanthropiques, cette réduction a depuis longtemps dépassé la limite des concessions possibles.

Il est donc nécessaire d'aviser et de réagir. Par quels moyens ?

Deux mesures générales semblent trouver parmi nous une majorité de partisans. La première consiste à exiger de la clientèle riche une rémunération mieux en rapport avec les conditions modernes d'existence. C'est le *relèvement des honoraires*, déjà partiellement appliqué et qui doit être uniformément imposé.

La seconde mesure est la revendication du *libre choix* du praticien pour le malade. En quoi cette liberté peut-elle, demandez-vous, servir nos intérêts ? D'une façon bien simple : libre de choisir son médecin, la clientèle se dissémine forcément ; elle se répartit chez un grand nombre de praticiens. Exiger le libre choix, c'est par conséquent empêcher les collectivités de se procurer parmi nous les fournisseurs en gros qui, se contentant de bribes infimes d'honoraires, sont obligés d'en assembler un nombre considérable. C'est supprimer les livraisons hâtives en bloc et la marchandise au rabais, trop souvent suspectes. Le libre choix est, en définitive, l'antidote indispensable de la médecine à forfait.

Voilà pourquoi, mon cher Confrère, vous entendez si souvent, depuis quelques années, prononcer cette formule et pourquoi vous la verrez revenir au Congrès dans des circonstances diverses et réclamée surtout pour les services médicaux des Mutualités, des Accidents du travail et de l'Assistance publique.

***

Enfin, mon cher Confrère, dans ce domaine dont les ressources s'épuisent, sur lequel s'ébattent en liberté tant d'exploiteurs irréguliers, les entrées régulières suivent, avons-nous dit, une progression insensée.

Je ne vous referai pas la démonstration de la pléthore médicale. Personne aujourd'hui ne met plus en doute son existence. Les seules divergences qui subsistent portent sur les moyens de l'enrayer. Il faut, à mon avis, s'arrêter à deux : l'*édification du public* et la *limitation du nombre des praticiens*.

Incontestablement, la plupart des familles ignorent tout de la situation que nous venons de tracer. La médecine est encore, bien à tort, considérée dans le monde comme une des façons les plus commodes et les plus sûres d'acquérir en peu de temps fortune et considération.

Ce préjugé cause de fréquents mécomptes et de nombreuses misères; il faut à tout prix le déraciner, soit par la force, soit par la persuasion.

Les procédés fondés sur la persuasion, moins radicaux, moins sûrs que les autres, offrent cependant un énorme avantage. Ils n'exigent pas nécessairement le concours des pouvoirs publics, ils peuvent être immédiatement mis en œuvre par l'initiative privée. Ce sont ceux auxquels nous avons à diverses reprises recouru avec l'appui moral et financier de nos principaux groupements professionnels, et que nous continuons à employer de notre mieux.

Depuis trois ans environ, vous le savez, nous adressons au moment des sessions de baccalauréat, à tous les jeunes gens qui nous sont signalés comme susceptibles de se faire ensuite inscrire dans une Faculté de Médecine, et à leurs familles, une lettre *circulaire* montrant, par des documents chiffrés, les embarras d'une carrière sur laquelle ils n'ont, en général, que des idées fausses.

Il y a malheureusement une difficulté considérable à se procurer ces adresses. De plus, le procédé de la lettre à dix centimes étant en somme très onéreux, on ne peut de la sorte toucher qu'un nombre relativement restreint de personnes.

Nous avons donc complété ce moyen par deux autres : l'*affichage et l'action par la presse*.

Partout où la chose est possible, nous faisons, au moment des sessions de baccalauréat, placarder aux abords des Facultés une *affiche*, recommandant aux jeunes gens ayant l'intention d'aborder les études médicales de ne pas s'engager dans cette voie avant de s'être renseignés auprès du Président du Syndicat médical de la région.

D'autre part, nous avons essayé d'obtenir de quelques quotidiens qu'ils signalent au grand public la situation exacte de notre carrière. On a pu lire par exemple dans l'*Intransigeant* un long article dû à l'obligeance bénévole d'un des plus estimés rédacteurs de l'*Agence Fournier*, M. LAURENT. Tout récemment, dans le *Progrès de Lyon*, le journal le plus répandu de notre ville, un nos confrères, notre excellent ami M. Sahuc, donnait en première page plusieurs colonnes pittoresquement présentées sur le même sujet.

La presse politique est aujourd'hui maîtresse de l'opinion qu'elle façonne à sa guise. Il y aurait un gros intérêt à ce qu'elle servît en l'occurrence notre juste cause, qui est aussi celle de la Société, et chacun de nous devrait s'efforcer d'utiliser dans ce sens les relations qu'il peut avoir dans les salles de rédaction. Je signalerai de même l'action par la littérature, telle que l'a tentée de façon très heureuse notre sympathique collègue et ami Nass, dont le courageux roman *Pauvres Docteurs* devrait être largement diffusé par nos soins.

Cependant à ces divers moyens persuasifs, beaucoup préfèrent aujourd'hui la cure radicale par contrainte appuyée sur des dispositions légales ou administratives. Une loi formelle a seule, disent-ils, le pouvoir de remédier utilement à la pléthore qui nous menace d'apoplexie. Il lui suffit, pour cela, d'imposer une limite au nombre des candidats admis à entrer dans la carrière médicale.

C'est mettre en avant la question de la limitation, grosse de difficultés et qui peut prêter matière à de longues discussions.

Nous reviendrons en particulier sur ce point.

Disons seulement dès à présent qu'il y a deux façons différentes de concevoir cette *limitation* : l'une qui fixerait un nombre restreint de circonscriptions médicales, dans chacune desquelles un praticien évoluerait à l'abri de toute concurrence. C'est la fonctionnarisation de la Médecine, difficile à admettre en principe, mais peut-être susceptible de modifications dont je me propose de vous entretenir plus tard.

L'autre qui restreindrait par voie de concours, à un chiffre déterminé, approximativement proportionnel aux vacances probables, le nombre des étudiants à admettre chaque année dans les Facultés de Médecine.

Il n'est pas douteux que ce dernier procédé ne rallie le plus grand nombre de suffrages parce qu'il laisse à la clientèle et au praticien, une liberté plus grande, et aussi parce que, grâce au concours d'admission, il établit une première sélection favorable au relèvement intellectuel de la profession.

Il a du reste fait déjà de nombreuses preuves. Le corps des *médecins militaires* ne se recrute pas autrement. Plusieurs autres professions libérales l'ont adopté. Ainsi la profession *vétérinaire*. Je citerai aussi la profession d'*architecte*, dans laquelle, bien que le nombre des admissions ne soit pas limité, existe à l'entrée un examen très sévère qui élimine une proportion élevée de candidats.

Enfin, même dans certaines corporations d'artisans où s'est fait sentir la pléthore, la limitation a été imposée à l'entrée de la profession. Dans la *Fédération du Livre*, par exemple, il n'est jamais, sous aucun prétexte, dans aucune section adhérente, admis plus d'un apprenti par dix ouvriers.

Il y a donc là une voie déjà tracée qui peut nous conduire avec sûreté à des améliorations notables.

Nos organismes de défense professionnelle n'ont pas sur leurs adhérents une action suffisante pour que nous puissions, par une simple décision syndicale, procéder comme dans le monde ouvrier, à la restriction nécessaire.

Mais il est certain que les législateurs ont le devoir de s'inquiéter de la situation. Il y a longtemps qu'on a prononcé ces paroles redoutables : « Il est dangereux pour une société d'avoir trop de médecins ». Une loi qui parerait à cette influence menaçante serait donc un bienfait social, en même temps qu'une cause de soulagement pour notre profession. Les pouvoirs publics le comprendront-ils assez tôt ?

***

Voilà, mon cher confrère, commenté dans ses grandes lignes, le programme général du prochain Congrès.

Ai-je réussi à vous donner une idée bien nette des nombreuses questions qu'il comporte ou qu'il peut soulever ?

L'ampleur du sujet, sa complexité surtout, me laissent quelques craintes à cet égard. Si, du moins, comme je l'espère, je vous ai convaincu de l'importance réelle que doit avoir pour nos intérêts corporatifs cette réunion, j'aurai la satisfaction de vous avoir rendu quelque service.

J'en prendrai prétexte pour vous presser une fois encore de faire parvenir votre adhésion sans tarder, et sûr de celle-ci, je vous envoie mon salut bien confraternel.

Dr Paul VIGNE.

P. S. — D'abord écartée, la question de l'*Enseignement médical* a été définitivement portée à l'ordre du jour. Elle a, en effet, avec nos intérêts matériels et moraux des rapports étroits. La limitation du nombre des étudiants, l'Autonomie des Facultés, l'admission à l'enseignement libre de tout praticien ayant fourni des preuves certaines de valeur, sont autant de sujets qu'aucun de nous ne peut tenir pour négligeables. Nous aurons probablement l'occasion de revenir en détail sur quelques-uns d'entre eux avant le Congrès.

LES FRAIS MÉDICAUX POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les tableaux que nous publions ici, sont destinés à éclairer une note sur la question des frais médicaux. Cette étude doit être adressée aux juges des tribunaux et aux juges de paix pour répondre aux assureurs, qui écrivent à ces magistrats que les médecins touchent des sommes plus élevées que les indemnités accordées aux blessés.

Nous prions nos confrères de conserver ces tableaux (ils feront du reste l'objet d'un tirage à part). Ils résument l'article que nous publierons dans un de nos prochains numéros.

Tableau statistique des effets de la Loi accidents de 1901 à 1907

pour servir à l'étude des frais médicaux.

ANNÉES	SALAIRES ASSURÉS	FRAIS MÉDICAUX y compris les frais pharmaceutiques et d'expertises	FRAIS médicaux pour 100 francs de salaire (4)	HONORAIRES des médecins traitants	Honoraires des médecins traitants pour 100 francs de salaire (5)	NOMBRE des ouvriers assurés
	1	2	3	4	5	6
1901	2.828.498.832	5.416.893	0.23	3.250.135	0.14	2.357.000
1902	2.949.882.941	6.463.425	0.22	3.878.055	0.13	2.450.000
1903	3.056.854.767	6.640.409	0.21	3.984.245	0.12	2.550.000
1904	3.149.933.700	6.947.000	0.22	4.168.200	0.13	2.630.000
1905 (1)	3.329.454.703	8.411.276	0.25	5.046.765	0.15	2.770.000
1906 (2)	3.614.972.820	10.533.000	0.29	6.408.000	0.17	3.000.000
1907 (3)	4.189.346.269	12.587.000	0.30	7.552.200	0.18	3.491.000

Les chiffres cités dans ce Tableau ont été obtenus de la façon suivante :

1re Colonne : *Journal Officiel* du 3 août 1909 (Annexe) page 890 (1re colonne).

2e Colonne : *Journal Officiel* du 3 août 1909 (Annexe) page 891 (1re colonne).

3e Colonne : Par déduction : Si pour 2.828.498.832 fr. de salaires assurés en 1901 (1re colonne) il a été payé 5.416.893 fr. (2e colonne) de frais médicaux, pour 1 fr. de salaire, il a été payé 2.828.498.832 fois moins et pour 100, 100 fois plus ou $\frac{5.416.893 \times 100}{2.828.498.832} = 0.23$ pour 100 fr. de salaire.

4e Colonne : Par déduction : Il a été établi que sur 10.533.000 f. payés pour frais médicaux en 1906 (col. 2), il fallait déduire 2 millions pour les experts et 2.125.000 f. pour les pharmaciens. Il nous reste donc en 1906 : 6.408.000 pour les médecins traitants.

Car nous admettons que le pharmacien ne coûte que le 1/4 de ce que coûte le médecin pour les traitements chirurgicaux du moins.

Du 5e rapport du Ministre du travail, il résulte qu'en 1907 il a été rendu 26.138 ordonnances ou jugements pour accidents du travail qui chacun donne lieu au moins à une et souvent à plusieurs expertises. N'en comptons qu'une à 50 fr. et elles sont payées 100 fr. à Paris et à Lyon, nous arrivons au chiffre de 1.306.000. Admettons que les expertises en justice de paix, qui sont infiniment plus nombreuses ne coûtent pas davantage. Nous voilà au chiffre de 2.613.800. Passons cela à 2 millions.

Pourquoi le Ministre du travail ne nous dit-il pas dans ses rapports combien il y a eu d'expertises par an, et combien il a été payé aux experts par le Trésor d'une part et par les Compagnies d'autre part. Aurait-on de bonnes raisons pour cacher ces chiffres au parlement ?

Il reste ainsi 6.408.000 francs pour les honoraires des médecins traitants. La proportion entre les frais médicaux et les frais de traitement est donc de 60 % en 1906, proportion qu'on obtient par le calcul suivant : Lorsque les Compagnies versent 10 millions de frais médicaux, elles ne versent sur cette somme que 6 millions aux médecins traitants ; lorsqu'elles versent 1 fr. elles versent 10 millions de fois moins et pour 100 fr., 100 fois plus, ou $\frac{6.408.000 \times 100}{10.533.000} = 60\,\%$. Il ne reste donc plus qu'à prendre successivement chaque année les 60 % des frais médicaux donnés à la colonne 2 pour obtenir les chiffres de la col. 4.

5e Colonne : par déduction : En prenant, d'après l'explication précédente, les 60 % des chiffres de la colonne 3. De cette colonne il résulte qu'en 1.01, avec le tarif de l'Assistance Publique, les frais médicaux coûteraient 0.14 pour 100 francs de salaire et qu'en 1906, avec le tarif Dubief, ils sont arrivés à 0.17. Le tarif Dubief coûte donc 0 fr. 03 centimes par 100 francs de salaire.

6e Colonne : Par déduction : En divisant le total des salaires assurés (1re col.) par 1.200 fr. moyenne approximative du taux du salaire annuel d'un ouvrier.

---

(1) Le tarif minimum, dit Tarif Dubief, a été appliqué à partir du dernier trimestre de l'année 1905.
(2) Le tarif minimum, dit Tarif Dubief, a été appliqué toute l'année 1906 et la suivante.
(3) A partir du 12 janvier 1907, la loi accidents s'est étendue à tous les ouvriers ou employés du commerce et de l'industrie.
(4) Y compris les frais d'expertise et de pharmacie (col. 3).
(5) Déduction faite des frais d'expertise et de pharmacie (col. 5).

Tableau statistique des effets de la Loi accidents de 1901 à 1907 (*Suite*).

ANNÉES	NOMBRE d'ouvriers protégés par la loi-accidents	Proportion d'ouvriers et d'accidents indemnisés par les Compagnies	SOMMES versées pour incapacité temporaire ou demi-salaires	SOMMES versées pour incapacités permanentes	Nombre d'accidents garantis ou par les compagnies	NOMBRE des accidents déclarés	TAUX des frais médicaux par ouvrier assuré et par an
	7	8	9	10	11	12	13
1901	3.200.000	73.43 %	»	»	168.273	229.162	2.30
1902	3.200.000	76.56 —	»	»	170.871	223.186	2.63
1903	3.200.000	79.68 —	»	»	173.513	217.763	2.60
1904	3.200.000	82.18 —	11.610.777	»	182.531	222.124	2.64
1905	3.200.000	86.56 —	»	»	224.953	259.882	3.03
1906	4.000.000 (1)	75.00 —	17.176.273	3.203.891	230.145	306.860	3.51
1907	4.000.000	87.27 —	21.478.515	3.250.216	314.125	359.947	3.59

Les chiffres cités dans ce tableau ont été obtenus de la façon suivante :

7e Colonne : Bulletin officiel du Travail : Année 1907, pages 897 et 255 et suivant des déductions à défaut de chiffres officiels.

8e Colonne : Par déduction : Si pour 3.200.000 ouvriers protégés par la loi accidents (col. 7) il y en a 2.350.000 d'assurés (col. 6) pour un, il y en aura 3.200.000 fois moins et pour 100, 100 fois plus ou $\frac{2.350.000 \times 100}{3.200.000} = 73.43$ % il y a donc 73 % du total des ouvriers ou employés dans l'industrie qui sont assurés par les Compagnies.

9e Colonne : *Officiel* du 3 août 1909 (Annexe) page 887.

10e Colonne : Rapports divers du Ministre du travail, *Officiel* des 10 août 1907, page 726, et 28 juillet 1908, page 703.

Si dans une usine, une Compagnie assure la moitié (50 %) des ouvriers de cette usine, il est logiquet de penser qu'elle aura à payer la moitié des aecidents de cette usine.

11e Colonne : Puisqu'en 1901 il y a eu d'une part 229.162 accidents déclarés (colonnes 12) et que d'une part une proportion de 73.43 % d'ouvriers assujettis ont été indemnisés par les compagnies (col. 8), il est logique de penser que les compagnies auront à régler les 73,43 % des accidents. Nous obtenons dont la règle de trois suivante : Si sur 100 accidents les compagnies en indemnisant en 1901 73,43, pour un accident elles en indemniseront 100 fois moins et pour 229.162 fois plus ou $\frac{73.43 \times 229.162}{100} = 132.914$.

12e Colonne : 5e Rapport officiel sur les accidents du travail, annexe I, page 67.

13e Colonne : Par déduction : En divisant la somme payée aux médecins (col. 2) par le nombre des ouvriers assurés (7e col.)

(1) Cette augmentation brusque des personnes protégées provient de ce que, à dater du 12 janvier 1907, la loi sur l'indemnité contre les accidents s'est étendue aux employés de commerce. La proportion des assurés par rapport aux protégés fléchit sans doute parce que, la première année de l'extension de la loi, les nouveaux assujettis, c'est-à-dire les commerçants, avaient négligé de s'assurer; mais dès 1907, ils le font, et la moyenne entre les personnes protégées par la loi et les personnes assurées, remonte à la proportion de 1905, 86.56 °/₀ et même la dépasse, puisqu'elle est à 87.27 °/₀.

Tableau statistique des effets de la Loi accidents de 1901 à 1907 (*Suite*).

ANNÉES	Coût moyen de chaque accident y compris les frais de traitement, de pharmacie d'hôp t. et d'expert.	Coût de chaque accid. pour honor. médicaux, traitement, déduct. faite des frais pharmaceut. et d'exp.	TOTAL des primes encaissées par les assureurs	Sommes dépensées pr indemnités journ. frais médic. pharm. funér. capit. consit. de rentes, réserves complémentaires	BÉNÉFICES bruts des compagnies	Les frais médicaux payés aux médecins traitants ont donc été *inférieurs* aux bénéfices des compagnies de :
	14	15	16	17	18	19
1901	32.19	19.31	52.451.438	43.525.140	8.926.298	5.676.163
1902	37.82	22.69	54.048.626	49.670.079	4.378.547	500.492
1903	38.39	23.03	59.874.899	46.313 476	13.561.423	11.576.178
1904	38.08	22.84	63.861.457	46.684.593	17.176.864	13.008.664
1905	37.39	22.43	73.045.711	57.356.945	15.688.766	10.642.001
1906	45.76	27.45	81.785.576	67.098.085	14 687.491	8.367.691
1907	40.06	24.03	98.396.328	85.669.427	12.726.901	5.174.701

Les chiffres cités dans ce tableau ont été obtenus de la façon suivante :

14e Colonne : Par déduction : En divisant la somme payée par les Compagnies pour les frais médicaux (col. 2) par le nombre des accidents garantis par les Compagnies (col. 11).

15e Colonne : Par déduction : On a démontré à la colonne 3 que les honoraires des médecins représentaient les 60 % du total des frais médicaux. Or, si les médecins traitants touchent 60 % des frais médicaux pour un accident qui a coûté 32 fr. 19 (année 1901, col. 14) le médecin traitant touchera donc les 60 % de 32 fr. 19 ou $\frac{60 \times 32.19}{100} = 19.31$.

16e Colonne : *Journal officiel* du 3 août 1903, page 890, 1re colonne.

17e Colonne : — — — 3e colonne.

18e Colonne : Par déduction : En soustrayant les sommes versées en indemnités aux médecins et aux blessés des sommes versées en primes aux assureurs.

19e Colonne : Par déduction : En faisant la différence entre les bénéfices des Compagnies (col. 18) et les honoraires des médecins traitants (col. 4.)

CONCLUSIONS

Des chiffres et des tableaux ci-dessus il résulte que :

A. En 1901, il y a eu 168.273 accidents réglés par les Compagnies et en 1907 il y a eu 314.125 accidents réglés par ces mêmes Compagnies, soit une progression de 99 % (col. 1).

B. En 1901, les assureurs ont encaissé 52.451.438 fr. et qu'en 1907 ils ont encaissé 98.396.328 fr. Soit une progression de 99 % (col. 16).

C. En 1901 les médecins TRAITANTS ont coûté 3.250.135 fr. et en 1907 ils ont coûté 7.509.200 fr. Soit une progression de 105 % (col. 4).

D. En 1904, les indemnités touchées par les ouvriers ont coûté 11.601.177 fr., et en 1907 les ouvriers ont touché 21.478.595 fr.

Soit également une progression de 99 %.

Ainsi et contrairement à ce que disent les assureurs, les indemnités temporaires payées aux ouvriers coûtent le double des honoraires médicaux.

E. Aux 21.478.515 fr. d'indemnités temporaires (col. 9), il faut ajouter les 3.250.216 (col. 10) de rentes servies ; soit un total de 24.728.731 fr. d'indemnités versées aux blessés, alors que les médecins traitants n'ont reçu que 6.408.000 c'est-à-dire le 1/4 des indemnités totales payées aux blessés.

D'autre part, le nombre des accidents, le montant des primes encaissées, le montant des indemnités versées aux blessés, les honoraires des médecins traitants suivent une progression sensiblement égale.

Les 6 % en plus qui existent entre les frais médicaux en 1901 et en 1907 représentent l'influence du tarif Dubief.

Dr DIVERNERESSE.

REPORTAGE MÉDICAL

« **Une protestation des étudiants en médecine.** — « Le comité de l'Association corporative des « étudiants en médecine, ému des allégations de M. « le Président du conseil accusant à la tribune des « étudiants en médecine de faire des manifesta- « tions politiques, tient à protester avec la dernière « énergie, les manifestations de la Faculté de mé- « decine ayant toujours eu une portée strictement « professionnelle.

« Une délégation des étudiants en médecine a été « reçue à ce sujet par M. le Président du conseil ».

La retraite du Professeur Bouchard. — « M. le professeur Bouchard, titulaire de la chaire de pathologie et thérapeutique générales, vient de demander sa mise à la retraite à partir du 1er janvier ».

C'est en ces trois lignes, dont la concision égale la sécheresse, que la plupart des organes médicaux annoncent l'événement.

La grande presse a été plus prolixe ; elle a donné comme raisons de cette retraite le désir qu'a l'illustre professeur de se livrer en toute tranquillité aux travaux qui le passionnent et de mener à bien, sans tracas ni soucis, certaines recherches qu'il a entreprises.

Mais elle insinue — et elle pourrait bien être dans le vrai — que l'approche du prochain concours d'agrégation et le souvenir des incidents dramatiques qui ont marqué le précédent, ne seraient pas étrangers à cette détermination.

C'est ainsi qu'Achille se retira naguère sous sa tente et s'y confina dans une solitude boudeuse parce que ses sages avis n'avaient pas prévalu dans l'assemblée des Grecs....

Concours pour le recrutement de huit médecins de colonisation. — Ce concours, qui s'ouvrira le 11 août 1910, aura lieu à Alger (École de médecine), à Paris (Office de l'Algérie) et à la préfecture des villes possédant des Facultés ou Ecoles de médecine.

La liste des candidats sera close le 27 mars 1910.

Pour être admis à prendre part au concours les candidats devront justifier :

1° Qu'ils sont Français, jouissant de leurs droits ;

2° Qu'ils sont docteurs en médecine d'une faculté française ;

3° Qu'ils sont âgés de moins de 35 ans. Cette limite est reculée à 40 ans pour ceux qui justifieront de 5 ans de services dans les armées de terre ou de mer ;

4° Qu'ils ont satisfait à la loi sur le recrutement.

Le concours comporte :

1° Une épreuve écrite sur deux sujets : l'un d'hygiène, d'épidémiologie ou de pathologie intéressant plus spécialement l'Algérie ; l'autre concernant la médecine légale ou l'organisation de l'assistance publique.

2° Une épreuve pratique de microscopie clinique ;

3° L'examen clinique de deux malades ;

4° Une épreuve de pharmacie.

L'épreuve écrite, qui est éliminatoire, est subie simultanément à Paris, à Alger et dans les villes possédant des Facultés ou Ecoles de médecine. Les candidats déclarés admissibles sont appelés à subir les trois dernières épreuves à Alger (École de médecine).

Des réquisitions de transport gratuit sur mer en 2e classe seront accordées aux candidats déclarés admissibles pour leur permettre de subir à Alger les trois dernières épreuves.

Les candidats définitivement admis seront nommés, au fur et à mesure des vacances et suivant l'ordre de leur classement, à la 5e cl. du grade de médecin de colonisation.

Médecins coloniaux. — Les cours professés à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille à l'usage des candidats au diplôme d'études coloniales, au titre de médecin sanitaire maritime, pour l'année 1909-10, sont les suivants :

I. Clinique des maladies exotiques.

M. Treille, professeur : maladies des professions maritimes et coloniales, maladies des marins, chauffeurs, soutiers, dockers, etc. Maladies des colons dans les pays chauds et leurs suites dans les pays tempérés ; maladies des pays chauds devenues chroniques et observées en France dans les ports de mer.

II. Pathologie et bactériologie des maladies exotiques.

M. Gauthier, chargé de cours : maladies pestilentielles ; séméiologie et diagnostic des affections coloniales.

III. Histoire naturelle et parasitologie coloniales.

M. Jacob de Cordemoy, chargé de cours. Parasites du sang, de l'intestin et de la peau en pathologie exotique.

IV. Hygiène, climatologie et épidémiologie maritimes et coloniales.

M. Reynaud, chargé de cours. Hygiène coloniale prophylaxie, épidémiologie coloniales.

Médecins traitants et compagnies d'assurances-vie.— La question des rapports des médecins traitants avec les Compagnies d'assurances sur la vie a été discutée au *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, et cet important groupement professionnel a voté les décisions suivantes :

1° Les médecins, membres du comité médical des Bouches-du-Rhône, par respect du secret médical, devront refuser tout certificat sur la santé d'un de leurs clients, demandé par les Compagnies d'assurances sur la vie, au moment du contrat, même s'ils y sont autorisés par le proposant.

Corollairement, s'ils sont, comme médecin examinateur d'une Compagnie, commis à l'examen d'un de leurs clients, ils feront bien de se récuser ;

2° Les médecins, membres du comité médical des Bouches-du-Rhône, ne devront fournir aux Compagnies d'assurances sur la vie, ni directement à elles-mêmes, ni indirectement sur la demande des bénéficiaires des contrats, parents ou non du décédé, aucun certificat indiquant la nature de la maladie à laquelle a succombé un de leurs clients assuré et les circonstances dans lesquelles il est mort, malgré la clause de la police qui semble autoriser la demande et la délivrance de ce certificat.

En même temps qu'ils refuseront ce certificat demandé, les membres du comité médical devront bien indiquer aux intéressés que cette décision est prise non seulement par respect du secret médical considéré de tout temps par les médecins comme un devoir et sanctionné par l'article 378 du code pénal, mais encore en conformité de la jurisprudence constante des tribunaux français : ceux-ci, en effet, considèrent comme absolument illégales aussi bien la clause des contrats d'assurances sur la vie énonçant le certificat médical parmi les pièces à produire au décès de l'assuré, que la délivrance et la production d'un tel certificat. (Jugements des : Tribunal civil du Havre, 30 juillet 1886 ; — Tribunal

civil de Besançon, 17 février 1887 ; — Cours d'Appel de Paris, 4 février 1891 ; — Tribunal civil de Besançon, 7 juin 1899 ; — Tribunal civil d'Amiens, 5 avril 1900

3° Ces décisions seront communiquées à Marseille au Syndicat des médecins de Marseille et à la Société locale de l'Association des médecins de France, aux principales Sociétés médicales françaises, ainsi qu'aux principales Compagnies d'assurances sur la vie françaises et étrangères.

4° Le Conseil du comité médical des Bouches-du-Rhône émet le vœu qu'après entente entre les grandes Associations médicales françaises, des démarches soient faites auprès des pouvoirs publics, en vue de la suppression sur les contrats d'assurances sur la vie — parce qu'illégale — de la clause exigeant, parmi les pièces à produire après décès de l'assuré, un certificat médical sur la nature et la durée de la maladie ayant causé la mort.

Nous reproduisons ces décisions avec d'autant plus de hâte que nous avons, pour notre part, toujours défendu la thèse de l'*illicité* de la clause en question, et nous sommes tout disposés à nous unir aux autres groupements professionnels pour la démarche auprès des pouvoirs publics, prévue au 4e alinéa de cet important ordre du jour.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Lesage a commencé vendredi 21 janvier, à deux heures, à l'Hôtel des Sociétés savantes, ses cours sur : « Le nourrisson, sa vie, ses maladies. »

Ces cours, qui n'ont rien de commun avec l'enseignement officiel, sont dus à l'initiative privée des médecins des hôpitaux.

Ils peuvent être considérés comme une sorte d'école de perfectionnement que les praticiens pourront fréquenter éventuellement avec fruit.

Avis. — Le Docteur I. Bosviel spécialiste nez, gorge, oreilles, 84. boul. St-Germain, Paris, chargé du rapport concernant l'admission des malades aisés dans les hôpitaux, à la prochaine assemblée générale du Syndicat des Oto-Rhino-Laryngologistes français, serait reconnaissant à ses confrères de médecine générale, possédant des documents inédits sur la question (au point de vue spécialité seulement), s'ils voulaient bien les lui transmettre dans un délai assez court.

Il leur adresse d'avance ses plus vifs remerciements.

Fabricants d'eaux minérales. — On sait que M. K..., marchand d'eaux minérales, était poursuivi, devant la 8e chambre sous l'inculpation de « tromperie sur la nature des quantités substantielles, la composition et la teneur en principes utiles ».

Il vient d'être condamné sévèrement par un jugement dans lequel nous relevons l'attendu suivant :

« Attendu qu'il est établi que K... a fait en 1907 et 1908, dans ses magasins, la consommation anormale de 2.948.000 litres d'eau de canalisation de Paris, et acheté, en 1907 et 1908, 661 tubes d'acide carbonique liquide de 10 kilos chacun, qu'en plus il a déclaré avoir fait venir des tubes d'acide carbonique de la source X., de Y. »

Attendu savoureux et qui nous laisse rêveurs ! Que d'eau de Vanne consommée de bonne foi sous le couvert d'étiquettes fallacieuses et de bouchons mensongers ! On ne saurait trop mettre le public en garde contre une si condamnable supercherie et l'engager à s'assurer dans la mesure du possible de l'authenticité des eaux de table qu'il consomme.

Exposition du IIIe congrès international de physiothérapie (Paris 29 mars-2 avril 1910). — La classe IV de l'Exposition du IIIe Congrès International de Physiothérapie, qui se tiendra à Paris du 29 mars au 2 avril prochain à la Faculté de Médecine, est réservée aux journaux et livres de thérapeutique physique, aux travaux, *radiographies*, dessins ou tracés.

Les Médecins qui désirent participer sont priés d'adresser le plus tôt possible l'indication exacte et la nature de leurs travaux au *Dr Albert Weil, directeur de l'exposition*, 21, rue d'Edimbourg à Paris. L'emplacement nécessaire est mis gratuitement à leur disposition s'ils sont membres du Congrès.

A l'école d'application du service du santé des troupes coloniales. — Un décret, en date du 12 janvier 1910, prescrit que dorénavant les docteurs admis à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales (Marseille) y entreront non comme aides-majors stagiaires, mais comme aides-majors de 2e classe. Ils prendront rang du 15 janvier.

C'est l'extension aux coloniaux d'une mesure équitable qui est appliquée depuis plusieurs années déjà aux métropolitains. On se demande vraiment pourquoi il a fallu attendre jusqu'en 1910 pour qu'il en soit ainsi.

La visite accessoire du médecin. — Un médecin qui soigne avec assiduité un malade au point de renouveler deux ou trois fois par jour ses visites et qui, au cours de ses consultations, donne en même temps ses soins à une personne faisant partie de la domesticité de son client, est-il en droit de réclamer des honoraires distincts ?

— Non, vient de juger le tribunal de la Seine que présidait M. de Saint-Prix.

« Attendu que du 17 janvier au 24 septembre 1907, le docteur C... a fait à son malade environ 600 visites au cours desquelles il a donné douze fois ses soins à la gouvernante, la dame Angèle, et examiné trois fois ses yeux.

« Qu'il est juste dans de telles conditions de considérer les soins et examens en question comme rentrant dans l'ensemble des visites dont ils ont été l'accessoire et de n'en pas tenir compte au point de vue honoraires.

« Qu'il échet d'opérer de ce chef une réduction sur la note. »

Voilà une décision pour le moins singulière et qui restera unique, espérons-le, dans les annales de la jurisprudence, à supposer qu'elle ne soit pas cassée par la Cour suprême. Elle dénote en tous cas, de la part de ce tribunal, une mentalité étrange et qui nous laisse rêveur... c'est tout ce que nous en voulons dire.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs Toulzac, de Versailles et Junien-Lavillauroy, de Cognac (Charente), Membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 8 Dimanche 20 FÉVRIER 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

L'Amicale 155
Propos du jour.
Au syndicat des médecins de la Seine. La démission de M. le Dr Marion 156
Neurologie
Séméiologie générale des troubles de l'appareil de la vision dans les maladies du système nerveux 157
Chirurgie orthopédique
Attitudes vicieuses et déformations de la coxalgie 159
La semaine médicale
L'abcès de fixation dans les broncho-pneumonies aiguës. — Les cautères et les cardiopathies chroniques. — La sérothérapie du rhumatisme articulaire aigu. — L'ingestion du corps thyroïde contre l'ectopie testiculaire 162
Revue des sociétés savantes
Orientation du traitement de la phtisie pulmonaire. — Arthrite sporotrichosique du genou. — Influence de la syphilis sur les lésions des vaisseaux. — Diagnostic des suppurations du labyrinthe 164
Formulaire raisonné
Les iodures de mercure. Le biiodure de mercure 165
Bactériologie
Un vaccin antigonococcique 166
Thérapeutique
Notes et impressions thérapeutiques sur le traitement de la septicité gastro-intestinale et des diarrhées infantiles 167
Chronique des accidents du travail.
Une modification désirable à la loi sur les accidents 168
Jurisprudence du Sou médical.
Le médecin traitant n'est pas l'employé de la Compagnie qui assure l'entreprise et son personnel 169
Correspondance
Fonctionnarisme et servilité médicale – Equivalence du diplôme. — Le tout compris dans les hôpitaux. —Un remède à l'encombrement 171
Législation médicale
Décret concernant les médecins des asiles d'aliénés 173
Bibliographie 175
Reportage médical 176
Nécrologie 176

L'AMICALE

Chers confrères,

Voulez-vous savoir où en est l'Amicale actuellement ?

Quelques chiffres vont vous éclairer :

Au 31 décembre 1909, nous étions 1473 membres, ainsi répartis :

1000	à la combinaison	A.
5	—	1/2 A.
458	—	B.
10	—	1/2 B.

Ajoutons que 137 membres étaient inscrits à C., un à 1/2 C et 12 à la nouvelle combinaison D.

Nous avons encaissé 136.779 fr. 75 de cotisations sur lesquelles nous avons reversé 28.150 fr. 50 à C et 3.000 fr. environ à la combinaison D.

Les intérêts produits par les valeurs de notre portefeuille se sont élevés à 9,701 fr.

Par contre, nous avons versé à 266 de nos sociétaires des indemnités s'élevant à 95.191 fr.45, représentant 6,225 journées à 10 fr. et 10,283 journées de chronicité. Notre portefeuille s'élève à 318.306 fr. et les espèces en banque à 13.000.

C'est dans ces conditions que nous avons abordé l'année 1910.

Cinquante nouveaux membres ont été admis en janvier, la combinaison C compte 156 membres et la combinaison D en compte 20.

Vous voyez que la situation justifie pleinement la confiance que nous avons dans notre caisse et que vous pouvez sans crainte faire des recrues nouvelles.

D'ailleurs le second trimestre se présente bien : votre secrétaire général a dû envoyer un nombre considérable de statuts, il a déjà en mains des dossiers complets, et votre trésorier, de son côté, a donné de nombreuses indications à des confrères qui, voyant arriver la cinquantaine, prennent leurs précautions en vue du passage à la combinaison C.

La combinaison D, bien que récente, commence à prendre faveur ; les médecins pensent à leurs femmes et à leurs enfants.

Enfin, la volumineuse correspondance que j'échange avec les sociétaires me montre surabondamment que les services rendus par l'Amicale sont hautement appréciés de tous. Les vœux formulés pour sa prospérité sont unanimes et les membres du Conseil d'administration ne sont pas oubliés, ce dont ils vous sont particulièrement reconnaissants.

Le Trésorier,
A. GASSOT.

PROPOS DU JOUR

Au Syndicat des Médecins de la Seine. La démission de M. le Dr Marion.

Le Conseil d'Administration du Syndicat des Médecins de la Seine a, dans sa séance du 5 février 1910, pris connaissance de la lettre suivante, adressée au secrétaire général par M. le Dr Marion, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux :

176, Bd St-Germain.

16 janvier.

Mon cher confrère,

Je vous adresse ma démission de membre du Syndicat des Médecins de la Seine; je la motive, du reste.

Il me paraît, en effet, absolument extraordinaire qu'un médecin qui a porté contre un de ses confrères des accusations de malhonnêteté (affaire X) reconnues depuis fausses, et pour lesquelles il fut condamné à une réparation et des dommages-intérêts, puisse être président du Syndicat.

Je me refuse absolument à être présidé par quelqu'un qui, devant nous donner plus que tout autre l'exemple de la bonne confraternité, commence par attaquer faussement l'honnêteté d'un confrère.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments très distingués,

G. MARION.

A la suite de la lecture de cette lettre, M. le Dr Vimont a proposé l'ordre du jour suivant, qui a été adopté à l'unanimité :

Le Conseil d'Administration du Syndicat des médecins de la Seine renouvelle toute sa sympathie à son Président, le Dr Noir, et lui adresse ses félicitations pour le souci qu'il a toujours eu de défendre la dignité morale et les intérêts professionnels de ses confrères, souvent au détriment de ses propres intérêts moraux et matériels.

Ne connaissant pas M. le Dr Marion, son opinion sur mes actes me laisserait totalement indifférent, car il y a beau temps que j'ai pris pour devise :

Je sais ce que je vaux et crois ce qu'on m'en dit.

Mais je dois quelques explications aux 1.500 membres du Syndicat des médecins de la Seine, dont je suis président cette année, et aux 8.300 praticiens affiliés à l'Union des Syndicats médicaux de France, dont je suis depuis 15 ans le secrétaire général. Ils ont le droit de savoir et j'ai le devoir de leur rappeler, si le fait annoncé en première page dans le Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux, leur a passé inaperçu, comment, au cours et à propos de mes fonctions syndicales, je suis devenu un repris de justice.

J'aurais préféré et cru plus correct d'attendre le résultat définitif du procès dont nous avons, Diverneresse et moi, interjeté appel; mais à l'exemple de Beaumarchais, j'ai horreur du « bruit léger rasant le sol comme l'hirondelle avant l'orage, qui *pianissimo*, murmure, file et sème en courant le trait empoisonné ». Je préfère arriver d'emblée « au cri général, au crescendo public, au chorus universel de haine et de proscription ».

C'est pourquoi je remercie bien sincèrement M. Marion de m'avoir fourni l'occasion de m'expliquer.

Secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, je suis en même temps rédacteur de son bulletin bimensuel. Comme dans ce bulletin on a toujours fait œuvre de défense professionnelle et non métier de diffamateur, j'ai tenu *et je tiens encore à en être le gérant responsable*.

Il m'eût été facile de m'abriter derrière un gérant comparse, mais je n'aime pas à me dérober; chacun place où il lui plaît son point d'honneur et sa coquetterie et, dût-on me traiter de Don Quichotte, je tiens à accepter la responsabilité de ce qui se publie au nom de notre Fédération.

Notre lutte professionnelle n'a pas eu lieu toujours contre des moulins à vent, ce que paraît ignorer M. Marion, et mes fonctions de gérant m'ont conduit deux fois en correctionnelle. Une première pour répondre d'un article émanant du Syndicat de Reims, qu'un personnage bien peu apprécié jugeait diffamatoire. Je fus acquitté.

La seconde fois, celle à laquelle fait allusion M. Marion, a donné lieu en correctionnelle à une condamnation et le procès est actuellement pendant devant la Cour d'appel. Voici le sujet du procès :

Diverneresse avait entrepris sa fameuse contre-enquête contre les agissements de certaines Compagnies d'assurances qui s'attaquaient à l'honneur des praticiens indépendants. Au cours de cette contre-enquête, dont les documents ont été publiés dans notre *Bulletin*, et dont les originaux, présentés à une commission sénatoriale, au ministre du travail, au ministre de la justice, à des magistrats éminents, ont

produit une certaine sensation, Diverneresse fut amené à signaler et à apprécier les actes de certains médecins d'assurances.

Il s'efforça de leur conserver l'anonymat, mais un de ces médecins se reconnut et nous fûmes poursuivis en diffamation par lui, Diververnesse comme auteur, et moi comme gérant responsable.

La loi sur la presse ne permet de faire la preuve des actes incriminés que lorsque la diffamation s'adresse à un fonctionnaire, à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, et le procès est alors jugé en Cour d'assises. Le médecin d'assurances qui se reconnut dans la contre-enquête de Diverneresse, bien qu'agrégé en mécine, n'était pas attaqué en tant que fonctionnaire et le tribunal le jugea suffisamment désigné et diffamé.

J'aurais pu, suivant un exemple que l'on retrouverait dans les annales du Syndicat des médecins de la Seine, faire des excuses comme gérant du *Bulletin*, abandonner Diverneresse à son sort et offrir volontairement sur la Caisse de l'Union un dédommagement à celui qui poursuivait.

Mais, n'en déplaise à M. Marion, cela n'est pas ma manière.

A la tête de nos Syndicats, nous sommes quelques-uns qui avons accepté des postes de combat, qui avons l'habitude de faire face à l'ennemi et qui ne craignons pas d'assumer les responsabilités complètes de la lutte.

Nous n'avons pas l'habitude de nous terrer en cas de danger et d'abandonner nos amis quand il y a des risques à courir.

Nous appelons cela l'esprit syndical. Si M. Marion n'admet pas ce genre de conduite, il a raison de démissionner ; en frappant à notre porte, il s'est trompé d'adresse, sa place n'est pas parmi nous.

J. Noir.

NEUROLOGIE

Séméiologie générale des troubles de l'appareil de la vision dans les maladies du système nerveux (1).

Par le Dr Ed. Kœnig,

Attaché au Laboratoire d'Ophtalmologie de la Salpêtrière.

Messieurs,

Il y a deux manières bien différentes de comprendre un cours fait à cette Ecole pratique.

L'une s'adresse à un auditoire composé d'étudiants et de jeunes médecins qui se proposent de faire de la pratique de l'oculistique, l'objet principal sinon exclusif de leur carrière. L'enseignement qu'ils réclament devra donc comprendre tout ce qui concerne l'anatomie, la physiologie, la pathologie de l'œil et de ses annexes, le diagnostic des affections oculaires, leur traitement médical ou chirurgical, en particulier la technique opératoire.

Il ne manque pas actuellement de ressources pour satisfaire ceux qui, dans ce vaste centre d'enseignement qu'est Paris, recherchent les moyens de s'instruire.

Indépendamment des traités et manuels parus en notre langue, nous avons à la Faculté de médecine une chaire de clinique où se dispense l'enseignement officiel des maladies des yeux.

A côté de cela, nous avons dans la plupart des hôpitaux ou en ville un nombre relativement considérable de cliniques dues à l'initiative privée, dirigées par des ophtalmologistes de valeur et où de nombreux étudiants ou médecins trouvent des occasions quotidiennes de s'initier à l'étude des maladies des yeux et de leur traitement, ou de s'y perfectionner.

On ne saurait méconnaître l'importance de l'œuvre accomplie par les cliniques particulières pour la vulgarisation de l'ophtalmologie en France, c'est là qu'il faut chercher la source du grand développement qu'elle a pris.

Autour de mon illustre Maître, Galezowski, se groupèrent de nombreux disciples venus de toutes les parties du monde, pour profiter de sa grande expérience.

De Wecker imposa sa notoriété par des ouvrages d'une remarquable érudition ; Parinaud fit à la Salpêtrière dans le service de Charcot et de Raymond d'intéressantes recherches. Je n'aurais garde d'oublier le Prof. Panas qui occupa avec éclat la première chaire officielle d'ophtalmologie. Je salue ici la mémoire de ces grands noms.

Vous ne serez donc pas surpris, Messieurs, de m'entendre dire qu'un enseignement complet ne pourrait trouver sa place dans un programme forcément restreint, parce que les moyens complémentaires indispensables feraient défaut.

L'autre méthode s'adresse autant, sinon plus, aux médecins déjà en exercice qu'aux étudiants, et elle s'adresse à l'universalité des praticiens. Elle s'inspire des rapports étroits et de plus en plus étendus qui se sont établis entre l'ophtalmologie, la pathologie générale, et surtout la pathologie nerveuse.

Pour ne citer qu'un exemple, disait Charcot, pourrait-on concevoir aujourd'hui l'existence de la neuropathologie privée du concours incessant de l'ophtalmologie, ou inversement, celle-ci se désintéressant des connaissances fournies par celle-là ?

L'identité de structure et d'origine de l'œil et du cerveau, de circulation sanguine et lymphatique a fait dire que l'œil est l'avant-garde de l'encéphale. L'ophtalmoscope ne nous montre-t-il pas la terminaison d'un nerf, d'une artère, d'une veine et ne nous rend-il pas ainsi témoins dans une certaine mesure de l'état du cerveau et de la circulation intra-cérébrale ?

1) Leçon d'ouverture d'un cours libre fait à la Faculté de Médecine de Paris.

Les gaines du nerf optique sont des prolongements des gaines de l'encéphale, dure-mère, arachnoïde, pie mère entourant le nerf optique comme elles entourent la substance cérébrale, et elles viennent se terminer autour de l'entrée du nerf optique dans l'œil ; les espaces périoptiques qu'elles circonscrivent, espaces arachnoïdien et sous-arachnoïdien, correspondent aux mêmes espaces qui entourent les centres. D'ailleurs ces espaces périoptiques et péricérébraux communiquent respectivement les uns avec les autres ; une injection poussée en un point quelconque du crâne ou même du canal rachidien dans l'espace arachnoïdien ou sous-arachnoïdien penche dans l'espace correspondant qui entoure le nerf optique et vient s'arrêter à la partie postérieure de la papille (1).

Les hydropisies des méninges amènent par conséquent de l'hydropisie des gaines du nerf optique ; on s'est basé sur cette continuité des espaces méningés et périoptiques pour établir une théorie de la stase papillaire (Manz, Dupuy-Dutemps)

Ainsi, l'œil peut être le témoin des altérations qui peuvent s'échelonner sur toute l'étendue de l'axe cérébro-spinal. On conçoit dès lors toute l'importance du rôle qui revient à l'examen de l'appareil de la vision pour le diagnostic des affections du système nerveux.

Aussi, parmi les nombreux laboratoires de la Salpêtrière, annexés à la chaire de Clinique des maladies nerveuses qu'occupe avec une grande autorité le Pr Raymond, celui de l'ophtalmologie a-t-il une place des plus importantes.

***

Quelque soit le milieu où il exerce, le médecin se trouvera souvent dans la nécessité d'être renseigné sur l'état de la fonction visuelle et des organes de la vue, s'il veut se faire une idée exacte de la nature et de la gravité de certaines maladies qui n'ont pas, du moins en apparence, de relations directes avec l'œil. C'est ainsi qu'on aura des appoints précieux pour formuler le diagnostic et le pronostic d'un grand nombre d'affections : maladies générales telles que l'artériosclérose, le diabète ; maladies des organes : brightisme, albuminurie ; maladies du système nerveux.

Dans la pratique on se trouve souvent en présence d'un syndrome oculaire commun à plusieurs affections et la sagacité du clinicien s'exercera à rechercher à quelle entité morbide il appartient.

Telle est, Messieurs, la seconde manière d'envisager un cours d'ophtalmologie pratique. Elle constituera donc le programme des conférenrences qui vont suivre. Autrement dit je me propose d'entreprendre l'étude encore toute récente de la sémiologie de l'œil dans les maladies du système nerveux.

Il me sera facile de vous donner une idée nette de l'importance de cette étude. Il me sufira pour cela de passer rapidement en revue un certain nombre d'exemples propres à mettre en lumière la valeur diagnostique et pronostique des résultats fournis par l'examen objectif et subjectif de l'appareil de la vision.

***

Abaissement de la paupière supérieure. — Supposons qu'on se trouve en présence de l'abaissement de la paupière supérieure.

Une telle manifestation aura une valeur très dissemblable suivant les cas. Un trouble de la réfraction, l'astigmatisme, l'amblyopie, la gêne occasionnée par la diplopie peuvent inciter le sujet observé à clore son œil pour l'exclure de la vision binoculaire et à produire un ptosis que je qualifierai de volontaire.

Les choses se passeront ainsi dans les cas de conjonctivite et de kératite, et le diagnostic ne pourra se faire qu'en relevant la paupière.

Ce ptosis volontaire, — cela va sans dire — a un pronostic bénin et réclame un traitement très simple.

La paupière reprendra sa position normale quand on aura corrigé l'astigmatisme, amélioré l'ambliopie, guéri l'affection aiguë de la cornée ou de la conjonctive, et la diplopie.

Ptosis vrai. — Il en est tout autrement du ptosis qui se présente chez un sujet n'ayant aucun de ces symptômes, et qui présente certains signes sur lesquels je retiendrai votre attention, c'est le ptosis vrai.

Globes oculaires. Exophtalmie. — Avant de les mentionner, je ne saurais oublier de vous signaler la *position* parfois *anormale* des *globes oculaires* dans l'orbite. Je veux parler de l'exophtalmie plus ou moins apparente. Il s'agira pour vous de déceler si ce symptôme dépend d'une cause pathologique et s'il est la manifestation d'une affection nerveuse.

Je n'énumérerai pas toutes les causes qui peuvent provoquer la propulsion et la saillie manifeste du globe de l'œil, elles sont nombreuses et bien différentes. Chacune d'elles se traduit par des signes déterminés sur la connaissance desquels vous vous baserez pour faire le diagnostic différentiel avec la maladie de Basedow.

Dans cette affection, en effet, l'exophtalmie peut être très prononcée, et les sujets qui en sont atteints présentent un faciès caractéristique, Mais il faut savoir qu'à côté de la forme classique bilatérale, il existe de formes frustes avec exophtalmie unilatérale ou même sans exophtalmie bien apparente que l'on ne peut déceler qu'en comparant l'ensemble des phénomènes.

Pupilles. — L'examen des globes oculaires nous amène à considérer l'état des *pupilles*. A l'état normal, les pupilles doivent être égales, se contracter quand un faisceau lumineux est projeté sur elles, et se dilater quand l'action de la lumière disparaît. Cette *excitation sensorielle*, partie de la rétine, passe par les nerfs optiques, les tubercules quadrijumeaux, se réfléchit sur

(1) Dr J. Galezowski.— Le fond de l'œil dans les affections du système nerveux. *Thèse de Paris* 1904.

les noyaux du moteur oculaire commun et revient par les filets moteurs sur le sphincter de la pupille qu'elle fait contracter.

Cette action s'exerce sur les deux pupilles simultanément, c'est ce que l'on désigne sous le nom de *réflexe consensuel*, c'est-à-dire que si l'on éclaire une pupille, l'autre se trouvant dans la pénombre, celle-ci réagit en même temps et avec la même énergie à l'état normal.

Mais cette réaction synergique ne peut se produire qu'à la faveur de l'intégrité des organes qui constituent la voie centripète et la voie centrifuge. Les altérations des divers points de l'arc réflexe entraînent des modifications du réflexe consensuel des pupilles que nous aurons l'occasion d'étudier en détail et nous verrons quelles indications on peut en tirer pour localiser une lésion.

Centres sensitifs. — Entre la voie centripète et la voie centrifuge se trouvent des centres *sensitifs* dont la lésion donne lieu au *signe d'Argyll-Robertson*: perte du réflexe lumineux, conservation du réflexe accommodateur. En clinique, ce signe a une grande valeur pour le diagnostic du tabès ou de la paralysie générale ; il coexiste avec l'irrégularité ou l'inégalité des pupilles : myosis ou mydriase. D'autre part, le signe d'Argyll n'est pas absolument spécial à ces deux maladies.

Sur le premier trajet même des voies optiques, on constate des lésions qui donnent lieu à des troubles pupillaires variés, mais leur valeur s'appuie surtout sur les troubles fonctionnels observés soit dans les atrophies des nerfs optiques, soit dans la compression ou la destruction des bandelettes ou du chiasma.

Troubles pupillaires dans les méningites. — Il est une autre variété de maladies du système nerveux où la recherche des troubles pupillaires peut fournir des indications précieuses. Je veux parler de la *méningite*. Généralement, dans les cas de phénomènes aigus, aux symptômes généraux s'associe une extrême sensibilité à la lumière, une étroitesse des pupilles (myosis spasmodique), la convergence exagérée des globes oculaires, la lenteur, l'incoordination de leurs mouvements, le nystagmus. Parfois aussi on observe la déviation conjuguée des yeux.

A ces manifestations d'ordre irritatif, succèdent des paralysies des nerfs de l'œil et d'autres nerfs craniens ; c'est l'oculo-moteur commun qui est particulièrement affecté et alors l'étroitesse des pupilles fait place à leur dilatation. La transformation du myosis en mydriase se fait ordinairement assez vite ; cela constitue jusqu'à un certain point un signe caractéristique de la méningite.

Signe d'Argyll. — En parlant du signe d'Argyll-Robertson aussi bien que des autres formes d'altérations pupillaires, je n'oublierai pas de vous mettre en garde contre les dangers d'un pronostic trop hâtif. Je sais bien qu'on a pu annoncer à une date plus ou moins éloignée le tabès ou la paralysie générale, et cela est vrai dans la grande majorité des cas.

Mais le signe d'Argyll peut être un épisode unique dans la production d'accidents cérébraux spécifiques et se rencontre ailleurs, comme je le disais.

On évitera ainsi des erreurs en attribuant toujours certaines manifestations pupillaires — principalement l'inégalité — au tabès et à la paralysie générale, tandis qu'elles s'observent dans d'autres circonstances pathologiques. On rencontre le signe d'Argyll unilatéral dans la syringomyélie, dans les lésions de la protubérance et des deux côtés dans la poliomyélite chronique (Déjérine), l'atrophie musculaire progressive. Je l'ai, pour ma part, constaté quelquefois dans la sclérose en plaques, mais c'est un fait exceptionnel.

Il faut savoir aussi que des modifications pupillaires peuvent être sous la dépendance d'une compression unilatérale du grand sympathique au cou, dans le thorax, par une tumeur ou par un paquet ganglionnaire engorgé. Le chose n'est pas rare chez les enfants strumeux, dans la coqueluche, dans la tuberculose. On relève aussi, comme nous le verrons, des signes pupillaires dans certaines névroses, on en trouve même qui n'ont pas de signification pathologique et qui ne seront jamais suivis d'accidents graves ; chez les personnes nerveuses il existe souvent des *mydriases spasmodiques* passagères, mais dans ces cas le *réflexe lumineux* qui est généralement conservé permettra de trancher la difficulté.

(*A suivre.*)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Attitudes vicieuses et déformations de la coxalgie,

Par le Dr F. Chabrut.

Les attitudes vicieuses au début de la coxalgie confirmée sont : la *flexion*, l'*abduction* et la *rotation en dehors*. L'*ensellure lombaire*, la *scoliose* et l'*allongement apparent* sont les déformations compensatrices qui en résultent et qui frappent à la fois l'entourage du malade et le médecin. Voici quelle est la physiologie de ces attitudes et déformations :

La hanche, comme toute articulation, a deux attitudes extrêmes également normales : celle qui assure le contact intime de ses surfaces articulaires, et qu'on pourrait appeler l'attitude active, commandée par l'effort musculaire, et celle qui amène leur écartement, ou du moins qui en diminue la cohésion, attitude passive et de résolution, attitude de repos pendant laquelle les ligaments sont relâchés et la somme d'action des muscles antagonistes réduite au minimum, sans jamais toutefois être nulle à cause de cet antagonisme même. C'est l'attitude des articulations

qui souffrent, c'est celle en particulier de l'articulation coxo-fémorale, qu'elle soit atteinte d'une phlegmasie banale ou de tuberculose, que la lésion soit d'ailleurs intra ou extra-articulaire osseuse ou des parties molles, pourvu qu'elle soit au moins assez intimement juxta-articulaire pour ressentir l'effet de l'action musculaire voisine et de la pression qui en résulte.

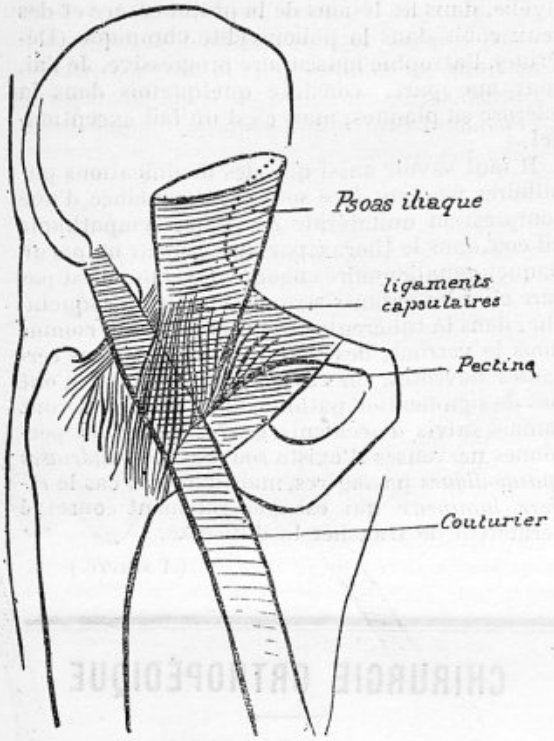


FIG. 1

Or le simple examen d'une articulation de la hanche chez un sujet normal, en station verticale, en montre le resserrement évident par torsion interne des faisceaux capsulaires et fait deviner la pression de toutes les parties molles autour des deux surfaces par la quasi-rigidité indispensable à cette attitude. Et s'il est vrai que toute réaction inflammatoire s'accompagne de gonflement, si minime soit-il, on comprend qu'il ne lui soit laissé en cette attitude aucune place pour se produire, et le membre, obéissant aux lois de l'équilibre, se met en position de relâchement articulaire en détruisant par un mouvement inverse la torsion évidente des ligaments et de la capsule, et aussi des muscles antéro-internes qui enserrent l'article comme un garrot et qui semblent avoir été entraînés à l'origine, comme les ligaments capsulaires eux-mêmes, dans une sorte d'enroulement en dedans imposé par le redressement d'un membre primitivement en flexion, abduction et rotation en dehors, c'est-à-dire en attitude simienne. Ainsi le membre atteint se met en repos par le retour à une attitude qui paraît avoir précédé l'attitude normale actuelle

Les figures 1 et 2 en donnent une démonstration évidente.

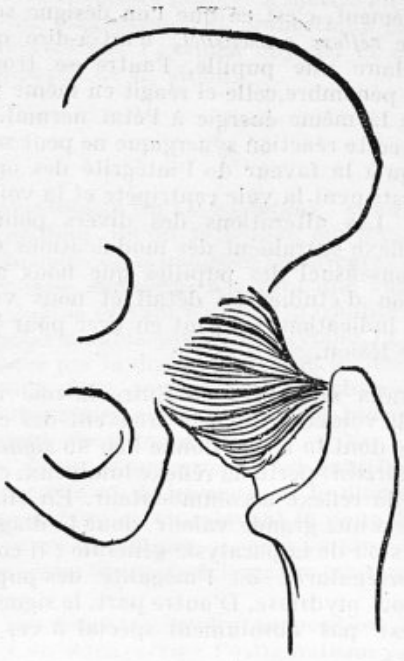


FIG. 2

Mais ce retour aux formes ancestrales, si imprévu et si curieux chez un malade, pour être temporaire, n'en est pas moins gênant, et le malade cherche, d'instinct cette fois et non pour vaincre sa douleur, à accommoder sa nouvelle attitude, attitude forcée, la station verticale que l'éducation lui a rendue indispensable à l'accomplissement de ses fonctions de relation dont la marche vient en premier lieu pour le membre inférieur. Et comme il ne peut modifier son attitude de repos articulaire, il immobilise par contraction d'abord, puis par rétraction musculaire et ligamenteuse, l'articulation atteinte, et il appelle à son secours pour un redressement factice les mouvements antagonistes et la souplesse de ses articulations dorso-lombaires. Il corrige la flexion de la cuisse par l'inclinaison en avant de ce côté du bassin, et l'*ensellure lombaire*, l'abduction par l'abaissement latéral du bassin et la *scoliose* à convexité du côté de la lésion, et enfin la rotation en dehors par une *torsion* de la région dorso-lombaire elle-même et la projection du bassin en avant. De cette inclinaison et de cet abaissement du bassin du côté de la lésion résulte l'*allongement apparent du membre* et l'*attitude hanchée* du coxalgique. Ainsi se trouvent facilement expliquées les attitudes vicieuses de la coxalgie au début. Les figures suivantes donnent séparément et pour chacun de ces mouvements les attitudes avant et après correction, et en rendent le mécanisme facile à comprendre.

La figure 3 donne le mouvement de flexion, mouvement de défense articulaire. La figure 4, le mouvement de redressement par ensellure lombaire, mouvement et attitude de compensation.

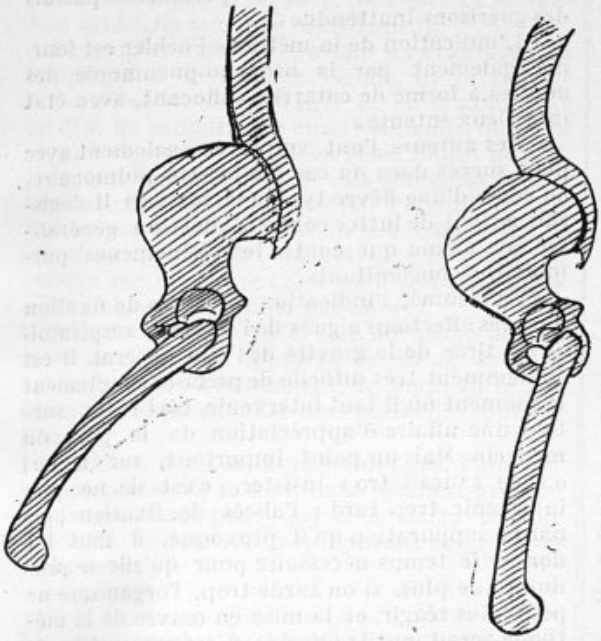


Fig. 3 Fig. 4

La figure 5 donne le mouvement d'abduction, autre mouvement de défense articulaire. La figure 6, le mouvement de redressement par abaissement latéral du bassin et scoliose, deuxième attitude

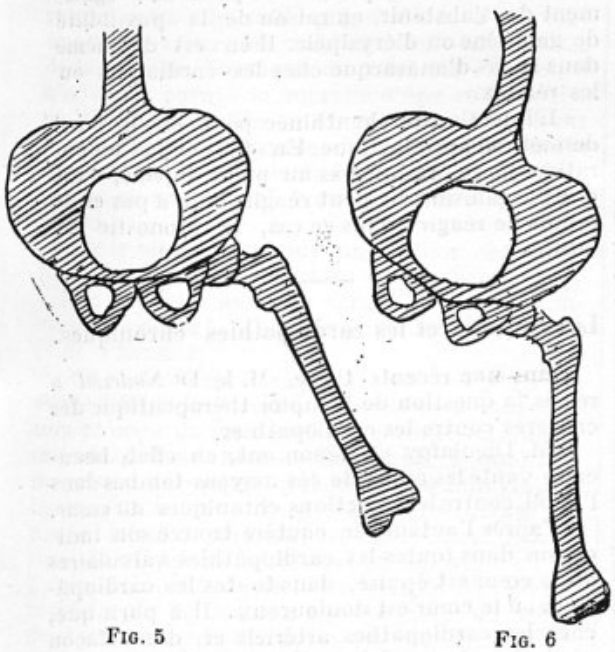


Fig. 5 Fig. 6

de compensation. Enfin, on comprend que la rotation en dehors soit de même corrigée par une torsion inverse de la colonne vertébrale.

La proéminence de l'épine iliaque antéro-supérieure, l'abaissement du pli fessier sont des corollaires évidents des mouvements du bassin et de la raideur de l'articulation en flexion.

La seconde période des attitudes vicieuses contemporaine des destructions osseuses donne lieu à une attitude inverse déterminée cette fois, le plus souvent, par les lésions elles-mêmes et que le malade ne cherche pas à corriger n'ayant pas le plus souvent la possibilité d'une station debout utile. Il n'y a donc pas, ordinairement, de déformations secondaires, c'est-à-dire d'attitude de compensation comme dans la première période. Cependant il peut en exister au début de cette seconde période.

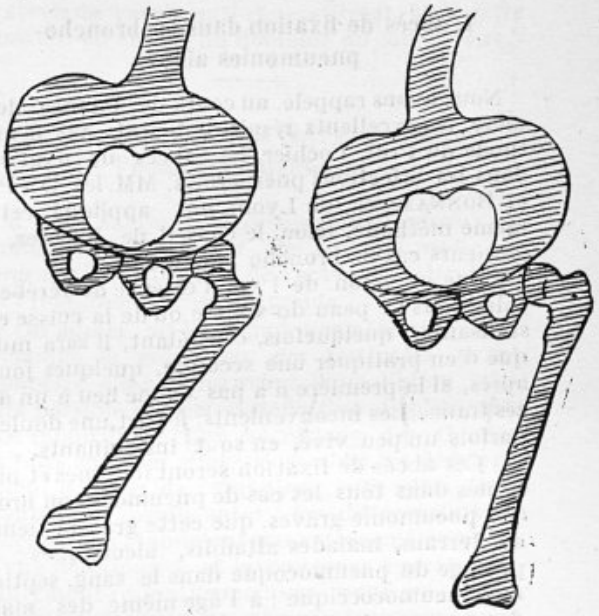


Fig. 7 F.g. 8

L'attitude à cette période confirmée des destructions osseuses est donc, le plus souvent, la *flexion* qui était déjà définitive et commandée par la rétraction périarticulaire à la fin de la période précédente et que les lésions osseuse, maintenant établies, n'ont pas de raison de modifier. Mais l'*adduction* a remplacé l'abduction. Elle est commandée par l'usure de la tête et sa progression incessante vers le bord supérieur et externe du sourcil cotyloïdien qui cède le premier, et livre passage à une *luxation iliaque*, la plus fréquente de toutes. La *rotation en dedans*, qui a remplacé la rotation en dehors, a la même signification de destruction osseuse que l'abduction. De ces deux attitudes: adduction et rotation en dedans, résulte *un raccourcissement réel* qui a remplacé l'allongement apparent. Cependant, il est facile de comprendre, et il peut arriver que le raccourcissement soit apparent, quand la destruction osseuse est peu prononcée et que le malade cherche comme précédemment la direction verticale de la

✦✦

jambe par les attitudes de compensation du bassin, qui sont l'inclinaison pour remédier à la flexion, mais surtout l'élévation latérale et la scoliose à convexité opposée à la lésion pour remédier à l'adduction. Les figures 7 et 8 en donnent l'explication. Mais le plus souvent, à cette période, l'attitude vicieuse est une attitude passive de déplacement osseux par destruction simple ou compliquée, de luxation, et dans ce dernier cas, chaque luxation donne lieu aux signes qui lui sont propres.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'abcès de fixation dans les broncho-pneumonies aiguës

Nous avons rappelé, au cours de l'année dernière, les excellents résultats fournis par la méthode du Prof. Fochier, les abcès de fixation, dans les affections puerpérales. MM. les Ds Pic et Bonnamour, de Lyon, ont appliqué cette même méthode, selon le conseil de Fochier, à plusieurs cas de broncho pneumonie.

« Une injection de 1 cc. d'essence de térébenthine sous la peau du ventre ou de la cuisse est suffisante ; quelquefois, cependant, il sera indiqué d'en pratiquer une seconde, quelques jours après, si la première n'a pas donné lieu à un abcès franc. Les inconvénients, à part une douleur parfois un peu vive, en sont insignifiants.

« Ces abcès de fixation seront indiqués et pratiqués dans tous les cas de pneumonie ou broncho-pneumonie graves, que cette gravité tienne au terrain, malades affaiblis, alcooliques ; au passage du pneumocoque dans le sang, septicémie pneumococcique ; à l'âge même des malades, pneumonie et broncho-pneumonie des vieillards.

« La pneumonie, ordinairement bénigne chez l'enfant, est grave chez l'adulte, lorsque son organisme est affaibli par une maladie antérieure, un accouchement ou l'alcoolisme. Dans ces cas, lorsque l'état général est d'emblée très grave, indépendamment des médicaments toniques et de la surveillance du myocarde, on est toujours autorisé à pratiquer un abcès de fixation.

« Que la pneumonie prenne d'emblée les allures d'une septicémie, ou que cette septicémie soit consécutive à des congestions pulmonaires, le premier traitement à essayer pour enrayer l'infection sera de pratiquer un abcès de fixation.

« Lorsqu'au cours d'une pneumonie à allures franches au début, on a des raisons de redouter le passage à l'hépatisation grise, par suite de la recrudescence de la fièvre, de l'augmentation du point de côté, et surtout par l'apparition de crachats jus de pruneaux, pour tâcher d'arrêter ce processus suppuratif et ses conséquences, on pourra essayer, quelquefois utilement, la méthode de Fochier.

« Enfin, on sait la gravité incontestable des affections broncho-pulmonaires aiguës — pneumonie ou broncho-pneumonie — chez les vieillards. C'est, dans ces cas, contrairement à certains auteurs, qui avaient prétendu que l'âge était une contre-indication, que l'abcès de fixation rendra des services et permettra parfois des guérisons inattendues.

« L'indication de la méthode Fochier est fournie également par la broncho-pneumonie des adultes, à forme de catarrhe suffocant, avec état infectieux intense.

« Les auteurs l'ont employée également avec plein succès dans un cas d'infarctus pulmonaire, au cours d'une fièvre typhoïde, mais ici il s'agissait autant de lutter contre l'infection généralisée elle même que contre les phénomènes pulmonaires concomitants.

« En résumé, l'indication des abcès de fixation dans les affections aiguës de l'appareil respiratoire est tirée de la gravité de l'état général. Il est évidemment très difficile de préciser exactement le moment où il faut intervenir, ceci étant surtout une affaire d'appréciation de la part du médecin. Mais un point important, sur lequel on ne saurait trop insister, c'est de ne pas intervenir trop tard ; l'abcès de fixation agit par la suppuration qu'il provoque, il faut lui donner le temps nécessaire pour qu'elle se produise ; de plus, si on tarde trop, l'organisme ne peut plus réagir, et la mise en œuvre de la méthode serait inutile (Mossé). C'est souvent parce qu'on a trop tardé que la méthode s'est montrée infidèle. »

Les abcès de fixation ne doivent pas être employés chez les enfants au-de sous de cinq ans.

« Chez les diabétiques, il est préférable également de s'abstenir, en raison de la possibilité de gangrène ou d'érysipèle. Il en est de même dans le cas d'anasarque chez les cardiaques ou les rénaux.

« L'injection térébenthinée peut servir aussi de méthode pronostique. En effet, si la suppuration ne se produit pas au point injecté, c'est que l'organisme ne peut réagir, ou n'a pas eu le temps de réagir ; dans ce cas, le pronostic est fatal. »

Les cautères et les cardiopathies chroniques.

Dans une récente thèse, M. le Dr *Nodenot* a repris la question de l'emploi thérapeutique des cautères contre les cardiopathies.

MM. Dieulafoy et Rénon ont, en effet, beaucoup vanté les effets de ces moyens tombés dans l'oubli, contre les affections chroniques du cœur.

D'après l'auteur, le cautère trouve son indication dans toutes les cardiopathies valvulaires où le cœur est épuisé, dans toutes les cardiopathies où le cœur est douloureux. Il a paru que, chez les cardiopathes artériels et, d'une façon générale, chaque fois qu'on applique un cautère pour calmer des phénomènes douloureux (cœurs névropathiques, par exemple), l'action du cau-

tère s'adressait uniquement au symptôme douleur; le pouls et la tension artérielle étaient peu modifiés. Au contraire, dans les cardiopathies valvulaires (insuffisance mitrale surtout) le pouls devient plus régulier, plus fort et la tension artérielle remonte notablement.

Pour obtenir du cautère tous ses avantages, on l'applique à la Pâte de Vienne, de la largeur d'une pièce de deux francs et on le maintient en état de suppuration aussi longtemps qu'on le juge nécessaire. D'une façon générale, on ne prolonge pas sa durée plus de six semaines à deux mois, car l'habitude acquise par l'organisme entraîne une diminution dans ses effets. Il y a avantage, pense M. Nodenot, à n'employer le cautère sur un même sujet qu'à des intervalles assez éloignés (six mois, une année).

Il faut remarquer enfin que beaucoup de malades savent si bien apprécier l'avantage de cette médication qu'ils reviennent, de temps en temps d'eux-mêmes, demander une nouvelle application.

D'ailleurs, dans la majorité des cas, l'amélioration du malade se maintient pendant une assez longue durée pour que le médecin ne soit pas tenté de réitérer trop souvent ce genre de traitement.

La sérothérapie du rhumatisme articulaire aigu

A la Société médicale de l'Elysée, M. le Dr G. *Rosenthal* a fait une communication sur la sérothérapie du rhumatisme aigu.

« Tout d'abord, dit l'auteur, le salicylate de soude, cette admirable préparation, a surtout une action contre les manifestations articulaires de la maladie. Héroïque dans les cas simples, il n'a jamais enrayé la marche d'une endocardite ou d'une péricardite en cours d'évolution; il est même mal toléré dans le rhumatisme cérébral ! Ce sont là des faits bien mis en lumière par Jaccoud, et récemment encore affirmés par Baginski.

« Or le sérum a surtout une action contre les manifestations viscérales du rhumatisme. »

Il est préparé avec du sérum de chevaux immunisés contre la bactérie anaérobie d'*Achalme* et de *Thiroloix*.

« Ce sérum doit-il s'opposer au salicylate de soude ? Ici, il faut séparer les cas de démonstration et ceux de pratique. Le sérum seul jugule une attaque de rhumatisme; mais à quoi bon se priver des effets puissants du salicylate ? Dans certains cas le traitement séro-thérapique pur a laissé reparaître un mouvement fébrile secondaire qu'une faible dose de salicylate ou de pyramidon peut juguler. Ces faits de reprise secondaire de la maladie ont été notés au début de toutes les sérothérapies, en particulier récemment dans le traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique.

« Quelle posologie faut-il suivre ?

« 60 cc. de sérum R, en 3 injections ;

« 8 gr. de salicylate de soude ;

« 5 cc. d'électrargol (car les métaux colloïdes n'agissent dans le rhumatisme, comme on l'a démontré expérimentalement, qu'à haute dose) ;

« Les jours suivants : 20 cc. de sérum.

« 8 grammes de salicylate de soude, jusqu'à guérison.

« Demi-doses dans les cas simples. Avoir soin de donner aux malades 2 gr. de chlorure de calcium *pro die*, pour éviter les accidents sériques.

« La sédation des phénomènes est remarquable. L'auteur a vu l'albumine disparaître en quelques heures, et des malades lire leur journal tranquillement dans leur lit, 24 heures après la première injection.

« En dehors des attaques, il peut être utile de se servir du vaccin anti-rhumatismal. Mais cette question est encore du domaine du laboratoire. »

L'ingestion de corps thyroïde contre l'ectopie testiculaire.

M. le Dr Jacques Bonnes, de Bordeaux, a étudié dans la *Gaz. hebd. des Sciences médic. de Bordeaux* la médication de l'ectopie testiculaire par l'ingestion de corps thyroïde.

« On admet, dit-il, comme une nécessité physiologique la migration des testicules avant la puberté, c'est-à-dire avant l'installation toujours possible et parfois définitive de phénomènes d'infantilisme. Les sécrétions des glandes génitales sont, en effet, nécessaires au développement complet de l'organisme. Si elles sont absentes ou insuffisantes, les différenciations sexuelles ne s'établissent pas nettement, au point de vue fonctionnel, et la croissance s'arrête prématurément (infantilisme avec nanisme, type Lorrain) ou s'exagère de même (infantilisme avec obésité et gigantisme comme chez les eunuques.) Le fait de l'ectopie testiculaire entraîne, de plus, la possibilité de hernies graves, de complications infectieuses péritonéales ou de transformations néoplasiques.

« En dehors de tout symptôme d'insuffisance thyroïdienne, il est indispensable de tenter la médication opothérapique. Le traitement bien conduit est absolument sans danger, car la dose nécessaire est généralement très minime.

« Si le corps thyroïde agit de façon insuffisante, le recours à une intervention chirurgicale sera toujours possible. Mais, et là l'auteur généralise le conseil d'Apert : « Avant de livrer au chirurgien un cryptorchide menacé de rester toute sa vie une manière d'eunuque, il faudra essayer si la médication thyroïdienne, suffisamment prolongée, n'amènera pas la descente spontanée des testicules. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Orientation du traitement de la phtisie pulmonaire. — Arthrite sporotrichosique du genou. — Influence de la syphilis sur les lésions des vaisseaux. — Diagnostic des suppurations du labyrinthe.

M. Albert Robin présente à l'*Académie de médecine* quelques considérations générales sur le *traitement de la tuberculose pulmonaire*. Pour M. Robin, le traitement actuel de la phtisie peut tirer des indications des connaissances nouvellement acquises sur ce qu'est le « terrain tuberculisé ». Le défaut fondamental de ce terrain tuberculisé ou tuberculisable est son état de déminéralisation. Il convient donc de prescrire une médication antidéperditrice et reminéralisatrice. Ce n'est pas chose aussi simple qu'elle le paraît. On ne reminéralise pas, en effet, par le simple apport de principes médicamenteux que l'organisme ne fixe pas plus qu'il ne retient ses propres éléments minéraux de constitution. Il faut tourner la difficulté, s'il est possible.

Pour faire assimiler les principes minéraux, on doit améliorer les fonctions de l'intestin et l'activité hépatique. C'est ici qu'apparaît l'un des inconvénients du repos absolu, cette première partie de la triade jadis intangible de la cure sanatoriale. Un exercice modéré est utile. En outre, on pourra faire prendre la chaux, la magnésie, le fer, de préférence sous forme alimentaire. On traitera également l'hyperacidité funeste au terrain tuberculeux. On supprimera les aliments acides (sauf à titre de condiments chez les individus dénués d'appétit) et les produits engendrant des acides au cours de leur évolution intra-organique. L'excès d'aliments animaux, l'excès de pain lui même, étant déminéralisateurs, on luttera contre la pratique fâcheuse de la suralimentation des phtisiques par la viande et surtout par les œufs. On remplacera quelquefois le pain en partie par des pommes de terre dont les cendres sont alcalines. Comme médicaments, les arsenicaux ont une action antidéminéralisatrice qui se manifeste déjà à doses minimes. L'huile de foie de morue en quantité modérée jouit de semblable propriété.

L'auteur se borne, pour le moment, à signaler simplement ces quelques principes généraux de la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, se réservant d'y revenir plus tard. Il conseille encore une antisepsie directe des voies respiratoires au moyen d'inhalations d'iodure d'allyle et d'acide hydrofluosilicique, deux produits très antiseptiques, émulsionnés dans de la décoction de lichen carragheen.

— M. P. Moure a observé un cas d'*arthrite sporotrichosique* du genou, qu'il signale à la *Société médicale des hôpitaux*. Chez ce malade, l'hydarthrose fut le premier symptôme de l'affection. L'hydarthrose en question, de forme « idiopathique », fut considérée et traitée dans un service de médecine comme étant de nature syphilitique. On prescrivit le sirop de Gibert et celui-ci ayant amélioré la lésion, le diagnostic d'hydarthrose syphilitique n'en fut que plus ferme.

Continuant à évoluer, la sporotrichose donna des gommes rotuliennes et tibiales. L'une d'elles produisit un véritable abcès froid ossifluent et le malade, considéré une première fois comme syphilitique, fut alors considéré comme tuberculeux. C'est seulement lorsque l'abcès ossifluent tibial fut fistulisé à la peau que le sporotrichum envahit les lymphatiques, semant sur leur trajet vingt-huit gommes sous cutanées. La présence de ces gommes orienta le diagnostic dans le sens de la sporotrichose. L'arthrite, traitée par l'iodure de potassium seul, guérit complètement.

— M. le prof. Bouchard expose à la *Société médicale du Louvre* le résultat de ses recherches relatives à l'*influence de la syphilis sur les lésions des vaisseaux*.

Sur 4.000 malades, M. Bouchard a noté 261 fois la syphilis. C'étaient des malades qui ne consultaient pas pour la syphilis. Trente-huit d'entre eux étaient atteints de lésions aortiques (27 insuffisances ou rétrécissements, 8 anévrysmes, etc.) Trente-huit aortiques sur 261 syphilitiques font une proportion de 15 pour cent. Cela ne veut pas dire que sur 100 syphilitiques il y en a 15 qui souffrent d'affections aortiques. Mais sur 100 malades chroniques qui sont en même temps affectés de syphilis, on découvre 15 fois des lésions des gros vaisseaux.

L'auteur croit que ces lésions des gros vaisseaux sont, dans la plupart des cas, de nature spécifique. Le traitement mercuriel les influence, en effet, favorablement. Sur les 38, la guérison ou l'amélioration notable a été obtenue dans huit cas, au moyen d'injections de biiodure pratiquées sur les côtés du sternum, ou plus souvent (ces injections étant douloureuses) de frictions mercurielles faites de préférence à la région sternale.

— A la *Société de l'Internat*, à propos d'un cas, observé par M. Luc, de labyrinthite aiguë méconnue ayant entraîné la mort. M. Hautant lit un travail sur les procédés d'exploration, de diagnostic et de traitement des *suppurations labyrinthiques*.

Il semble qu'il soit très simple d'interroger l'oreille interne. Une affection du labyrinthe doit se traduire par de la surdité complète du côté atteint. En pratique, la question est plus embarrassante, l'oreille saine intervenant à titre de suppléance : grâce à cette suppléance, le malade semble entendre un peu par son oreille détruite.

Pour surmonter la difficulté, on s'est souvenu qu'il n'y avait pas un, mais deux organes dans le labyrinthe : le limaçon, appareil de perception des sons, et le vestibule joint aux canaux semi-circulaires, qui forment — on l'admet depuis les travaux de Cyon — la portion périphérique du sens de l'espace ou sens de l'orientation. Les canaux semi-circulaires sont surtout

impressionnés par les mouvements de rotation : si on les excite expérimentalement, on provoque un vertige ; inversement, quand on place un sujet analabyrinthique sur un fauteuil tournant mis en mouvement, il est impossible de déterminer chez ce malade la plus petite sensation vertigineuse.

D'autre part, les canaux semi-circulaires sont reliés avec les appareils voisins et en particulier avec les noyaux oculo-moteurs. Ce dernier lien sert précisément de base aux nouvelles méthodes d'examen du labyrinthe. Si l'on excite les canaux semi-circulaires, l'excitation se transmet par un arc réflexe aux nerfs oculo-moteurs et les globes oculaires répondent par des mouvements rythmiques, sorte de *nystagmus vestibulaire provoqué*. Le réflexe positif indique le bon fonctionnement des canaux semi-circulaires. Le réflexe négatif indique une destruction des canaux semi-circulaires (sauf lésion de l'arc réflexe lui même).

Cliniquement, on peut interroger les canaux semi-circulaires de différentes façons. On peut se servir du refroidissement de la caisse par l'eau froide. A l'aide d'un bock à injection placé à 50 centimètres de hauteur, on fait circuler de l'eau à 25 degrés dans le conduit auditif externe pendant 45 secondes. Le malade regardant vers l'oreille opposée, le nystagmus apparaît, au cas positif, et dure 2 à 3 minutes.

Le diagnostic de lésion du labyrinthe étant posé, le traitement, s'il s'agit de suppuration, d'otorrhée, consistera en intervention chirurgicale avec trépanation du labyrinthe.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Les iodures de mercure. — Le biiodure de mercure ;

Par le Dr André Lombard.

Celui-ci est peu soluble dans l'eau, plus soluble dans les corps gras (0 gr. 40 % dans l'huile d'olives ou d'amandes douces — 1 gr. 20 dans l'huile d'œillette — 1 gr. 30 dans l'huile de noix — 2 gr. dans l'huile de ricin), mais très soluble dans les solutions d'iodures alcalins. Il constitue la base du *sirop de Gibert* :

Biiodure de mercure	1 gr.
Iodure de potassium	50 gr.
Eau	50 gr.
Sirop simple	2400 gr.

dont 25 gr. contiennent un centigr. de biiodure et 0 gr. 50 d'iodure de potassium ; c'est un médicament peu actif à cette dose ; il ne figurait pas au Codex, mais on a inscrit au Codex 1908 la formule suivante :

Biiodure de mercure	1 gr.
Iodure de potassium	50 gr.
Eau distillée	50 gr.
Sirop	1900 gr.

plus active, puisque la même dose des substances utiles est contenue dans 20 gr. de sirop. On peut faire avaler aux enfants un tiers de cuillerée à café par année d'âge, et même une demi-cuillerée ; mais il vaut mieux l'incorporer à une potion que le donner pur.

M. Pinard conseille plutôt la formule suivante :

Biiodure d'hydrargyre	0 gr. 10
Iodure de potassium	10 gr.
Eau distillée	300 gr.

dont il fait avaler une cuillerée à soupe matin et soir d'abord au père, six mois avant la fécondation, puis à la femme enceinte, pendant la durée de la grossesse — sauf quelques interruptions utiles — quand ceux-ci ont eu la syphilis.

M. A. Robin prescrit dans la syphilis — dans certains cas — deux cuillerées à soupe par jour du sirop suivant :

Biiodure de mercure	0 gr. 20
Iodure de potassium	20 gr.
Eau distillée	20 gr.
Sirop de pensées sauvages	160 gr.
Sirop simple	200 gr.

De même que le protoiodure, le biiodure ne doit pas être prescrit en même temps que les carbonates et les bromures alcalins. Administré par la voie gastrique, il fatigue parfois rapidement le tube digestif. Malgré cet inconvénient, il constitue la médication de choix et « celle que nous réservons de préférence pour les manifestations particulièrement graves et tenaces de la syphilis » (Emery et Chatin), mais à la condition de l'utiliser par une autre voie.

On emploie alors non pas les injections sous-cutanées, mais les injections intra-musculaires. Pour un autre usage, on pourrait faciliter la dissolution du sel par l'addition d'alcool ; on se sert de l'iodure de sodium. On peut formuler ainsi une infection aqueuse (Leredde) :

Biiodure de mercure	0 gr. 20
Iodure de sodium	0 gr. 20
Eau distillée q.s.p.	10 cc.

dont on injectera quotidiennement 1 cc. soit deux centigr. ou 2 cc. dans les syphilis graves. On peut formuler aussi :

Biiodure de mercure	0 gr. 50
Iodure de sodium	0 gr. 50
Eau distillée q.s.p.	50 cc.

dont un cmc. contient un centigr. de sel.

Pour rendre cette solution isotonique au sérum, on pourrait l'additionner de chlorure de sodium (0 gr. 75 %) (Emery et Chatin) ; mais cette addition ne lui confère aucun avantage.

On peut injecter, pour un traitement ordinaire, deux à trois centigr. de biiodure pendant 20 à 25 jours consécutifs ; mais ce ne sont pas des doses maxima. Cette solution aqueuse, rapidement miscible au sérum sanguin, présente tous les avantages de rapidité d'absorption et d'éli-

mination des sels solubles ; elle est, en outre, de préparation facile et de conservation certaine à l'abri de la lumière.

Mais il y a, entre les injections de sels solubles et celles de sels insolubles, un rang intermédiaire occupé par les injections huileuses de biiodure, lesquelles sont plus lentement absorbées que les préparations aqueuses (Lafay). C'est précisément l'excipient huileux que reproche le Prof. Gaucher ; en outre, cette injection huileuse occasionne des nodosités douloureuses, et souvent une douleur plus prolongée que les solutions aqueuses. Malgré ces inconvénients, elle semble parfois plus active que l'injection du même sel en solution dans l'eau. La formule de Panas est la suivante :

Biiodure de mercure	**0 gr. 40**
Huile d'olives pure stérilisée	**100 cc.**

dont 1 cc. contient quatre milligr. de sel. On peut lui reprocher la dose trop faible ou la nécessité d'injecter trop d'huile. M. Lafay a tourné cette difficulté en proposant une solution à 1 % dans l'huile de noix récente. Celle-ci est stable ; mais, d'une façon générale, toutes les solutions de biiodure doivent être conservées à l'abri de la lumière et dans des flacons jaunes.

On a peu utilisé l'huile biiodurée en thérapeutique infantile ; on peut, à cet usage, modifier *ainsi la formule de Panas (Gillet).*

Biiodure de mercure	**0 gr. 002**
Huile d'olives stérilisée	**1 cc.**

et en injecter un quart de cmc. par année d'âge jusqu'à 4 ans ; mais il vaut mieux se servir, comme l'ont fait MM. Lévy-Bing et Schwab, d'une formule qui n'a jamais amené de réaction locale ni paru faire souffrir les enfants :

Biiodure d'hydrargyre	**0 gr. 05**
Iodure de sodium	**0 gr. 05**
Eau distillée q. s. p.	**10 gr.**

dont 1 cmc. correspond à cinq milligr. de biiodure. Ces auteurs conseillent l'injection de deux tiers de milligr. de biiodure par jour et par kilogramme ; la dose d'un milligr. pouvant être exceptionnellement atteinte, pour quelques jours, dans les cas graves et urgents.

Ainsi modifiée :

Biiodure d'hydrargyre	**0 gr. 05**
Iodure de potassium	**0 gr. 02**
Eau distillée	**10 c.c.**

cette formule serait peut-être encore plus aisément supportée par les tissus.

BACTÉRIOLOGIE

Un vaccin antigonococcique.

Ce vaccin antigonococcique a été employé récemment par Loton (*British med. Journal*, février 1902), dans le traitement de la blennorrhagie chronique. L'auteur a injecté sous le derme des doses connues de gonocoques tués dans quelques cas de gonorrhée invétérée, et il s'en est bien trouvé.

L'injection est peu douloureuse, surtout chez les malades de tempérament calme ; chez les nerveux l'impression produite est désagréable. Il vaut toujours mieux la pratiquer le soir avant que le malade se couche ; on observe alors seulement un peu de céphalée et quelques malaises dans les heures qui suivent.

La méthode ne doit être employée que quand il y a des gonocoques dans le pus ; il faut que le malade ait un bon état général, qu'il soit au repos physique et moral. La dose de vaccin doit être réglée : on commence par de petites quantités de gonocoques tués (40 à 50 millions), puis quand le patient est habitué, on augmente rapidement le nombre des microbes, soit en faisant des injections plus fortes, soit en les multipliant.

Les trois observations suivantes peuvent servir de type :

Obs. I. — Jeune homme de 27 ans, blennorrhagie d'août 1907 à mars 1908 ; à cette époque, cinq injections jusqu'en mai : Guérison.

Obs. II. — Homme de 30 ans. Blennorrhée datant de plusieurs années.

Le 7 octobre 1907, un demi-cent. cube de vaccin antigonococcique de l'Institut de Lister ; le 27 octobre, 1 cent. cube : le 31, 1 centimètre cube. Le 1er décembre, à l'occasion d'une rechute, 1 cent. cube, le 17, 1 cent. cube 75 ; le 21, 2 cent. cubes. Guérison définitive.

Obs. III. — Gonorrhée datant de 1904. Le 7 octobre 1908, un demi-centimètre cube de vaccin ; le 21, 1 cent. cube, le 3 novembre et le 20 novembre, chaque fois 1 centimètre cube. Depuis, guérison absolue.

Loton croit à l'avenir de son traitement, son vaccin est fabriqué à l'Institut de Lister.

Dr GEORGES.

IIIe **Congrès international laryngo-rhinologique** (BERLIN 1911). — Ce congrès doit avoir lieu à Berlin en 1911, à la fin d'août ou au commencement de septembre. Adresser les demandes relatives au Congrès au secrétaire du Comité exécutif, M. le professeur Rosenberg, Berlin, N. W. 6, Schiffbauerdamm, 26, ou à M. le docteur Finder, Berlin N. W. 62, Nettelbeckstrasse, 17, secrétaire du Comité international, qui s'est réservé de déterminer les rapports et les rapporteurs.

PIPÉRAZINE MIDY

Az H $\langle$ CH² - CH² / CH² - CH² $\rangle$ Az H
Diéthylène-Diamine

GRANULÉE EFFERVESCENTE

Produit défini
plus actif
que ses dérivés ou les
associations médicamenteuses
à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE

LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE

Prix : 5 fr. - La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.

Echantillons : Phie MIDY 140, Faub. St-Honoré, PARIS

Comme préventif : 3 mesures par jour, 10 jours par mois
Crises aiguës : 4 à 6 .....
chaque mesure = 0,20 ctg Pip pure

Production illimitée d'Oxygène naissant

ANIOS

MÉDICINAL
ANTISEPTIQUE PUISSANT
le Plus actif KÉRATOPLASTIQUE
Poudre ANIOS *inodore remplace Iodoforme*
Savons ANIOS

INODORE NON CAUSTIQUE

DÉSODORISANT NON TOXIQUE

ÉCHANTILLONS et littérature. Michel et Cognard. PHcie YVON. *7 Rue de la Feuillade, PARIS.*

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

qui se sont intéressés au sort de ces compagnies réalisaient aux cours actuels, les moins favorisés toucheraient un peu plus du double de leur capital. Quant aux plus favorisés ils toucheraient seulement 14 fois le capital versé par eux. S'ils désirent conserver leurs titres, ces malheureux actionnaires doivent se contenter, les premiers d'un intérêt de 12,75 % les derniers d'un intérêt de 54 % sur l'argent versé. Quels maigres dividendes ! Je suis persuadé que si tous nos confrères connaissaient les finances désastreuses de ces pauvres compagnies, ils s'empresseraient de traiter gratuitement leurs assurés pour leur permettre d'améliorer un peu le sort de leurs actionnaires.

Dr L. G., à C., à *Concours*. — Membre du *Concours*, je viens vous prier de vouloir bien me donner le renseignement suivant : Un client refusant de me payer, je le fais citer devant le juge de paix, en me faisant représenter par huissier, or, le juge de paix refuse d'entendre la cause devant mon représentant et exige ma présence même. En a-t-il le droit ? Le client cité habite une commune autre que la mienne, et le juge de paix est à 4 kilomètres de ma résidence. Peut-on m'imposer ce déplacement ?

Réponse ? Le juge de paix ne peut vous contraindre à comparaître en personne. Cependant, lorsqu'il a demandé cette comparution personnelle, il est de bonne politique de lui donner satisfaction, pour éviter de l'indisposer contre vous.

Dr M., à St-O., à *Concours*. — Je vous serais très obligé de vouloir bien me renseigner sur la conduite à tenir dans le cas suivant : J'ai actuellement comme cliente une malheureuse femme victime d'un accident du travail en décembre 1908 ; cette femme est actuellement atteinte de névrite ascendante ; elle touche encore actuellement son demi-salaire ; mais, quoique son patron habite St-O.., en face chez elle, elle est obligée d'aller toucher son demi-salaire à Paris, au siège de la Cie d'assurance du patron. La Cie d'assurance refuse de lui payer ses déplacements. De plus, cette femme a été convoquée plusieurs fois au tribunal et chez l'expert ; la Cie d'assurance refuse

Suite page XII.

AMÉNORRHÉE, DYSMÉNORRHÉE
HEMALGINE BROS
2 FORMES : CACHETS OU SUPPOSITOIRES. PRIX : 3 FRANCS
DOSE : 1 PAR HEURE AU DÉBUT DES CRISES
Expérimenté dans les Hôpitaux de Paris. V. BROS, Phien, MELUN, et toutes Pharma

TRAITEMENT RADICAL CONSTIPATION
MIGRAINES -- CONGESTIONS -- MALADIES de l'INTESTIN
UN ou DEUX GRAINS DE VALS Le soir avant dîner
à base de Cascara Sagrada et podophyllin.
ADMINISTRATION : 86, Boulevard Port-Royal, PARIS

Coaltar Saponiné Le Beuf
Désinfectant admis dans les hôpitaux de Paris. Très efficace dans les cas de Plaies, Angines, Leucorrhées, Suppurations, Herpès, etc. Incomparable pour l'HYGIÈNE DE LA TOILETTE, lotions, soins de la bouche qu'il purifie, des cheveux qu'il tonifie, lavage des nourrissons, etc.
Flacon : 2 fr. — Dépôt dans toutes les pharmacies. — Se défier des contrefaçons

TRAITEMENT PRÉVENTIF ET CURATIF DES INSUFFISANCES DIGESTIVES PAR LA
PANCRÉONE MATARÉ
en tablettes dosées à 25 ctgr.
Extrait pancréat que de porc, jamais altéré par le suc gastrique. Spécifique contre les *affections de l'intestin, estomac, foie, pancréas, stéatorrhée, entérite chronique.* Très efficace contre la migraine, etc.. — DOSES de 4 à 12 tablettes par jour suivant les cas.
Dépôt : E. FLACH, pharmacien, 11, r. Malher. Ag. on. en France : A. SCHERER, 31, r. d 4 sire, Paris

TRICALCINE

à base de sels calciques rendus assimilables
Traitement de la TUBERCULOSE par la RÉCALCIFICATION
RACHITISME, SCROFULOSE
CROISSANCE
Sur demande, envoi de la Littérature
Laboratoire des « PRODUITS SCIENTIA »
42, *rue Blanche, PARIS*

TUBERCULOSES
CATARRHES
GRIPPES, BRONCHITES
de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon.
EMULSION MARCHAIS Phospho-Créosotée
Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions.
Bien tolérée — Parf absorbée

THÉRAPEUTIQUE

Notes et impressions thérapeutiques,

(Suite.)

Par le Dr NIGOUL,

Ancien interne de l'hôpital Péan,
Médecin des dispensaires des 1er et 2e arrondissements de Paris et des Postes et Télégraphes.

CHAPITRE II

Sur le traitement de la septicité gastro-intestinale et des diarrhées infantiles.

Dans une précédente communication (1) nous avons montré les résultats obtenus avec un extrait pancréatique *inaltérable* dans la stéatorrhée et les troubles dyspeptiques par insuffisance du pancréas.

Nous allons aujourd'hui donner notre impression thérapeutique sur les effets de certains remèdes utilisés contre les dyspepsies par fermentation, qu'il s'agisse de troubles gastriques ou de troubles intestinaux, et chez l'enfant comme chez l'adulte.

Dans les services des divers dispensaires de la rue Baillif, nous avons essayé dans ces cas morbides un assez grand nombre de médicaments spécialisés envoyés par leurs auteurs, et plusieurs d'entre eux, véritablement, ne nous semblent pas donner de sérieux résultats.

D'après mes observations il résulte que c'est à la fermentation oxygénée vanadique, à l'oxygène naissant produit dans le tube digestif lui-même qu'il faut surtout s'adresser quand on veut rapidement et énergiquement lutter contre la septicité gastro-intestinale et les symptômes fonctionnels et physiques, locaux et à distance, qu'elle occasionne.

Nous trouvons dans l'oxyol le moyen commode de réaliser cette fermentation oxygénée. Constitué par deux corp schimiques: l'un, *sel nouveau du vanadium* qui emprunte constamment à l'air atmosphérique son oxygène, l'autre substance réductrice, faisant dégager cet oxygène dans le tube digestif suivant les besoins de l'économie, ce ferment métallique possède des propriétés énergiquement désinfectantes et, en second lieu, reconstituantes globulaires.

« Si l'on met en présence deux corps, dit Traube, dont l'un est capable de s'emparer de l'oxygène de l'air et l'autre incapable de prendre l'oxygène libre, mais susceptible d'enlever au premier corps l'oxygène dont il s'est emparé, il suffit d'une quantité infiniment petite du premier pour déterminer l'oxydation lente d'une quantité indéfinie du second. Tel est l'oxyol » (2).

Ainsi, en faisant absorber, après chaque repas, 10 gouttes de chacune des deux substances (réductrice, réduite), successivement, on détermine dans l'estomac et dans l'intestin (une partie du remède passant dans cet organe peu de temps après l'absorption) une production d'oxygène naissant immédiate, progressive, illimitée, et voilà réalisée une puissance antiputride, considérable.

Les fermentations anormales disparaissent. Le météorisme plus ou moins douloureux, les « crampes d'estomac » les éructations, les renvois indoreux cessent. La sensation rapide d'appétit satisfait n'existe plus, la somnolence, les bouffées de chaleur, s'éloignent.

Tels sont les résultats que nous observons avec ce remède dans la dyspepsie gastrique par troubles putrides.

Lorsqu'il existe de la diarrhée par septicité intestinale ou par mauvaise alimentation, les résultats curatifs du ferment vanadique sont également manifestes et nous signalons surtout la nécessité de l'essayer à la dose de 4 à 6 gouttes, de l'une et l'autre substances, 3 fois par jour, chez les enfants même en bas âge qui ont de la diarrhée par mauvaises digestions ou par infection caractérisée (bacille de Lesage). Chez ces petits malades, en effet, nous avons obtenu assez souvent, de bons résultats et presque immédiats.

Dans l'hyperchlorhydrie, ce corps oxydant ne doit pas être, à notre avis, utilisé, car bien que dans cette maladie certains auteurs aient signalé une surproduction d'acide lactique (produit de fermentation), c'est plutôt l'acide chlorhydrique qui est en jeu, et alors nous parvenons à modifier l'état gastrique douloureux par l'absorption d'une ou de plusieurs cuillerées à café de la poudre alcalino-magnésienne formulée par Germain Sée et que l'on trouve dans la thérapeutique sous le nom un peu imprécis de poudre Génia.

Les effets antiputrides réels que la fermentation oxygénée vanadique détermine dans le tube digestif nous amènent à placer cette méthode médicamenteuse dans le groupe des agents de l'antisepsie gastro-intestinale. Et, tandis que ces agents sont tous plus ou moins nocifs pour l'état général et l'état local, l'oxyol est nettement sans danger, sans inconvénients. Il est bien toléré, quelle que soit la longueur du traitement suivi, et il n'amène pas des troubles secondaires fâcheux.

Pendant que nous l'utilisions dans les maladies gastro-intestinales, nous avons été amenés à observer, sous son influence, un relèvement de la nutrition et une amélioration de l'état général. L'oxygène naissant se fixant sur le globule, augmente sa valeur en oxyhémoglobine, il favorise aussi la multiplication des hématies, développe le nombre des hématoblastes et active les oxydations générales au sein des tissus. Voilà pourquoi, au cours du traitement on observe que les muqueuses se colorent, que les troubles anémiques ou chlorotiques s'atténuent, que l'appétit augmente, que les forces renaissent.

Nous n'avons pas encore étudié véritablement, l'action reconstituante générale de ce remède. Elle existe cependant, elle est du domaine des oxydases, de ces substances encore

(1) Voir *Concours Médical*, n° 2, 1910.
(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, n° 5, 1910.

mal définies mais qui exercent sur les forces organiques, latentes ou manifestes une stimulation vitale réelle. Nous verrons plus tard de près sur quels résultats dynamiques permet de compter ce reconstituant globulaire, et, s'il y a lieu, nous en ferons le sujet d'une nouvelle communication.

Pour le moment, il résulte de nos observations personnelles que le praticien a intérêt, dans les cas de septicité gastrique et intestinale, chez l'adulte et chez l'enfant, à utiliser ce ferment vanadique, producteur sans arrêt d'oxygène naissant qui détermine en même temps une *amélioration hématique* appréciable.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Une modification désirable à la loi sur les accidents du travail,

Par le docteur CHAMBA (de Lyon).

Une disposition de la loi de 1898 est déplorée par la plupart des médecins s'occupant des accidents du travail et est préjudiciable à des intérêts opposés.

Nous voulons parler d'un paragraphe de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898.

Actuellement, le blessé du travail ne reçoit aucune indemnité s'il reprend son travail dans les quatre premiers jours qui suivent le jour de son accident.

Il touche son demi-salaire à partir du cinquième jour.

Si son incapacité dure plus de dix jours, il a droit à son demi-salaire pour toute la durée du chômage.

Que se passe-t-il donc dans les divers cas d'accident ?

Si la blessure est insignifiante et ne demande qu'un repos de deux jours, par exemple, le blessé reprend son travail le troisième jour et ne touche rien ; il supporte seul la conséquence de son accident.

Si la blessure demande quatre jours pour guérir, là encore le blessé perd totalement son salaire.

S'il s'agit d'un repos nécessaire de six jours, l'accidenté fait le compte de l'indemnité qu'il va toucher.

D'après la loi, il a droit à deux journées de demi-salaire seulement. Supposez sa journée de 6 fr. L'assurance aura donc à lui payer 2 fois 3 fr., soit 6 fr. Mais s'il parvient, par ses doléances, à augmenter la durée de son chômage et à le faire durer 11 jours, il touchera l'intégralité de ses demi-journées, soit $3 \times 11 = 33$ fr.

En tenant compte du gain qu'il aurait eu en travaillant, ce blessé touchera dans les différents cas dans cette période de onze jours.

Reprise du travail le 7e jour :

4 jours sans salaire.		
2 jours avec 1/2 salaire.....	6	36 fr.
5 jours (travail) salaire complet.	30	

Reprise du travail le 8e jour :

4 jours sans salaire.		
3 jours avec 1/2 salaire... ...	9	33 fr.
4 jours travail salaire complet.	24	

Reprise du travail le 9e jour. :

4 jours sans salaire.		
4 jours avec 1/2 salaire	12	30 fr.
3 jours de travail, salaire complet	18	

Reprise du travail le 10e jour :

4 jours sans salaire.		
5 jours avec 1/2 salaire.....	15	27 fr.
2 jours travail salaire complet.	12	

Reprise du travail le 11e jour :

4 jours sans salaire.		
6 jours avec 1/2 salaire.....	18	24 fr.
1 jour travail salaire complet ..	6	

Reprise du travail le 12e jour :

11 jours avec 1/2 salaire.....	33

En somme, le blessé gagnera davantage en ne travaillant pas que s'il reprend son travail à partir du 9e jour soit trois jours plus tôt. Il touchera la même somme en recommençant le 8e jour ou en attendant le 12e jour. Et pour cinq journées de travail (s'il avait commencé le 7e jour) il n'aurait en gain qu'une demi-journée de plus.

Devant l'évidence de ses intérêts, l'ouvrier le plus laborieux et le plus honnête ne peut cependant pas ne pas tenir compte de la valeur des chiffres.

Quelle est la blessure qui ne laisse pas une petite trace ou un point sensible que l'ouvrier peut montrer à l'appui de sa demande de prolongation ?

Et quel est le médecin qui ne peut céder à cette sollicitation ?

En conscience, il ne peut faire tort à l'ouvrier qui l'a choisi et, voudrait-il s'opposer à des exigences compréhensibles, qu'il verrait bientôt sa clientèle d'accidentés s'éloigner au profit du voisin qui serait plus habile.

Nous venons de voir que, pratiquement, un accident qui ne devrait exiger que cinq à huit jours de repos en demande en réalité onze.

D'où une perte de travail énorme, si l'on songe à la quantité d'accidents qui se produisent et qui auraient dû normalement durer moins.

Cette perte est considérable pour les patrons qui supportent les conséquences des accidents, en indemnisant un chômage qui aurait pu être abrégé. Elle est préjudiciable aux ouvriers qui ne demandent qu'à recommencer leur travail dès qu'ils le peuvent afin d'avoir un salaire complet, mais qui, devant une clause de la loi ne leur accordant le 1/2 salaire des quatre premiers jours que s'il y a plus de dix jours de chômage, retardent leur reprise de service.

Il y a donc une modification nécessaire à apporter à cet état de choses.

Dans quel sens doit se faire cette modification ?

Une tendance qui se manifeste de plus en plus serait d'accorder le demi-salaire dès le premier jour de l'accident et dans tous les cas.

On éviterait ainsi des prolongations injustifiées puisque l'ouvrier aurait intérêt à recommencer son travail au plus tôt et il y aurait un peu plus de justice, puisque les petits accidents seraient également indemnisés.

Cette solution nous paraît encore, toutefois, mauvaise. En application, elle sera la source d'une quantité considérable d'abus.

Ainsi que l'a pensé le Dr Diverneresse, l'ouvrier qui voudra prendre un jour de congé se dira blessé et il est très difficile au médecin de dire tout de suite que cela est faux.

Une égratignure légère, une contusion insignifiante, une coupure d'épiderme pourront être prétexte à réclamer deux jours de repos et le médecin se trouvera embarrassé, si l'accident n'en vaut pas la peine.

Les veilles de fête, les dimanches seront une occasion pour bénéficier d'un demi-salaire deux jours de suite, puisqu'il sera aussi avantageux de se reposer le samedi ou le lundi que de travailler.

Et je n'aperçois pas le moyen d'éviter ces abus : le médecin le plus complaisant aura les accidentés et cette complaisance deviendra, en fait, obligatoire.

Si on peut prévoir de tels abus, il ne faut pas insérer dans la loi des dispositions qui les feront naître.

Voici une proposition qui nous a paru répondre à plus de justice et présenter des garanties contre le chômage injustifié :

1° *L'indemnité est due à partir du 3e jour après celui de l'accident, quand la durée de l'incapacité sera inférieure à sept jours* ;

2° *Elle sera due à partir du 2e jour, après celui de l'accident, quand la durée de l'incapacité sera de sept jours au moins et inférieure à quatorze jours* ;

3° *Elle sera due à partir du 1er jour, après celui de l'accident, quand l'incapacité sera de quatorze jours au moins.*

Il n'y aurait donc que les accidents nécessitant un ou deux jours de repos qui ne seraient pas indemnisés.

Cette disposition nous paraît nécessaire pour éviter les faux accidents.

Dans les autres cas, voici la corrélation des journées d'incapacité et des journées de demi-salaire à toucher par l'ouvrier.

3	jours d'incapacité	=	3 — 2	=	1
4	—		4 — 2	=	2
5	—		5 — 2	=	3
6	—		6 — 2	=	4
7	—		7 — 1	=	6
8	—		8 — 1	=	7
...	—		...		...
13	—		13 — 1	=	12
14	—		14 — 0	=	14
15	—		15	=	15
...			...		...

journées d'indemnité (1/2 salaire)

Avec cette proposition que nous soumettons à l'appréciation de nos confrères, il n'y a pas de *saut aussi brusque* dans les avantages que peut retirer un ouvrier à obtenir un jour ou deux de prolongation. Il sera bien moins tenté de forcer la main à son médecin pour réclamer un repos qui n'est pas utile. Reprenant son travail aussitôt que possible, il y trouvera son intérêt aussi bien que le patron.

Résumons les avantages du système que nous désirerions voir adopter quand viendra la révision de la loi en question.

1° Justice plus grande pour l'ouvrier, les accidents du travail de trois et quatre jours étant indemnisés ;

2° Prolongations de travail injustifiées considérablement réduites ;

3° Minimum de faux accidents ;

4° Indépendance plus facile du médecin.

JURISPRUDENCE DU SOU MÉDICAL

Le médecin traitant n'est pas l'employé de la Compagnie qui assure le personnel de l'entreprise.

Enfin, après un an et demi de procédure, la Cour d'appel de Lyon vient de décider qu'un médecin ne peut pas être considéré comme un employé d'une compagnie d'assurances. L'arrêt ci-après en est la preuve.

On se souvient de cette affaire. La Participation avait été créée grâce à l'appui pécuniaire de la Financière médicale. Celle-ci lui avait demandé comme conditions d'adopter le tarif Jeanne et de nommer, comme médecins de la Compagnie chaque actionnaire de la Financière (cela se passait avant la loi de 1905).

J'avais donc été désigné par la Participation comme étant un de ses médecins, puisque j'étais actionnaire de la Financière ; mais personnellement, je n'avais jamais signé aucun engagement avec la Compagnie. En janvier 1906, c'est-à-dire six mois après que la loi de 1905 eut déclaré que l'ouvrier avait le libre choix de son médecin, je reçus, de la Participation, une lettre dont je jugeais les termes injurieux pour la profession médicale. On me reprochait, en effet, d'avoir délivré un certificat médical sans avoir demandé l'avis de la compagnie et on ajoutait que, si je recommençais, on me retirerait le titre de médecin de la Participation.

Ma réponse ne se fit pas attendre : je déclarai qu'un médecin n'avait pas d'ordre à recevoir de la Compagnie, car il n'était pas un employé et qu'il ne relevait que de sa conscience, dans l'exercice de sa profession. Au surplus, on pouvait me retirer ce titre de médecin de la Participation, qui était nul aux termes de la loi et ne me donnait aucun avantage puisque mes confrères soignaient autant de malades de la Participation que moi.

J'envoyai tout le dossier à Diverneresse, pour

être placé dans le « musée des horreurs ». La compagnie se prétendit atteinte, lors de la publication de ces documents, et m'attaqua pour faire prouver que j'étais son employé. De plus, elle me demandait 10.000 francs de dommages-intérêts.

Heureusement que je n'avais pas attendu cette affaire pour adhérer au « Sou médical ». J'envoyai mon dossier au Conseil de notre Ligue et j'attendis les événements.

Au tribunal de Nantua, la Compagnie avait fait les frais d'un avocat à la Cour d'appel de Paris ; le « Sou » pria Me Gatine au de venir à mon secours et notre défenseur montra une fois de plus son dévouement à notre cause.

Grâce à lui, je sortis vainqueur. Mais la compagnie, qui a des ressources, fit appel. Nous allâmes à Lyon, et il en est résulté l'arrêt ci-après :

De toute cette affaire, je tire les conclusions suivantes :

1° Mes chers confrères, ayez le moins possible de relations avec les Compagnies d'assurances, puisque même celles que nous avons fondées, c'est-à-dire celles qui pourraient peut-être avoir un peu de reconnaissance à notre endroit, ne ratent jamais une occasion désagréable pour nous rappeler leur existence.

2° Qu'aurais-je fait si je n'avais pas été soutenu par le « Sou »? Bien que je sois vainqueur, par deux fois, il me faut payer avocats, avoués. Le « Sou » prend tout à sa charge. Il m'a évité également les soucis de procédure et je n'ai pas eu à me déranger, sauf par curiosité, c'est-à-dire pour aller écouter les plaidoiries.

Aurais-je, de gaîté de cœur, osé soutenir ce procès si je n'avais pas été affilié au « Sou » ?

3° Le médecin n'est pas un employé de la Compagnie, c'est entendu. Mais, prenez garde, vous, mes chers confrères, qui vous obstinez à rechercher ou à accepter les situations fixes, à forfait, vantées par les assurances. Celles-ci vous font miroiter des avantages fictifs, pour pouvoir ensuite essayer de vous casser aux gages, si vous ne marchez pas droit. Vous ne vous apercevez pas, pendant ce temps, que le médecin, votre voisin, qui n'est pas médecin de la Compagnie, soigne autant de blessés que vous, pour la même assurance, et à un taux plus rémunérateur, à cause du droit qu'ont les blessés de choisir leurs médecins. Les contrats que vous signez sont bien souvent des marchés de dupe.

4° Aurions-nous perdu le procès que nous l'aurions gagné quand même, car nous aurions pu dire au médecin d'assurance : vous n'êtes plus un homme libre d'exercer votre art selon votre conscience ; vous êtes un employé et vous devez obéir aux ordres de votre patron.

5° *Hodie mihi, cras tibi.* N'attendez pas d'être poursuivis pour adhérer au « Sou ».

Dr Paul Boudin.

COUR D'APPEL DE LYON

7 décembre 1909.

Entre :

La Participation, Cie d'assurances,
Appelante, représentée par Me Seyrol.

Et :

M. le docteur Boudin,
Intimé, représenté par Me Gibert.

Sur la demande principale :

Considérant que le Tribunal a jugé avec raison, et par des motifs que la Cour s'approprie, que le docteur Boudin n'était ni l'agent, ni l'employé de la compagnie ;

Considérant que la Participation n'est pas plus fondée à soutenir, comme elle le fait en appel, que le docteur Boudin était son mandataire, qu'il est plus exact de dire que le médecin accrédité auprès d'une compagnie d'assurances, bien que certains rapports s'établissent entre lui et la dite Cie, est le mandataire de l'ouvrier ou du chef d'entreprise ;

Considérant, au surplus, que même si on admettait l'existence d'un mandat spécial, il ne s'ensuivrait pas qu'on dût, en principe, tenir pour confidentielle toute la correspondance échangée entre le médecin et la Cie ;

Que, suivant les circonstances, ce caractère pourrait être reconnu aux lettres contenant, par exemple, des renseignements sur l'état du malade blessé, mais que tel n'est pas le cas dans l'espèce, et que la lettre litigieuse n'apparaît nullement comme confidentielle ;

Considérant, en effet, qu'elle a été écrite alors que le docteur Boudin avait cessé de donner des soins à l'ouvrier Cruchet ; qu'elle n'est pas relative à l'état du blessé, qu'elle contient des reproches pour le passé et des recommandations pour l'avenir, sur la façon dont le docteur Boudin comprend et doit comprendre l'exercice de sa profession au regard de la compagnie près de laquelle il est accrédité, qu'elle constitue uniquement un commentaire des instructions générales adressées par la compagnie au corps médical ;

Or, considérant que ces instructions générales n'ont rien de confidentiel, puisqu'elles sont publiées par la compagnie elle-même sous forme de brochures, et reproduites dans divers journaux ;

Que les explications particulières données par la compagnie, en interprétation des dites instructions générales, ont le même caractère que celles-ci ;

Qu'en l'absence de toutes réserves ou injonctions spéciales, le docteur Boudin était donc autorisé à ne pas voir dans la lettre incriminée un document destiné à rester secret ;

Considérant qu'il résulte des renseignements produits que, lorsqu'il a porté cette lettre à la connaissance d'un tiers, c'était uniquement pour qu'elle fût communiquée au directeur de la Prévoyance sociale, au ministère du commerce ; qu'il obéissait à une préoccupation d'intérêt général, et non au désir de nuire à la Participation ;

Adoptant au surplus, tant sur l'existence d'une faute commise par l'intimé que sur la réalité d'un préjudice subi par l'appelante, les motifs des premiers juges non contraires à ceux du présent arrêt ;

Sur la demande reconventionnelle :

Considérant que le Tribunal, n'envisageant que la question de fait, a admis que le procès intenté par la Participation avait causé au docteur Boudin un préjudice dont il lui était dû réparation ;

Que, même à ce point de vue, la décision attaquée peut être critiquée ;

Que d'une part, il n'apparaît pas que la nécessité

d'assurer sa défense a forcé le docteur Boudin à se déplacer et à négliger ses malades, comme le dit le jugement :

Que d'autre part, sa réputation d'indépendance et d'honorabilité professionnelle est trop solidement établie pour que le procès de la Participation ait pu y porter atteinte ;

Mais considérant en principe que la partie qui forme une action en justice use d'un droit dont l'exercice ne dégénère en faute pouvant donner matière à des dommages-intérêts qu'autant qu'il constitue un acte de malice ou de mauvaise foi, ou au moins une erreur grossière équipollente au dol ;

Que l'action de la Cie ne se présente pas avec un des caractères pouvant engager sa responsabilité ;

Qu'on n'établit à sa charge, ni intention dolosive, ni mauvaise foi ;

Que l'erreur qu'elle a commise sur l'étendue de ses droits au regard d'un médecin accrédité auprès d'elle, auquel elle a cru pouvoir reprocher un manquement à ses obligations, ne saurait, sans exagération, être assimilée à une faute ;

Que la demande reconventionnelle du docteur Boudin n'est donc pas fondée ;

Par ces motifs :

La Cour, ouï les avoués et avocats des parties et le ministère public en ses conclusions, statuant publiquement, contradictoirement en matière ordinaire, après en avoir délibéré :

Confirme le jugement entrepris en ce qu'il a débouté la Participation de sa demande en dommages-intérêts ;

Le réformant en ce qu'il a admis la demande reconventionnelle du docteur Boudin : rejette cette demande ;

Rejette toutes autres fins et conclusions des parties ;

Dit qu'il sera fait masse des dépens de première instance et d'appel pour être supportés à concurrence de 9/10 par l'appelante et de 1/10 par l'intimé ;

Ordonne la restitution de l'amende.

CORRESPONDANCE

Fonctionnarisme et servilité médicale. — Equivalences du diplôme. — Le tout compris dans les Hôpitaux.

Mon cher Confrère,

Merci de vos envois successifs de modèles de statuts que vous avez bien voulu me faire, merci surtout de votre bonne lettre d'encouragement,

C'est qu'ils n'ont pas l'épiderme sensible nos confrères, ils sont habitués par un long entraînement à s'aplatir devant les puissances d'argent ou les administrations,

D'un referendum fait, il y a quelques mois, il résulte que, dans notre région essentiellement industrielle, il y a soixante-dix pour cent des confrères ayant contracté des engagements forfaitaires avec des Compagnies industrielles ou d'assurances, et parmi les indépendants, quelques-uns sont d'anciens médecins de Compagnie renvoyés ; d'autres aspirent de toutes leurs forces à devenir médecins avec un fixe. De vraiment indépendants par esprit, il n'y en a pas cinq pour cent. Vous comprenez combien dans ces conditions, il serait dangereux d'avoir des statuts trop « avancés » et de demander à nos futurs cosyndiqués le libre choix absolu, par exemple. Plus tard, en faisant l'éducation au sein du syndicat, je pense arriver à des modifications importantes, surtout si les vaillants confrères du *Concours* comme vous, Noir, Diverneresse, etc., veulent bien venir nous apporter la bonne parole.

C'est qu'il y a ici beaucoup à faire pour émanciper nos confrères qui auraient cependant tout à gagner à cette reprise de leur indépendance.

On a écrit beaucoup sur la pléthore médicale. Dans le *Concours* du 24 octobre dernier le Dr Campinchi expose dans un article plein d'humour des idées justes. A sa question : y a-t-il vraiment pléthore médicale ? je répondrai carrément non, en ce qui concerne notre pays tout au moins.

Nous sommes ici dix-sept médecins pour une population payante d'environ quinze mille habitants. Le prix de la consultation pourrait être de 3 fr. A côté de cela, nous avons environ trois mille accidents du travail par an, entraînant une incapacité de travail de plus de 20 jours : assistance publique, lycée, collèges, sociétés de secours mutuels de plus de six mille ouvriers, etc., etc.

Notre situation personnelle pourrait être excellente :

1° Si la plupart ne faisaient la clientèle au rabais ;

2° Si l'un d'eux ne soignait les gendarmes, des douaniers à 7 kilomètres pour rien ;

3° Si les accidentés du travail n'étaient poussés chez des médecins à forfait, qui se débarrassent des cas importants en les envoyant à l'hôpital et font soigner les autres par des religieuses ou des guérisseurs d'occasion. De ce chef, les Compagnies économisent sur le tarif Dubief au moins cinquante mille fr. par an qui tomberaient dans la caisse du corps médical, si nous savions vouloir.

Mais pensez donc : il y a quatre ans, un poste de médecin de Compagnie devint libre ; il y eut 17 postulants.

Et cependant, elle n'est pas gaie la situation de médecin d'administration ! Leur indépendance n'est pas grande !

Il leur est défendu de parler de fracture, de luxation et de prévoir une incapacité permanente.

Un confrère avait écrit sur le certificat initial : fracture probable de la colonne vertébrale, on lui fit refaire le certificat. Un blessé fait une chute de 4 mètres dans un puits, il se fracture l'extrémité inférieure du radius, déformation typique. Le médecin porte contusion, et je ne lui fais pas l'injure de penser à une erreur de diagnostic. Un ouvrier maintient un poids de 700 k,. il se fait une hernie. Trois médecins de l'Administration de l'industrie déclarent que cette hernie est ancienne et date au moins de 4 ans, l'ouvrier ne travaillait que depuis deux ans dans l'usine et avait été examiné par les dits médecins. L'expertise conclut à une hernie récente de force. J'ai vu pendant plusieurs mois, avec un confrère d'usine, un

blessé. Je n'ai jamais pu au cours de nos nombreuses consultations faire admettre par ce confrère que le blessé avait une luxation de la clavicule. A l'expertise, la Compagnie envoya son médecin et malgré ce, le cas étant tellement typique, les experts concluent à une luxation de la clavicule. Et pour terminer, je vous transcris ainsi la note adressée aux médecins du P.-L.-M., qui ont accepté, sans rien dire, des ordres de cette nature.

« Paris, le 15 octobre 1908.

« Note circulaire à MM. les médecins du P.-L.-M.

« Lorsque vous vous trouvez en présence d'un « accident, pour lequel on fait jouer la loi de 1898 « il faut :

« 1° Vous abstenir de tout commentaire en ce « qui concerne la reprise après guérison ;

« 2° Indiquer le chiffre le plus bas de l'incapa- « cité subie du fait de l'accident, quitte à nous si- « gnaler, sur une pièce qui ne soit pas fournie de- « vant les tribunaux, le chiffre maximum au- « quel le blessé a droit à votre avis. »

Voilà le rôle que l'on fait jouer aux médecins de Compagnie et qui l'acceptent ; on se sert de leurs titres et de leurs signatures pour faire la cuisine financière. Il est vrai qu'en compensation on leur donne le droit de voyager à l'œil en 1re classe !

***

Dans le *Concours*, le Dr Noir parle des équivalences de diplôme. Certes, il est ennuyeux de retirer des dispenses à qui on les a accordées ; il est également surprenant que les lycées de jeunes filles ne préparent pas au baccalauréat. Je m'en suis expliqué dans une polémique avec le Dr Tussaud ; mais qu'importe ! Comme le dit le Dr Noir, l'équivalence des diplômes ne doit pas exister. Ma femme est docteur en médecine, elle a le diplôme de fin d'études des lycées, mais avant d'entreprendre son P. C. N., elle prépara son baccalauréat ès-lettres philosophie en prenant des répétitions en particulier.

Que les jeunes filles qui préparent la médecine fassent comme elle ; le surcroît de temps exigé sera compensé chez le sexe fort par les deux ans de service militaire.

***

Encore le tout compris de l'article 4 et la réédition de l'affaire de La Loupe.

Pourquoi les chirurgiens des hôpitaux ne feraient-ils pas sortir de l'hôpital pour les opérer en ville les blessés qui les encombrent et que des confrères à forfait leur adressent pour se débarrasser eux-mêmes ?

Voilà, mon cher confrère, quelques idées que je vous soumets en vous autorisant à en faire ce qui vous plaira.

Croyez-moi votre tout dévoué.

Dr X...

Un remède à l'encombrement.

Le Dr Gaupillat nous écrit la lettre suivante :

Mon cher confrère,

Je me propose de vous démontrer :

1° Qu'il n'y a pas assez de médecins en France;

2° Que s'il y en avait 1/3 en plus ils gagneraient tous autant qu'aujourd'hui, et probablement davantage ;

En effet : *a*) l'Etat n'organise pas la médecine pour faire une situation à 20.000 fils de bourgeois.

b) L'Etat n'organise pas la dentisterie pour faire gagner de 10 à 30,000 fr. et plus à la plupart des dentistes.

a') L'Etat organise la médecine pour empêcher les Français de souffrir ou de mourir, autant qu'il est possible.

b') Et la dentisterie pour qu'ils se fassent soigner les dents.

Ces buts sont-ils atteints ?

— Non.

c) Les bourgeois seuls peuvent user largement du médecin, car les paysans dont les médecins sont éloigné de 8 à 15 kilomètres et qui gagnent 2 fr. 50 par jour ne peuvent *évidemment* guère se faire soigner.

d) Les paysans n'ont pas 4 ou 5 1/2 journées à prendre et autant de fois 5 fr. à dépenser plus 5 fr. à donner au dentiste, pour se faire plomber une dent.

Les bourgeois seuls se font soigner les dents. Les paysans les font arracher.

Donc, les Ecoles de médecine, de dentisterie n'atteignent pas le but idéal. Elles sont seulement à la disposition du bourgeois et non du paysan et des ouvriers de villes.

1er *point établi.*

D'autre part :

1° Le médecin qui est un homme de science, et qui devra le devenir davantage à mesure que les procédés de diagnostic se feront davantage au laboratoire, passera sa vie en auto, en voiture, en bicyclette. Il s'exécute en dépensant le 1/3 au moins de ses recettes.

2° Le dentiste qui, sans études secondaires sérieuses, fait en 3 ans des études qu'il pourrait faire en un an, gagne de 10 à 30.000 fr. en restant chez lui, en faisant un travail abrutissant parce qu'il le fait du matin au soir.

Conclusion :

a) En modifiant les études médicales, en faisant seulement une année d'anatomie descriptive, dont pas un médecin sur 100 ne sait un mot après 10 ans de pratique ;

b) En faisant passer à tous les docteurs 9 mois de dentisterie et 6 mois de mécanique dentaire;

En établissant un examen *très sérieux* des dentisteries ;

c) En supprimant les écoles de dentisterie, ou les diplômes si vous préférez, chaque médecin pourra mieux vivre avec 1000 ou 1500 habitants qu'aujourd'hui avec 3000, car il supprimera auto, cheval, il n'aura qu'une bicyclette pour faire un peu d'hygiène en allant visiter des malades à 5 kilomètres au plus.

Il gagnera 2 ou 3000 fr. au minimum, avec la dentisterie, qui sera pour lui un exercice manuel amusant s'il ne soigne que 5 malades par jour en moyenne.

Il aura d'autre part supprimé 3000 fr. de transports. En résumé, il touchera autant en ayant

beaucoup de temps pour lire, travailler à son laboratoire.

Il restera l'homme de science qu'il sera devenu à l'Ecole au lieu de se transformer en chauffeur ou en cocher.

Voilà, mon cher confrère, le Paradoxe devenu la Réalité, car je ne crois pas qu'il vous soit facile de démontrer que je me trompe.

Croyez à mes sentiments de la meilleure confraternité.

Dr Gaupillat,
Oculiste,
Chalon-sur-Saône.

LÉGISLATION MÉDICALE

Décret concernant les médecins des asiles d'aliénés. (4 février 1910).

Le Président de la République française,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu le décret du 6 juin 1863 et les décrets qui l'ont modifié ;

Vu l'avis du comité des inspecteurs généraux du 9 novembre 1909 ;

Sur la proposition du président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes,

Décrète :

Art. 1er. — Les médecins adjoints des asiles publics d'aliénés sont recrutés au moyen d'un concours annuel.

Nul ne pourra à l'avenir soit obtenir l'autorisation nécessaire pour exercer les fonctions de directeur médecin d'un établissement privé destiné au traitement des aliénés, soit être agréé comme médecin d'un établissement de cette nature en vertu de l'article 19 de l'ordonnance du 18 décembre 1839, s'il n'a subi avec succès les épreuves du concours d'adjuvat.

Toutefois, un médecin ayant dépassé l'âge fixé pour prendre part au concours et ayant acquis une notoriété spéciale dans la science de la psychiatrie, pourra, sans subir les épreuves du concours, être autorisé à diriger un établissement privé ou agréé comme médecin, si la dispense lui a été accordée par le ministre de l'intérieur sur l'avis conforme et motivé de la commission prévue à l'article 18 du présent décret.

Art. 2. — La date du concours annuel est fixée par un arrêté ministériel publié au *Journal Officiel* deux mois au moins à l'avance ; cet arrêté détermine le nombre des postes de médecins adjoints d'asiles publics mis au concours. Ce nombre pourra être augmenté, à raison de nouvelles vacances ou prévisions de vacances, par un arrêté supplémentaire pris avant l'ouverture du concours.

Exceptionnellement, le ministre de l'intérieur peut décider, sur avis conforme de la commission prévue à l'article 18, et par arrêté publié au *Journal Officiel* le 31 décembre au plus tard, qu'il n'y a pas lieu d'instituer un concours pour l'année suivante.

Art. 3. — Les candidats doivent être Français, docteurs en médecine d'une faculté de l'Etat, avoir satisfait aux obligations imposées par les lois sur le recrutement de l'armée et avoir eu moins de trente trois ans au 1er janvier de l'année du concours.

Ils doivent justifier d'un stage de deux années au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement des aliénés, soit comme chef de clinique ou interne des hôpitaux nommé au concours.

Pour être admis à participer au concours, ils adressent au ministre de l'intérieur une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, le ministre arrête la liste des candidats admis à concourir et fait connaître à chaque postulant la suite donnée à sa demande ; cette liste est déposée à la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, où toute personne peut en prendre communication.

Art. 4. — Le jury du concours est nommé par le ministre de l'intérieur ; il comprend :

1° Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, président ;

2° Deux professeurs, chargés de cours, ou agrégés spécialisés pour la médecine mentale, représentant, l'un la faculté de médecine de Paris ; le second, la faculté que le sort aura désignée parmi les autres facultés de médecine où l'enseignement de la psychiatrie est organisé ;

3° Quatre directeurs médecins, ou médecins en chef des asiles publics d'aliénés.

Il est en outre nommé deux jurés suppléants pris parmi les directeurs médecins ou médecins en chef.

Art. 5. — Les professeurs, chargés de cours ou agrégés, sont choisis par la faculté appelée à être représentée dans le jury.

Le membre qui a siégé dans le jury d'un concours comme représentant de la faculté de Paris ne peut être choisi pour les trois concours suivants, à moins de force majeure.

Celle des autres facultés qui aura été représentée dans le jury d'un concours est exclue pour les trois concours suivants du tirage au sort prévu à l'article précédent.

Art. 6. — Le ministre désigne les quatre directeurs médecins ou médecins en chef appelés à remplir les fonctions de juré titulaire et l'un des suppléants, après avis du comité des inspecteurs généraux, sur une liste de quinze noms dressée par voie de tirage au sort, portant sur l'ensemble des directeurs médecins et médecins en chef des asiles publics de France, de la maison nationale de santé de Charenton, de Bicêtre, de la Salpêtrière et de l'infirmerie spéciale du dépôt, qui comptent au moins sept ans de fonctions depuis leur nomination en qualité de médecin-adjoint.

Le second juré suppléant est désigné par le ministre, après le même avis, sur une liste de trois noms tirés au sort parmi ceux des directeurs médecins et médecins en chef visés au paragraphe précédent, qui résident dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise.

Les noms des jurés suppléants et titulaires qui ont siégé dans un concours sont exclus du tirage au sort pour les trois concours suivants.

Art. 7. — Les tirages au sort prévus pour la constitution du jury ont lieu par les soins d'une commission composée du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, assisté d'un inspecteur général des services administratifs, ainsi que du plus ancien et du moins ancien des praticiens parmi lesquels doit être choisi le second juré suppléant.

Art. 8. — Le jury est constitué avant l'ouverture du registre des inscriptions.

En cas d'empêchement, l'inspecteur général président est remplacé par un autre inspecteur général désigné par le ministre ; les autres membres du jury sont, en cas d'empêchement, remplacés par les jurés suppléants et les épreuves continuent de plein droit avec les membres restants.

Art. 9. — Les épreuves ont lieu à Paris ; elles sont toutes subies sous le contrôle de l'inspecteur général, président.

Elles sont au nombre de six, dont trois épreuves préparatoires, et trois épreuves définitives.

Les épreuves préparatoires comprennent :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il est accordé quatre heures aux candidats ; le maximum des points est de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation applicable aux aliénés, pour laquelle il est accordé deux heures ; le maximum de points est de 10.

Les copies ne doivent porter ni nom, ni signatures ; elles doivent être écrites lisiblement et revêtues d'une devise qui est reproduite sur une feuille de papier signée du candidat et mise par lui sous enveloppe cachetée.

3° Une épreuve sur titres : le maximum des points est de 10 pour cette épreuve à laquelle le jury doit procéder aussitôt après la correction des épreuves écrites.

Ces épreuves sont éliminatoires.

Les épreuves définitives comprennent :

1° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il est accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition.

2° Une épreuve clinique orale qui porte sur un seul malade aux points de vue suivants : diagnostic, pronostic, traitement, assistance ; il est accordé vingt minutes pour l'examen des malades, dix minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition.

3° Une épreuve clinique écrite qui porte sur un seul malade (diagnostic de l'état mental du sujet et détermination des conséquences qui en découlent au point de vue de la législation civile et criminelle) ; il est accordé vingt minutes pour l'examen du malade, et une heure pour la rédaction de la consultation.

Pour chacune de ces trois épreuves définitives, le maximum de points est de 20.

Art. 10. — La police générale du concours est confiée au jury qui, notamment, détermine les règles à appliquer à la remise et à la lecture des copies, indique l'ordre des épreuves cliniques, fixe le choix des malades et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Art. 11. — Chaque candidat remet au président du jury, avant l'ouverture des épreuves, une déclaration écrite par laquelle il fait connaître s'il est ou non dans ses intentions, en cas de succès, d'occuper avant la fin de l'année du concours un poste de médecin adjoint dans un asile public. Selon que leur déclaration est affirmative ou négative, les candidats sont répartis en deux groupes, dits A et B.

Art. 12. — Nul n'est admis s'il n'a obtenu un nombre de points au moins égal au minimum fixé par le jury, ce minimum ne pouvant en aucun cas être inférieur à la moitié du total des maxima prévus à l'article 9.

Les candidats sont classés d'après le nombre des points obtenus.

La liste dressée par le jury ne peut comprendre un nombre de candidats du groupe A supérieur au nombre des postes de médecins adjoints des asiles publics mis au concours, sauf au cas d'*ex æquo*, où le ministre décide sur proposition spéciale du jury.

Art. 13.— Aussitôt après la clôture des opérations du concours, le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques désigne aux candidats admis du groupe A, ceux des postes de médecins adjoints mis aux concours qui se trouvent vacants.

Lesdits candidats choisissent parmi ces postes suivant leur rang de classement. Ce rang détermine aussi l'ordre dans lequel les nominations seront faites aux postes ultérieurement vacants.

Si l'un des candidats n'a pas exercé son choix dans les quinze jours qui suivent le concours ou s'il n'accepte pas le poste ultérieurement vacant, auquel il est appelé d'après son rang de classement, il est fait appel aux candidats du même groupe classés après lui.

Lorsque la liste de ceux-ci est épuisée, le candidat non encore pourvu est invité, à nouveau, à accepter le poste qui se trouve vacant ; en cas de nouveau refus, il ne peut être nommé qu'après les candidats reçus au concours de l'année suivante.

Celui qui n'accepte aucun des postes à lui offerts dans le courant de l'année qui suit celle du concours est considéré comme renonçant aux droits qu'il tient du concours.

A défaut de candidats admis du groupe A, les candidats du groupe B, classés avant le dernier du groupe A, peuvent être nommés aux postes de médecin adjoint des asiles publics.

Cette faculté cesse à la fin de l'année du concours.

Il est procédé à la nomination des médecins adjoints par arrêté ministériel et leurs services courent à partir de leur installation effective.

Art. 14. — Les classes et traitements des directeurs médecins, médecins en chef, et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés sont fixés ainsi qu'il suit :

1° Directeurs médecins et médecins en chef :

Classe exceptionnelle	9.000 fr.
1re classe	8.000
2e classe	7.000
3e classe	6.000
4e classe	5.000

2° Médecins adjoints :

Classe exceptionnelle	4.000
1re classe	3.000
2e classe	3.500
3e classe	3.000

A ces traitements s'ajoute la jouissance des allocations en nature déterminées par le règlement de chaque asile (logement, chauffage, éclairage, etc.).

Art. 15. — Les avancements de classe sont, sous réserve des dispositions de l'article 17, accordés par le ministre aux directeurs médecins et médecins en chef après trois ans, et aux médecins adjoints après deux ans d'exercice dans la classe inférieure.

La période de trois ans exigée pour les directeurs médecins et médecins en chef peut être réduite à deux ans par le ministre sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques et sur l'avis conforme de la commission instituée à l'article 18, en raison de services et titres exceptionnels d'ordre médical, scientifique ou administratif.

Les directeurs médecins et médecins en chef ne peuvent être promus à la classe exceptionnelle qu'après quinze ans de services dans le grade et dans les formes définies au paragraphe précédent.

A dater de la promulgation du présent décret, les directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints seront inscrits dans la classe déterminée par le traitement afférent à la classe dans laquelle ils étaient antérieurement rangés et ils conserveront l'ancienneté qu'ils avaient dans cette dernière classe.

Art. 16. — Les médecins adjoints, sauf ceux qui ont été rétrogradés du poste de directeur médecin ou de médecin en chef par application des dispositions de l'article suivant ou dont la promotion se trouve retardée à titre de mesure disciplinaire conformément au même article, sont nommés à l'ancienneté aux postes de directeurs médecins ou de médecins en chef.

Toutefois les dispositions spéciales de l'arrêté du 11 septembre 1907, concernant le personnel des médecins des asiles de la Seine, resteront provisoirement en vigueur.

Art. 17. — Les mesures disciplinaires applicables au personnel médical des asiles publics d'aliénés sont :

1° L'avertissement ;
2° La censure ;
3° L'ajournement pendant trois ans au plus d'une promotion à la classe supérieure ou au grade supérieur ;
4° Le déplacement ;
5° La rétrogradation de classe ou de grade ;
6° La mise en disponibilité d'office ;
7° La révocation.

Ces mesures sont appliquées par le ministre sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques et, sauf pour l'avertissement ou la censure, après avis motivé de la commission prévue à l'article suivant.

Dans tous les cas, l'intéressé doit être préalablement invité à prendre communication de son dossier conformément aux prescriptions de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905, et à fournir ses justifications écrites.

En outre, le cas échéant, il peut demander à être entendu par la commission de discipline et se faire assister alors d'un défenseur dont la désignation à moins qu'il ne s'agisse d'un avocat, est soumise à l'agrément du président.

Les directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints mis en disponibilité d'office ne reçoivent pas de traitement ; ils ne peuvent être réintégrés que sur l'avis conforme de la commission prévue à l'article 18.

Art. 18. — Il est constitué auprès du ministre de l'intérieur une commission spéciale composée comme suit :

Un conseiller d'Etat, nommé pour trois ans par le ministre, président ;
Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ;
Le directeur de l'administration départementale et communale ;
Un inspecteur général des services administratifs nommé pour trois ans par le ministre ;
Trois directeurs médecins ou médecins en chef élus annuellement par leurs collègues qui sont en outre appelés à élire un suppléant.

Pour les affaires disciplinaires intéressant les médecins adjoints, les trois directeurs médecins ou médecins en chef sont remplacés par trois médecins adjoints élus, ainsi qu'un suppléant, par leurs collègues.

Lorsque la commission est saisie d'une affaire concernant un de ses membres élus ou un médecin de l'asile auquel l'un de ceux-ci est attaché, ledit membre est récusé de plein droit.

L'élection des représentants du personnel médical a lieu au scrutin de liste, par correspondance. Nul n'est élu s'il n'a obtenu, au 1er tour de scrutin, la moitié plus un des suffrages des électeurs inscrits ou, au 2e tour, la moitié plus un des suffrages exprimés : au 3e tour l'élection a lieu à la majorité relative.

Le dépouillement du scrutin est opéré au ministère de l'intérieur par les soins de la commission prévue à l'article 7.

Indépendamment des attributions qui lui sont ci-dessus conférées, la commission instituée en vertu du présent article donnera son avis sur toutes les questions concernant le recrutement, l'avancement, la discipline et les traitements du personnel médical des asiles publics d'aliénés et le concours de l'adjuvat ainsi que sur toutes affaires qui lui seront renvoyées soit par le ministre soit par le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Art. 19. — Sont rapportés les décrets des 1er août 1906, 26 novembre 1907 et 5 août 1908.

Sont en outre abrogées toutes dispositions de décrets ou arrêtés ministériels contraires à celles du présent décret.

Art. 20. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, est chargé de l'exécution du présent décret.

BIBLIOGRAPHIE

La commune et l'assistance obligatoire, par M. Georges Rondel, Inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur. Petit livre très bien fait et dont le prix modique (un franc) le rend accessible à tous.

Ce travail comporte 4 chapitres : le 1er, sur les malades, est un commentaire précis, net et très clair de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, ainsi que des décrets et règlements ultérieurs s'y rapportant. En termes concis, mais très clairs, sans phrases inutiles, M. Rondel définit le domicile de secours, les bureaux d'assistance, les différentes modalités d'inscriptions sur les listes de l'A. M. G. (membres de sociétés de S. M. enfants assistés, etc.), les réclamations à faire pour non-inscriptions, sur ces listes, les parts contributives pour les dépenses de l'A. M. G. qui incombent au département, à la commune, à l'Etat, etc. Bref, la loi de 1893 se trouve commentée en quelques pages d'un exposé concis et facile à lire.

A noter les quelques lignes consacrées aux dépenses médicales. L'auteur laisse percer sa sympathie pour le libre choix du médecin et le tarif à la visite ; mais, avec raison, il voudrait voir ce modus faciendi être placé sous un contrôle modérateur composé de conseillers généraux et de médecins. En cela, nous ne pouvons qu'approuver pleinement l'idée de M. Rondel et il serait à désirer que les syndicats médicaux fussent, dans chaque départements, invités à collaborer, avec le conseil général, au contrôle des ordonnances trop chargées ou des visites trop nombreuses.

Le chapitre II s'occupe des enfants assistés en France comme en Algérie ; le chapitre III commente la loi de 1905 sur les vieillards, infirmes et

incurables, enfin le chapitre IV a trait au régime des aliénés. Nous regrettons que la place nous soit limitée, car tout, dans ce livre, nous paraît digne d'être cité. Conçu dans un esprit clair et précis, cet ouvrage ne nous donne des lois que ce qu'il faut en connaître et nous épargne les phrases obscures des lois et décrets que l'on ne peut comprendre que lorsqu'on est habitué au langage juridique.

Dr Boudin.

REPORTAGE MÉDICAL

Le service militaire des étudiants. — Les conditions à remplir pour conserver la dispense prévue à l'article de la loi du 15 juillet 1889 sont les suivantes :

Les dispensés sont tenus de produire le diplôme ou titre, qui est la condition de la dispense, dans le courant du mois qui suit l'obtention et, au plus tard, avant le 1er décembre qui suit la date à laquelle ils atteignent la limite d'âge fixée par la loi (26 et 27 ans, suivant le cas).

Jusqu'à l'obtention du diplôme ou titre, les dispensés doivent remettre tous les ans, entre le 15 septembre et le 17 octobre, au commandement de recrutement de la subdivision où ils ont concouru au tirage, le certificat modèle G, qui leur sera délivré par le secrétariat.

Loi du 21 mars 1904. Sursis d'incorporation. — Aux termes de l'article 21 de la loi du 21 mars 1905, sur le recrutement de l'armée, des sursis d'incorporation, renouvelables d'année en année, jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, peuvent être accordés, en temps de paix, aux étudiants classés soit dans le le service armé soit dans le service auxiliaire, à la condition pour ces étudiants d'établir que, dans l'intérêt de leurs études, il est indispensable qu'ils ne soient pas enlevés immédiatement à leurs travaux.

Une instruction du ministre la Guerre en date du 29 décembre 1905 indique le mesures suivantes nécessaires à l'exécution de ces dispositions, « La demande de sursis, écrite et signée par l'intéressé, doit être appuyée d'un certificat établi, suivant la catégorie de l'étudiant et sur sa demande, par les doyens de Facultés ou directeurs d'écoles d'enseignement supérieur.

« Cette demande, avec son annexe, est adressée par le postulant au maire de la commune où il a été inscrit dès la publication des travaux de recensement. Instruite dans les formes déterminées par l'article 21 de le loi du 21 mai 1905, elle est souverainement jugée par le conseil de revision.

« Les étudiants devant fournir eux-mêmes leurs pièces, l'autorité militaire ne saurait être rendue responsable des retards qu'ils apportent à cette production. »

Les pharmaciennes. — En réponse à plusieurs articles publiés dans l'*Echo de Paris* par Mme Colette Yver, qui, après avoir passé en revue les diverses professions qu'une femme peut aborder, signale aux jeunes filles la pharmacie comme pouvant procurer une existence enviable, le *Monde pharmaceutique* du 20 janvier 1910 rétorque *dans des termes très judicieux* l'opinion de Mme Colette Yver. Voici comment il s'exprime :

« Certes, nous ne voyons aucun inconvénient à ce que les parents cherchent une profession honorable pour leurs filles. Mais la pharmacie est-elle réellement une profession à recommander ?

« Les études sont coûteuses et longues ; on ne peut exercer la profession avant 25 ans, et même l'âge moyen de réception d'un pharmacien est de 27 ans. Lorsque la Faculté vous confère enfin ce fameux diplôme, qu'avez-vous de plus ? Le droit de faire faillite. Et c'est tout.

« Resserré dans les limites d'une législation rigoureuse au point d'être inexécutable, le pharmacien, pour vivre, *est constamment obligé de violer la loi, soit en faisant de l'exercice illégal, soit en délivrant des toxiques sans ordonnances* (1).

« Ajoutons qu'il est peu ou point pratique. Les pouvoirs publics trouvent fort peu intéressants des gens qui passent leur existence derrière un comptoir parmi leurs simples et qui ne font pas de politique.

« Ils sont la tête de turc de tout le monde, médecins et magistrats.

« Le public les considère comme taillables et corvéables à merci. Les commerçants les trouvent trop aristos (*sic*). Les professions libérales les repoussent.

« Bref, la pharmacie est loin d'être une profession enviable, et ce n'est pas un débouché à indiquer aux parents à la recherche d'une situation pour leurs enfants. »

(*Répertoire de pharmacie*, 10 février 1910.)

L'Hospitalisation des Enfants du premier âge. — M. le Dr R. St-Philippe, le distingué pédiâtre de Bordeaux vient de porter avec sa compétence éclairée, cette importante question à la tribune de l'Académie de médecine.

Nous avons grand plaisir à reproduire ici les conclusions de ce travail auxquelles nous nous associons sans réserve.

1° Les enfants du premier âge — si menacés — n'ont pas dans les Hôpitaux et Hospices la place privilégiée qu'ils devraient occuper ;

2° Ils souffrent de ce fait et meurent dans des proportions inquiétantes par suite de l'encombrement, de la promiscuité, de la contagion ;

3° Il faudrait substituer la séparation au mélange : à l'intérieur les isoler les uns des autres, à l'extérieur les isoler des enfants plus âgés ; il faudrait créer pour eux, à l'Hôpital, la consultation d'élevage et la « Goutte de Lait ;

4° L'Assistance Publique et les Commissions administratives Hospitalières devraient être invitées à prendre les mesures impérieusement réclamées par les circonstances.

(1) Quel aveu !

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs Barrabé, de Domfront (Orne) et Linget, de Montigny-Lencoup (Seine-et-Marne), membres du « Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 9 Dimanche 27 FÉVRIER 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

Aux membres de l'Amicale et de la Caisse des pensions de Retraite du corps médical français
Referendum 177
Syndicat des médecins de la Seine
Aide aux médecins victimes des inondations 184
Propos du jour
Mille et un faits professionnels 185
Clinique obstétricale
Difficultés et contre-indications de l'allaitement maternel 187
Neurologie
Séméiologie générale des troubles de l'appareil de la vision dans les maladies du système nerveux 190
La semaine médicale
L'ichtyol dans la furonculose auriculaire. — Diagnostic précoce des infections typhoïdiques par l'examen bactériologique du sang 192
Revue des sociétés savantes
Blessure de la hanche par une balle. — Grossesse tubaire. — Atrophies osseuses d'origine névro-traumatique. — Plaie artérielle. — Abcès du cerveau après sinusite. 194
Chronique syndicale
Appel aux Syndicats médicaux pour venir en aide au Syndicat de Valence dans un procès d'ordre général 195
Correspondance
Est-on fonctionnaire ou non ? 195
Le Sou médical
Séance du Conseil d'administration du 10 février 1910. 197
Reportage médical 198

AUX MEMBRES DE L'AMICALE

Et de la CAISSE des PENSIONS de RETRAITE du CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

REFERENDUM

Chers Confrères,

Nous vous soumettons aujourd'hui une question des plus sérieuses sur laquelle nous vous demandons de réfléchir mûrement et de nous donner votre avis nettement formulé.

Voici les faits avec les documents capables de vous éclairer :

Au mois de mars 1901, l'*Amicale* concluait avec l'*Association générale des médecins de France* une convention aux termes de laquelle l'Amicale s'engageait à n'accepter de nouveaux membres qu'autant qu'ils feraient partie de l'A. G. et admettait, tant dans son conseil d'administration que parmi ses contrôleurs, des délégués de l'A. G. Celle-ci, par contre, s'engageait à ne pas créer de caisse pour l'assurance maladie, à patronner l'*Amicale* et à payer les cotisations des sociétaires qui se trouveraient dans l'impossibilité de le faire

Vers le même temps, la *Caisse des Pensions* signait un contrat analogue.

En 1908, une nouvelle convention permettait à l'*Amicale* de créer la combinaison D — pensions aux veuves et aux orphelins — l'A. G. prenant l'engagement de couvrir les risques que pourrait faire courir à la dite combinaison une mortalité trop rapide au moins pendant les premières années.

Ces conventions, verbales d'abord, ont été précisées par des contrats écrits dont vous trouverez le texte au journal (année 1904).

L'accueil fait à ces conventions ne fut pas unanime. Certains nous reprochèrent d'avoir enlevé à l'Amicale et à la Caisse des Pensions leur liberté d'allures en les rivant à l'A. G., d'avoir en réalité augmenté le taux de la cotisation annuelle par l'obligation du versement à l'A. G., d'avoir entravé notre recrutement dans les régions où existent des sociétés non affiliées à l'A G., etc. D'autres nous remercièrent d'avoir évité à nos caisses encore jeunes une concurrence possible, d'avoir ménagé pour les confrères gênés l'exonération totale ou partielle du paiement de la cotisation, d'avoir maintenu pour les chroniques âgés le droit à la pension de l'A. G., d'avoir surtout pu créer la combinaison D en faveur des veuves et des orphelins.

Quoi qu'il en soit, le contrat fut exécuté : l'A-

micale exigea de ses nouveaux membres l'agrégation préalable à l'A. G. et celle-ci versa à la caisse de l'Amicale les cotisations des membres gênés :

En	1903	pour un	sociétaire	153 fr.
	1904	— 2	—	250 fr.
	1905	— 4	—	366 fr. 75
	1906	— 9	—	586 fr. 50
	1907	— 8	—	756 fr.
	1908	— 10	—	847 fr.
	1909	— 11	—	963 fr. 40
	1910	— 11	—	498 fr. 1er semestre.

L'Association générale, outre la garantie accordée à la combinaison D., rendait donc aux membres de l'Amicale des services appréciables, et il nous semblait désirable de voir l'entente se poursuivre sans accroc d'aucun genre.

La Caisse des Pensions avait bénéficié d'avantages analogues.

Mais, au mois de juillet dernier, un de nos confrères estimés, un des lutteurs des combats professionnels, le Dr Guillemonat, alors secrétaire du Syndicat des médecins de la Seine, écrivait à notre trésorier qu'il était obligé de renoncer à la constitution de son dossier pour l'entrée à l'Amicale, sa candidature à la Société centrale ayant été écartée par un ajournement *sine die*, ajournement prononcé globalement contre tout un groupe de candidats.

Le Conseil d'administration de l'Amicale chargeait son Président Maurat de saisir de la question le président de l'A. G., mais M. Lereboullet, le 24 juillet, répondait que, l'*autonomie des sociétés unies étant une des règles fondamentales de l'A. G., il n'appartenait pas au Président général de discuter un vote émis par une commission administrative et qu'il ne pouvait, dans ces conditions, que transmettre à M. le Dr Bucquoy, président de la Société centrale, la lettre qui lui avait été adressée.*

Le 5 août, M. le président Bucquoy, de son côté, répondait :

La décision prise par la Commission administrative de la Société centrale dans la réunion du 8 juillet ne visait aucune question de personne, elle était ainsi conçue :

Considérant que l'Assemblée générale de 1910 de la Société Centrale aura à se prononcer sur la question de la Société dite : *La Prévoyance médicale*, la Commission administrative ajourne jusqu'à la dite assemblée générale toute décision relative à l'admission comme membres de la Société centrale de médecins faisant partie de la *Prévoyance Médicale*.

D'autres plaintes analogues parvinrent au Conseil de l'Amicale, et on se souvient que, le 14 novembre, à l'Assemblée générale de l'Amicale, le Dr Laisné (de Paris), prenant la parole pour un fait personnel, exposa que, voulant entrer à l'Amicale, il avait posé sa candidature à la Société centrale, et que son admission fut ajournée *sine die* par celle-ci sous on ne sait quel prétexte.

Ce à quoi le président Maurat répondit que le Dr Laisné ne saurait être refusé pour des raisons d'indignité, qu'il avait fait acte de candidature à la Société centrale et que, s'il présentait son dossier à l'Amicale, il serait admis, quoi qu'il pût arriver.

Cette réponse, qui valut à Maurat les applaudissements des membres présents et les félicitations d'un certain nombre de correspondants, lui valut aussi une protestation du bureau de l'A. G.

Paris, le 2 décembre 1909.

Mon Cher Président,

Le compte rendu de l'assemblée générale du 14 novembre 1909 de l'Association Amicale, paru dans le *Concours médical*, nous oblige, au nom du Bureau du Conseil général de l'A. G., à vous soumettre quelques réflexions nécessitées par la réponse que vous avez faite à un confrère de Paris qui se plaignait de l'ajournement de sa candidature à la Société centrale.

La thèse que vous avez soutenue, d'après laquelle il suffirait, pour un confrère, afin d'être admis à l'Amicale, d'avoir fait acte de candidature régulière à l'une des sociétés locales de l'A. G., ne peut être défendue par vous, puisqu'elle est contraire aux conventions de l'Amicale avec l'A. G., ainsi qu'aux statuts actuels de l'Amicale.

Vous invoquez, à l'appui de votre manière de voir, les déclarations qui vous auraient été faites par notre regretté trésorier, le Dr Blache. Vos souvenirs doivent vous mal servir : Blache a dû vous dire qu'en raison des bonnes relations ayant toujours existé entre l'Amicale et l'A. G., il pouvait être apporté un tempérament à l'article 16 de vos statuts qui déclare que tout candidat à l'Amicale doit justifier de son affiliation à l'une des sociétés locales. Il a été convenu, en effet, que tout médecin ayant fait acte de candidature à l'une des sociétés locales pourrait être admis provisoirement à l'Amicale jusqu'à ce que l'assemblée générale de la société locale de son département ait ratifié son admission.

Du reste, une lettre écrite le 14 février 1909 par le Secrétaire général de l'Amicale, M. le Dr Mignon, ne laisse subsister aucun doute à cet égard. Parlant d'un membre de l'Amicale dont l'admission à une société locale avait été annulée pour non-paiement de cotisation, le Dr Mignon déclare que ce fait entraîne sa suspension à l'Amicale et que si, dans l'année, il n'a pas payé sa cotisation à la société locale, il sera rayé de la liste des membres de l'Amicale.

Plus loin, dans la même lettre, le Dr Mignon ajoute que l'admission à l'Amicale n'est définitive que quand a lieu celle à la Société locale et reste jusqu'à cette date provisoire, même après publication au journal le *Concours Médical*.

Si vous contestiez l'interprétation donnée aux statuts par le Dr Mignon, il vous suffira de relire l'article 1er de la convention entre l'Amicale et l'A. G. où il est spécifié que tous les membres de l'Amicale doivent appartenir à l'Association générale des médecins de France.

Quant à la décision de la Commission administrative de la Société centrale qui a été visée dans la discussion à l'Assemblée générale de l'Amicale, il ne nous appartient pas de l'apprécier ici,. Nous croyons cependant nécessaire de faire observer qu'il est injuste d'accuser la société centrale de mauvaise volonté, elle qui, sans se soucier des charges qui peuvent en résulter dans l'avenir, a toujours admis les femmes qui n'étaient pas acceptées dans d'autres sociétés locales et les confrères habitant des départements où il n'existe pas de société locale ; elle a ainsi prouvé par des actes qu'elle s'intéresse au développement et au succès des filiales.

Nous espérons que ces simples explications que

nous vous prions de vouloir bien publier dans le *Concours médical* modifieront votre manière de voir au sujet de l'admission des membres de l'Amicale et que cet incident n'altérera nullement l'union à laquelle vous avez si puissamment contribué entre l'A. G. et l'Amicale et qui ne peut être que profitable à ces deux associations.

Veuillez agréer, mon cher Président, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Le trésorier général, Ch. DARRAS. *Le secrétaire général,* G. LEPAGE.

Le Président de l'Association générale, LEREBOULLET.

Le conflit s'accentuait : les protestations devenaient plus vives à l'Amicale ; le Dr Guillemonat faisait sommation par huissier, à la Société centrale, d'avoir à prononcer son admission ; un confrère était, en province, refusé parce que patronné par le bureau de la Société centrale hostile à la *Prévoyance*, alors que les membres en étaient partisans ; une autre difficulté prochaine était signalée dans une autre région..... Il fallait couper court à ces incidents.

C'est alors que Gassot, cherchant une solution qui ne fût pas un replâtrage et qui pût à l'avenir empêcher tout conflit, proposa la création d'une seconde *Société centrale* sous les auspices de l'Amicale et de la Caisse des Pensions de retraites du corps médical français.

Le 28 décembre, il présentait au Conseil de l'Amicale le rapport suivant :

Messieurs,

L'ajournement *sine die*, et même le rejet par la Société Centrale de candidatures de confrères qui demandaient leur affiliation à cette Société pour pouvoir entrer à l'Amicale, risque de créer entre cette dernière et l'Association Générale un conflit qu'il convient d'écarter sans délai.

En échange de certains avantages précieux accordés à ses membres par l'Association Générale, l'Amicale s'est engagée à n'admettre pour l'avenir que des Médecins membres d'une des Sociétés locales affiliées à l'Association Générale, mais il est indiscutable que l'esprit de cette convention reposait sur les errements antérieurs et ne pouvait couvrir des faits nouveaux, tout à fait en dehors des habitudes des Sociétés locales et impossibles à prévoir.

Or, le rejet en bloc de tout un groupe de candidatures par la Société Centrale de Paris, l'ajournement *sine die* de leur examen, constituent bien un fait nouveau. Il ne s'agit pas, en effet, d'un cas d'indignité personnelle qui ne saurait être matière à discussion — il suffit de citer les personnalités de membres et même du Secrétaire général du Syndicat des Médecins de la Seine pour qu'il n'y ait aucun doute à cet égard — il ne s'agit pas davantage de griefs professionnels qui, à la rigueur, pourraient faire écarter personnellement un médecin ; il s'agit d'un procès de tendance sur un domaine qui ne peut relever que de la seule conscience du praticien. L'Amicale est donc bien obligée de constater que de tels agissements de la part de la Société Centrale entravent son recrutement, lui portent nettement préjudice et violent l'esprit de la Convention.

L'Association Générale, par la voix de son Président, à l'autorité duquel l'Amicale a fait appel, répond qu'elle est une simple fédération de Sociétés ayant leur autonomie absolue, que, statutairement il lui est impossible d'intervenir dans les décisions de ces Sociétés et qu'en l'occurrence elle ne peut par conséquent rien faire. Il résulte donc de cette situation que l'Amicale serait liée vis-à-vis de l'Association Générale par la lettre de la convention et que l'Association Générale se trouverait dans l'impossibilité absolue d'empêcher la violation, par ses sociétés affiliées, de l'esprit de cette convention.

Ainsi posée, la question ne peut rester en l'état : elle réclame une solution prompte et formelle.

Un certain nombre de membres de l'Amicale ont réclamé la rupture de la convention — nous pensons que la chose serait regrettable à tous points de vue et nous ne saurions l'envisager que comme une mesure *in extremis*, si satisfaction ne pouvait être donnée à l'Amicale par un autre moyen.

Or cet autre moyen existe :

L'Amicale, moins encore que le Président de l'Association Générale, ne peut intervenir dans les affaires des Sociétés locales, mais elle peut provoquer la création, sur le modèle de la Société Centrale, d'une Société qui, comme cette dernière, serait affiliée à l'Association Générale, mais qui serait libéralement ouverte à qui s'y présenterait dignement.

Il ne s'agirait, en aucune façon, de concurrencer les Sociétés locales et de drainer leurs adhérents à son profit ; mais, constituée sur le principe du respect absolu, dans son esprit comme dans sa lettre, de la convention qui lie l'Association Générale et l'Amicale, la Société nouvelle accueillerait les confrères que l'intolérance ou les coteries locales prétendent écarter, ceux qui se refusent à se courber devant aucun dogmatisme, ceux que n'attachent aucun lien dans les départements et qui ne veulent ou ne peuvent entrer à la Société Centrale ; elle accueillerait encore les femmes de confrères que rejettent les statuts de certaines Sociétés locales.

Il est impossible d'envisager même la possibilité d'un refus d'agrégation de la part de l'Association Générale qui comptera une Société filiale de plus, et tous les conflits présents et futurs seraient écartés du coup.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer la résolution suivante :

« Le Conseil d'Administration de l'Amicale prend l'initiative de la création d'une Société de Secours Mutuels à statuts conformes aux statuts-modèles des sociétés affiliées à l'Association Générale des Médecins de France, avec les améliorations réclamées par les véritables intérêts des médecins praticiens ».

Cette motion pacificatrice devait encore soulever des orages.

Pressés par certaines nécessités, par des difficultés qu'ils sentaient et qu'ils voulaient éviter, les membres du bureau de l'Amicale avaient, la veille, adressé à un certain nombre de confrères la convocation et la formule d'adhésion suivantes :

Société Métropolitaine de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins praticiens.

Siège social provisoire : 23, rue de Dunkerque, Paris.

Paris, le 27 décembre 1909.

Cher confrère,

Les membres soussignés du Conseil d'Administration de l'*Association Amicale des Médecins Français pour l'indemnité-maladie, la retraite à 65 ans, la pension aux veuves et orphelins* ;

Adoptant par avance le rapport ci-contre qui leur sera officiellement présenté dans leur séance du 28 décembre (mardi prochain),

Ont l'honneur de s'adresser à vous, comme à tous ceux des médecins de la Seine, qui, membres de l'Amicale, ou des diverses Sociétés d'intérêt professionnel, n'ont pas encore adhéré à l'Association Générale des Médecins de France, ou qui, membres de la Société locale, désapprouvent l'acte d'arbitraire et d'ostracisme auquel fait allusion le rapport ci-contre et cherchent, comme nous, une solution pacifique au litige ainsi soulevé,

Et vous seraient reconnaissants de leur dire, en retournant de suite, rempli et signé, le bulletin ci-contre, au Siège social, 23, rue de Dunkerque :

1° Si vous donnez formellement votre concours à la création immédiate (avant le 1er janvier 1910) de la société projetée ;

2° Si vous voulez bien assister, le jeudi 30 décembre, à l'assemblée constitutive qui se tiendra à *cinq heures du soir aux Bureaux du « Concours Médical »*, 23, *rue de Dunkerque*, pour lecture et adoption des statuts, constitution du bureau et demande d'agrégation à l'Association Générale des Médecins de France.

Veuillez excuser, cher confrère, l'excessive hâte que nous apportons dans ce nouvel appel à votre esprit de solidarité, et croire à nos meilleurs sentiments.

Dr Maurat, Dr Cézilly, Dr Mignon,
Dr Gassot, Dr Jeanne, membres
du Bureau de l'*Amicale*.

FORMULE D'ADHÉSION

Je soussigné (Noms et prénoms) .....

résidant à ..... *Département d* .....

né le ..... *à* ..... *Département d* .....

Docteur en médecine reçu devant la Faculté de ..... *le* .....

déclare adhérer à la constitution de la **Société métropolitaine de Prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins praticiens** *et m'engage à assister ou à me faire représenter à l'Assemblée constitutive du* 30 *décembre* 1909 *au* Concours Médical.

Paris, le ..... 19.... Signature

Prière de retourner de suite le présent bulletin rempli et signé au **Concours Médical, 23, rue de Dunkerque, Paris.**

A cette circulaire était annexé le rapport Gassot — le projet des statuts était à l'impression.

A la séance du 28 décembre, M. le Dr Lepage, délégué de l'A. G. au Bureau de l'Amicale, protesta contre ce qu'il considérait comme une incorrection à son égard et, donnant sa démission, se retira (1) : la proposition Gassot fut votée et, le lendemain, 29 décembre, avait lieu la réunion constitutive de la Société métropolitaine.

Le *Concours médical* en a donné le compte rendu dans son numéro de 1910.

Les Drs Jeanne et Noir, président et vice-président de la Société nouvelle, firent le dépôt légal des statuts et se rendirent près de M. Lereboullet, président de l'A. G. pour lui demander de les aider à obtenir l'approbation ministérielle : celui-ci voulut, préalablement à toute réponse, avoir l'avis du Conseil général qui était convoqué pour le 20 janvier.

Le Conseil général, après avoir entendu Jeanne et Noir, spécialement convoqués, pensa qu'il y avait lieu de réunir les deux questions : appui pour l'approbation ministérielle et demande d'agrégation à l'A. G, et les renvoya à l'examen d'une commission spéciale qui se réunit le 10 février.

Entre temps, Jeanne faisait parvenir à tous les membres du Conseil Général de l'A. G. le mémoire suivant :

Pour l'agrégation de la Métropolitaine

A l'appui de la demande que nous adressons à l'A-G., au sujet de la Métropolitaine, il nous paraît indispensable, après les observations qui nous furent faites le 20 janvier, de grouper dans le présent mémoire : 1° toutes les raisons qui ont motivé notre création ; 2° toutes celles qui nous font souhaiter une réponse favorable à très bref délai ; 3° tous les arguments que nous opposons à des objections formulées.

Nous ne doutons pas que les conclusions qui sortiront de cet exposé ne soient pleinement adoptées ensuite par des confrères qui ne veulent s'inspirer, comme nous, que de l'*intérêt général du praticien* et de sa liberté dans le choix des moyens qu'il veut employer pour se couvrir au cours de sa carrière et de sa vie, quand il ne les emploie pas tous par adhésion à toutes les Sociétés. Nous ne doutons pas non plus que se dégageront nettement de ces quelques pages et la pureté absolue de nos intentions à l'égard de notre chère A. G., et la nécessité d'apprécier sympathiquement le récent geste d'hommes d'action qui, certains d'avoir trouvé la solution élégante d'irritants conflits, ont redouté d'en compromettre la réalisation, *en temps opportun*, par la discussion que ces conflits rendaient difficile. Faut-il ajouter qu'après les complètes explications qui vont être ici fournies, ces mêmes hommes, parlant à des amis, seront facilement excusés d'avoir opéré avec une hâte qu'ils ont eux-mêmes qualifiée d'excessive et avec la conviction d'être bien compris quand ils présenteraient en toute cordialité confraternelle..... le fait accompli et ses conséquences certaines.

A. — *Raisons de la création de la Métropolitaine.*

1° Que chaque société locale soit ou non bien inspirée et bien fondée dans sa décision quand elle ajourne ou refuse un candidat, nous n'avons pas à le discuter ici. Mais que ce soit le fait certain d'hier, d'aujourd'hui ou de demain, nul ne peut le contester : il s'est produit, il se produira, parce qu'il est humain qu'il se produise tant que les statuts n'auront rien prévu à cet égard, et tant que planera, au-dessus de la tête des dix mille sociétaires français, l'indéfinissable menace de n'être pas absolument en conformité de conduite professionnelle avec la règle de dignité telle que la conçoivent, pour un moment donné, pour une époque, pour une région, pour une localité parfois, tel bureau mal renseigné, telle commission administra-

(1) Voir procès-verbal de la séance : *Concours Médical* 1910, n° 4, pages 84, 85 et 86.

tive prévenue, telle assemblée obéissant à la mentalité des foules.

L'A. G. se reconnaît avec raison impuissante à prévenir ces accidents.

C'est dire (et nous constatons, avec notre ami M. Lepage, que nous ne l'avons jamais ignoré), que le contrat qui lie l'Amicale et la Caisse des Pensions avec l'A. G. est alors *inexécutable* pour celle-ci, car on doit prévoir comme possible le refus par toutes les Sociétés existantes d'admettre le candidat refusé par l'une d'elles.

La Société Centrale avait bien voulu depuis 1904 (et nous lui en étions très reconnaissants) accepter, sous notre parrainage officieux, des confrères écartés ailleurs pour des motifs qu'en toute indépendance, nous jugions peu ou mal fondés. Nous savons qu'elle n'y était pas tenue et qu'elle dépassait, dans un évident esprit de libéralisme, de bienveillance et de serviabilité confraternelle, les limites où elle aurait dû s'arrêter aux termes des articles 6 et 68 des statuts de l'A. G. et des sociétés unies. Mais, à cause de cela précisément, nous sentions bien, nous, les administrateurs de l'Amicale et de la Caisse des Pensions, que tout ne marchait que par un expédient ; nous avions des scrupules ; nous redoutions qu'un jour ou l'autre le Bureau ne se vît reprocher telle ou telle admission, si, à notre insu, elle était reprochable ; nous sentions bien que nous étions à la merci d'un incident, et nous allions au jour le jour dans le vague espoir qu'il ne se produirait pas.

Or, l'incident s'est produit, l'été dernier, né de circonstances que nous n'avions pas prévues. M. Lepage sait que nous avons refusé, dès le début, de le grossir par la publication de la plainte de l'un des refusés, que nous nous sommes entre mis pour calmer la mauvaise humeur, empêcher les représailles, et que nous avons, à cet effet, réclamé l'intervention si possible du président de l'A. G. M. Lepage lui-même nous fit espérer une solution pacifique et nous l'attendîmes avec ténacité. Si, à l'assemblée générale de l'Amicale, M. Maurat prononça, au sujet du contrat-obstacle, des paroles sur l'interprétation desquelles on peut discuter sans qu'il s'en offusque, c'est qu'il voulait éviter la récrimination violente qu'allait formuler un autre des candidats refusés, et nous laisser le temps de trouver la solution soumise aujourd'hui à la Commission de l'A. G.

Celle-ci nous arriva enfin du Dr Gassot, le 21 décembre, sous la forme même où vous la voyez : « Les statuts de la Métropolitaine ».

Au vu et au su de tous ceux qui nous connaissent bien, Gassot est celui qui, parmi les Administrateurs et Directeurs du *Concours* et de ses filiales, représente l'élément modérateur et conciliateur par excellence.

Il est aussi le seul qui fasse partie du Conseil Général de l'A. G. Il est enfin celui qui, vivant dans le milieu rural, est plus à même de faire complète abstraction de vues particulières des dirigeants de telles ou telles sociétés parlant trop *pro domo*, et s'élève mieux au-dessus de ces contingences pour n'envisager que l'*intérêt des praticiens*. Beaucoup savent tout cela, mais à ceux qui ne se souviendraient pas de l'année 1893, nous devons rappeler un précédent : C'est le même Gassot, réfléchi, pondéré, mais fermement convaincu, qui, fatigué des discussions stériles, des fins de non-recevoir et des refus persistants de l'A. G., vint nous dire, à cette époque, au Conseil de Direction du *Concours*, « faisons nous-mêmes, et tout de « suite, la Caisse d'indemnité-maladie ; on sera una« nime *plus tard* à nous remercier d'avoir *agi* ». Notre ami Gassot est donc un récidiviste du genre de crime que nous venons de commettre avec une préméditation avouée mais qu'on a trouvée courte.

Et maintenant pourquoi celle-ci fut-elle si courte ?

Parce que, réunis le jeudi 23 décembre pour examiner le projet, nous apprenions en même temps :

1° De Gassot, qu'il y avait intérêt à rendre définitive pour le 1er avril, à la fin du stage de six mois, les admissions provisoires faites à l'Amicale en date du 1er octobre ;

2° D'un autre confrère bien informé qu'il y avait envoi de papier timbré à la Société centrale par l'un des candidats ajournés ;

3° D'un autre confrère encore que ce candidat, membre du *Sou Médical*, parlait de se faire soutenir par celui-ci contre la Société centrale ! ! !

4° D'un autre enfin, quels étaient les résultats du referendum de cette dernière Société, et, par conséquent, la gêne qu'éprouverait son Bureau à marcher contre ses chiffres pour réaliser l'espérance que notre ami Lepage avait laissé entrevoir.

A la veille des jours fériés, le temps manquait pour des discussions et consultations qui ne permettraient pas d'être prêts le 30 décembre ; nous fûmes unanimes à décider l'acte immédiat.

Des convocations (une centaine) furent envoyées à des confrères qui, pour la plupart, n'étaient pas membres de la Société centrale, car nous cherchions à nous recruter sans lui porter préjudice. Cinquante médecins, dont les noms sont inscrits sur la liste ci-jointe répondirent à notre appel, et, copieusement renseignés sur ce que voulait être la Société créée par l'Amicale et la Caisse des pensions, ils en adoptèrent à l'unanimité les statuts, et lui donnèrent un président et un vice-président appartenant aux Conseils d'Administration de nos deux Caisses. De plus, ils donnaient mandat à ceux-ci :

1° De tenter une démarche immédiate pour arrêter les suites de l'envoi de papier timbré ci-dessus mentionné ; 2° de remplir au *plus tôt*, les formalités d'approbation et d'agrégation à l'A. G. Telles sont, en résumé, rangées dans un premier chef, les raisons d'opportunité, d'occasion, qui nous ont commandé d'*agir* et d'*agir de suite*.

2° En voici une autre :

L'ordre du jour de la Société centrale qui avait prononcé un bloc d'ajournements indiquait, comme délai « jusqu'à une *discussion et un vote de l'Assemblée de 1910 sur la participation aux Sociétés commerciales* ».

Or, nous sommes de plus en plus convaincus de l'urgence pour l'A.G., comme pour tout le corps médical, d'éviter tout prétexte de réouverture de cette discussion, quelle que soit celle des deux opinions que l'on ait sur le fond de l'affaire, et en reconnaissant qu'elles sont toutes deux parfaitement soutenables.

Et c'est pourquoi nous étions heureux d'éviter à la Société centrale le désagrément de cette échéance de 1910 en admettant dans la « Métropolitaine » ceux des refusés ou ajournés qui seraient en règle avec nos Statuts, dussions-nous les y solliciter au nom de l'entente générale.

3° Après la période d'agitation que nous venons de traverser, n'est-il pas à craindre que le refus d'admission pour simple motif de participation à une Société commerciale ne se produise en maints endroits ? Et si la chose se réalise en un centre qui n'offre pas le noyau de 25 confrères, pris en dehors de la Société locale, pour en constituer une nouvelle, celle-ci ne se créera-t-elle pas en détachant de l'ancienne un nombre suffisant de dissidents ?

Ceux qui s'effrayent (peut être plus que nous) de cette éventualité possible doivent avouer que la création de la « Métropolitaine » éloigne au moins le danger, car nous nous promettons d'être fort attentifs à le prévenir dès qu'il se présentera *comme tel* et nous sommes assez bien informés pour n'être pas taxés de prétention en prenant un engagement de ce côté.

4° L'un de nous, l'autre jour, ayant signalé devant

le Conseil la faible proportion de médecins de la Seine enrôlés dans la Société centrale, notre ami Lepage vit dans son dire une intention malicieuse et rattacha le fait signalé à une campagne de rivalité entreprise par la *Prévoyance médicale.* (Nous tenons à proclamer que l'intention malicieuse n'existait pas, mais qu'il y avait, derrière l'indication donnée, une préoccupation d'un tout autre genre, difficile à développer verbalement le 20 janvier, mais qui a sa place marquée ici.)

Nous la définissons d'un mot tout d'abord en disant : « *Une seule Société centrale ne remplira jamais la tâche de grouper la plupart des 4.000 médecins de la Seine* ».

Assurer l'activité vitale à un groupement si nombreux et composé d'éléments disparates jusqu'à l'*antagonisme* des vues et des intérêts, est une besogne au-dessus des forces et du dévouement indiscuté du Bureau de la Société centrale. Allez donc dans ces conditions organiser la sollicitation permanente près de chaque praticien comme le veut aujourd'hui la solidarité vraie, c'est-à-dire agissante. Il y faudrait beaucoup d'argent (trop pour une mutuelle), du temps dont on ne dispose pas, des visiteurs de mentalité variable correspondant à celle du sollicité. Il faudrait, entre ces 4.000 adhérents, maintenir le contact et l'activité par un organe périodique, nouvelle charge, nouvel effort, en vue d'un résultat non immédiat.

Notre langage n'était pas un reproche ; c'était une simple constatation d'où nous eussions conclu, si c'eût été l'heure propice, par les questions suivantes : « Pourquoi, profitant des expériences de sectionne- « ment, faites par le Syndicat de la Seine et les Socié- « tés d'arrondissement, l'A. G. ne laisserait-elle pas « se créer plusieurs Sociétés locales dans Paris ? Pour- « quoi n'y pousserait-elle pas elle-même ? » Chaque praticien irait ainsi se grouper où l'attirent ses relations, ses affinités, ses sympathies. Il s'intéresserait davantage à une Société qu'il fréquenterait plus souvent, dans l'administration de laquelle il aurait une part plus directe. Plusieurs bureaux et commissions administratives quadrupleraient le nombre des zélateurs, comme cela s'est produit par la création des sections d'arrondissements au Syndicat de la Seine.

L'agrégation de la « Métropolitaine » fournit l'occasion de faire l'essai du système, et, rien que par nos débuts, on peut affirmer qu'il donnera d'excellents résultats.

Si, d'autre part, la *Prévoyance Médicale* a fait la campagne que lui attribue M. Lepage, la continuerait-elle au cas où ses membres parisiens se grouperaient dans une autre Société encore, agrégée comme les précédentes ?

Nous sommes plus portés à croire, au nom de la logique et en tenant compte de ce que nous voyons, que la P. M. favoriserait ce mouvement pour permettre à ses membres de se créer des droits dans l'A. G., et qu'elle allégerait au besoin pour eux le poids des cotisations par une participation quelconque.

Et qui dit même que Syndicat de la Seine et Sociétés d'arrondissement n'adopteraient pas des attitudes analogues ? L'*Amicale* et la Caisse des Pensions ayant eu cette idée, en toute sympathie pour l'A. G., pourquoi ces autres groupements ne l'auraient-ils pas ?

En tous cas, nous sommes de ceux qui, loin de s'en effrayer, n'en tireraient que bon augure. Nous sommes convaincus même que le Conseil de l'A. G. se ralliera quelque jour à cette proposition quand elle aura été bien examinée.

B. — *Raisons qui nous font souhaiter ardemment une réponse favorable à notre demande.*

1° C'est d'abord un vif désir de pacification pour le présent et l'avenir.

Mêlés plus que qui que ce soit à la lutte professionnelle de défense que soutient le corps médical contre les forces sociales qui voudraient l'exploiter de plus en plus, nous nous désolons de voir entre eux aux prises nos meilleurs combattants, et les forces médicales se divisant derrière leurs noms, jusqu'à prêter ainsi encouragement à tels ou tels de nos pires adversaires.

Quand nous nous rappelons l'accord qui régnait entre nous de 1901 à 1908, à l'époque du mariage de nos œuvres de prévoyance, au temps où Brouardel, Divernesse, Jeanne, etc., faisaient inscrire de force le principe du libre choix dans la loi-accident ; où le tarif Dubief était obtenu par les mêmes représentants de tous nos groupements à la place du tarif d'assistance ; où MM. Lereboullet, Gairal, Jeanne, de Grissac, etc., opposaient un *veto* aux prétentions des mutualistes grisés par le succès ; où toutes nos sociétés, dressées dans le 1er Congrès des Praticiens, tuaient le certificat médical d'études supérieures et préparaient un régime pratique de l'enseignement professionnel ; quand de ces années fécondes en résultats nous rapprochons la stérilité de l'année 1909, nous nous disons qu'il faut en finir avec tous les conflits, que grave serait la responsabilité de confrères qui, en écartant la « Métropolitaine », refuseraient de solutionner ce dernier et en prépareraient même de nouveaux à bref délai, que personne ne se trouvera pour encourir d'un cœur léger cette responsabilité, et qu'en tout cas, nous devons le demander et le souhaiter.

2° Mais c'est aussi que le moment est venu de montrer aux praticiens que le *souci de travailler pour eux inspire seul les dirigeants de nos Sociétés*, que la personnalité, les intérêts, les idées particulières de ces dirigeants ne sont rien, qu'ils sont prêts à sacrifier au bien commun, à la nécessité de l'évolution sociale du médecin, leurs goûts et leurs habitudes s'ils sont en contradiction avec les indications du présent et du futur. Nous nous sommes laissé dire que les dévoués administrateurs de la Société centrale avaient proposé les ajournements, cause de l'incident, par esprit de représailles contre une précédente attaque à leurs portefeuilles. Nous protestons contre cette suspicion, sans plus de renseignements, parce qu'elle est inadmissible à l'égard des hommes que nous connaissons, et nous croyons qu'ils ont seulement cherché à rester fidèles à la tradition déontologique de la majorité de leurs mandants. Et c'est parce que nous respectons ce mobile que nous disons : « Plutôt que de faire violence à ce scrupule en imposant ce qui ne serait admis de part et d'autre qu'à contre-cœur, créons un autre groupe afin que l'amicale et confraternelle cohésion persiste dans l'ancien et s'établisse sans peine dans le nouveau ».

Seulement nous devons appeler l'attention sur ce que diraient les refusés et même la masse médicale, si, la « Métropolitaine » écartée, les portes de la Société centrale ne s'ouvraient pas aux postulants. Pourraient-ils proclamer que la Société est bien un corps médical parisien ? Que l'esprit de chapelle ne s'y manifesta jamais ? qu'on y est sans prévention contre qui que ce soit s'ils ne parviennent pas à faire cette constatation, les hostilités ne s'éteindront pas, les conflits renaîtront, la guerre sera l'état habituel.

Quelle perspective ! Souhaitons ardemment qu'elle soit écartée par la réponse que nous sollicitons.

3° A la solution que nous poursuivons, il paraît qu'on a parlé d'en opposer une autre qui serait la dénonciation du contrat passé entre l'A. G., et l'*Amicale* ainsi que la Caisse des Pensions. Ah ! nous reconnaissons qu'elle serait conforme à la règle des administrateurs qui n'administrent pas, et, à cet effet, donnent toujours le mot d'ordre : « Pas d'histoires ». Nous re-

connaissons aussi que les membres les moins prévoyants de l'*Amicale* et de la Caisse des Pensions n'y feraient point trop obstacle, et de même ceux qu n'ont pas une ardente sympathie à l'égard du Bureau de leur Société locale.

Mais les protagonistes de cette belle idée ne peuvent pas appartenir au Conseil de l'A. G., car, ou bien, ils ne se seraient jamais occupés de rien, ou bien, ils sauraient que les négociations au sujet de ce contrat (négociations qui ont duré de 1901 à 1904), n'ont été si opiniâtrement poursuivies que grâce à la volonté et à la conviction des deux parties de travailler utilement à l'*intérêt général des médecins*. Cinq années d'expériences sont venues confirmer pleinement leurs prévisions, par la liste des services rendus aux confrères, par l'augmentation dans le recrutement de l'A. G. et des deux caisses. Est-ce le moment, nous le demandons, de paraître condamner cette expérience, *au mépris des besoins réels du corps médical*, et pour le simple respect de la somnolence de certains qui n'ont sans doute pas à se préoccuper de leur avenir personnel ?

On nous dispensera sans nul doute de ne pas insister sur ce point, et cela dans l'intérêt même de ceux qui l'auraient abordé.

4° Tous ceux qui en tiennent comme nous pour la paix et l'entente, et sont en même temps bien renseignés, savent l'importance qu'il y aura à n'inscrire à l'ordre du jour de l'Assemblée 1910 que des questions qui ne divisent pas regrettablement. Cette Assemblée sera tenue au lendemain du Congrès des Praticiens, à une heure fébrile, par des délégués qui, à l'inverse des autres années, auront reçu des mandats précis et réclameront qu'on ait à se compter dans les votes.

Eh bien ! est-il désirable que les fondateurs de la « Métropolitaine » soient conduits à faire appel devant cette assemblée si un refus d'agrégation, qu'ils n'ont jamais voulu prévoir, venait, par impossible, à leur être opposé ? Nous le regretterions vivement, pour notre compte, nous n'accomplirions notre devoir que sous l'empire d'une grosse émotion et avec le sentiment de l'impuissance devant les suites inconnues du débat. Le Conseil de l'A. G. envisagerait-il cette hypothèse avec plus de sérénité que nous ? C'est possible, mais notre perplexité n'en est pas diminuée et c'est pourquoi nous continuons de souhaiter et réclamer réponse favorable avant la date qui nous inquiète.

C. — *Réponse aux objections qu'on nous a opposées à cette heure.*

1° *Les statuts* :

Nos statuts sont ceux des autres Sociétés locales excepté sur les deux points suivants :

Nous autorisant des votes émis en cours d'année 1909, nous avons écrit que pourrait être admis dans nos rangs quiconque s'y présenterait dignement, c'est à-dire sur la recommandation de deux parrains ou après affiliation à une Société médicale estimée des praticiens ; et nous avons éliminé de notre programme les questions professionnelles qui sont du ressort des Syndicats ou d'autres groupements particulièrement qualifiés en cette matière.

Nous croyons donc que, ces deux précautions prises, nous n'en sommes que plus en règle pour entrer dans le giron des sociétés agrégées à l'A. G.

En revanche, nous croyons pouvoir demander à celle-ci de nous faciliter l'accès du sein maternel en modifiant ses statuts d'une façon insignifiante, c'est-à-dire l'article 6 pour dire en son § 1 : « Elle réunit dans *les Sociétés* siégeant à Paris ».

L'article 68 pour dire au pluriel tout ce qui est dit au singulier ;

L'article 69, *idem*.

L'article 72, *idem*.

L'article 86, *idem* au § 2.

Ceci serait l'affaire d'une Assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet et votant les modifications en quelques minutes, avant l'assemblée générale ordinaire de 1910. Nous avons si souvent procédé à cette opération pour les Sociétés filiales du *Concours* dès que l'indication en apparaissait, que nous ne saurions reconnaître là autre chose qu'une formalité prévue et réglementée d'ailleurs par l'article 58. On ne saurait, en effet, prévoir de discussion, au fond, dans *cette Assemblée extraordinaire* ; le paragraphe 3 de l'article 10 disant formellement *in fine*, en matière de droits du Conseil : « Il agrège les sociétés formées en dehors de l'association générale. »

Mais, du rapprochement des articles 60 et 66, il résulte que l'agrégation ne peut être prononcée qu'en faveur d'une Société approuvée et c'est ce qui explique la demande (limitée à une démarche d'aide pour obtenir l'approbation), que nous avions adressée à M. le président Lereboullet.

2° *La concurrence à la Société centrale.*

Faut-il revenir sur le bien-fondé de ce reproche dont le caractère d'*a priori* invoqué un peu vite ne résiste guère à ce que nous avons dit ? La concurrence (terme d'ailleurs commercial) n'est blâmable que si elle est déloyale. Peut-elle l'être en matière de solidarité confraternelle ? Et, en l'espèce, crée-t-elle un préjudice quelconque quand elle aboutit à admettre dans la « Métropolitaine » des médecins que la Société centrale refusait ou n'accepterait qu'à contre-cœur ?

3° *Le danger des démarches d'approbation.*

Quelqu'un a dit : « Vous allez nous obliger à aller rappeler au Ministère du Travail que l'A. G. et les Sociétés unies vivent un peu en marge de la loi de 1898. *C'est le mauvais tour que vous allez nous jouer* » !

Passons sur l'insinuation parce qu'elle émane d'un confrère qui ne nous connaît pas, crime pardonnable aux gens qui n'ont pas besoin de nous. Mais, quant au danger signalé, nous devons l'aveu suivant : « Dans notre demande au Ministre, nous avons rappelé à M. Viviani qu'il n'ignorait rien de notre situation vis-à-vis de la loi et ne s'en était pas montré inquiet quand il nous honora de sa présence au Cinquantenaire ».

Si danger il y avait, il plane donc dès maintenant sur notre tête ! ! Mais quel est le membre du Conseil qui en perdra une heure de son sommeil sur l'oreiller de la sécurité ?

En résumé, nous avons beau nous creuser la tête à la recherche d'un motif plausible à opposer à notre double demande, nous n'en avons pas rencontré.

Nous prions donc la Commission et le Conseil Général de ne pas s'arrêter au côté procotolaire de notre acte après l'explication qui vient de lui en être donnée, et nous les supplions même, après qu'ils nous auront répondu, de nous renvoyer *d'office* notre ami M. Lepage, au Conseil d'Administration de l'Amicale qui est unanime à le réclamer.

Pour le bureau et la Commission administrative de la « Métropolitaine ».

Dr H. Jeanne, *président* ;

Dr J. Noir, *vice-président.*

Il n'y a aucune illusion à se faire sur les dispositions du Conseil Général de l'A. G. (1) composé pour les cinq sixièmes des membres de la Société centrale : ceux-ci ne veulent voir dans la Société nouvelle qu'une machine de guerre dirigée contre

(1) Nous devrions dire de la majorité du Conseil Général, mais la minorité ne comprend que trois membres : MM. Lande, Gassot et Gairal.

eux. La commission, hostile en majorité, aurait bien proposé l'étranglement immédiat et sans phrases, mais un membre fit remarquer que ce pourrait être une tactique dangereuse. « Quelle serait, disait-il, la situation du Conseil général si, ayant refusé l'agrégation, il voyait la question portée devant l'Assemblée générale d'avril qui pourrait émettre un avis opposé ? »

Le Conseil général aurait-il donc, par hasard, conscience, que, parfois, il est en opposition de sentiments avec la masse des sociétaires et ne représente que les idées personnelles de ses membres ?

On décida donc de recourir au maquis de la procédure. La Commission proposera que « Le Conseil général, se déclarant insuffisamment éclairé (!), décide de consulter l'Assemblée générale sur la possibilité de la coexistence de deux sociétés locales sur un même territoire. »

Si, à la faveur de cet artifice, on pouvait avoir une réponse négative !

Ensuite, dans le cas où la réponse serait affirmative, le Conseil général, qui, statutairement, prononce les agrégations nouvelles, étudierait les statuts de la Métropolitaine pour voir s'ils sont bien conçus dans l'esprit de l'A. G.

Ensuite..... mais cela est suffisant, nous savons à quoi nous en tenir :

La Société centrale qui domine le Conseil général ne veut pas de la Métropolitaine et tous les moyens seront employés pour l'écarter. Le Conseil général assumera ou n'assumera pas la responsabilité de sa décision — peu nous importe car à nous personnellement, la chose est parfaitement indifférente ; nous n'avons aucune susceptibilité d'auteurs — mais nous disons aux membres de l'Amicale et de la caisse des Pensions :

Chers sociétaires,

Nous avons toujours exécuté de bonne foi la convention entre nos caisses et l'A. G. et nous sommes convaincus que tout d'abord, du côté de l'A. G., on n'a pas songé aux inconvénients que pourraient avoir les faits qui ont motivé le conflit, mais qu'on l'eût voulu ou non, le Conflit est soulevé et ne saurait durer.

Sociétés de secours mutuels, nous avons traité avec une société de secours mutuels et nous ne pouvons admettre que le contrat puisse être influencé par des considérations étrangères à l'objet des sociétés de secours mutuels. C'est sur l'unique terrain de la prévoyance et de la mutualité que nous entendons nous maintenir.

Nous estimons que les *Sociétés sont faites pour le médecin*, et non pas le médecin pour les Sociétés dont les intérêts prétendus seraient différents de ceux du médecin lui-même.

Alors même que nous reconnaîtrions aux dirigeants d'une Société locale le droit d'admettre ou de ne pas admettre telle ou telle individualité, nous leur dénierions le droit d'aller plus loin et d'empêcher le médecin, qu'ils n'auraient pas voulu admettre, d'entrer dans une autre société qui veut bien l'accepter.

C'est guidés par ces seuls principes et dans un but d'entente — nous l'avons constamment répété — qu'à côté de la Société centrale, qui ne répond pas à tous nos besoins ou plus exactement à ceux du praticien mutualiste, nous avons proposé la création de la Métropolitaine.

Si la réponse qui va nous être faite par le Conseil général eût été favorable, nous n'aurions eu tous qu'à nous en féliciter ; la paix pouvait être maintenue.

Mais comme cette réponse sera négative, deux hypothèses sont à prévoir :

1. *Ou bien* le Conseil général de l'A. G. nous renverra à l'Assemblée générale de 1910, et alors tous ceux d'entre vous et nous qui y assisteront comme délégués réguliers sont-ils prêts à y soutenir le principe de l'agrégation de la Métropolitaine ?

C'est par *oui* ou par *non* que nous vous prions instamment de nous répondre à cette interrogation.

2. *Ou bien* le Conseil général nous aura fait connaître d'ici là un refus pur et simple, un rejet définitif. Dans ce cas, estimez-vous qu'il y ait lieu de faire appel devant l'Assemblée générale, même si on prévoit qu'un ordre du jour portant blâme ou défiance atteindra le Conseil général et amènera sa démission ? Encore un *oui* ou un *non* que nous sollicitons de façon formelle et que vous devez nous adresser sous la garantie de notre discrétion absolue.

Les conseils d'administration de l'Amicale-maladie et de la Caisse des Pensions, annexes de l'A. G.

P. S. — Au moment de donner le *Bon à tirer*, nous apprenons que le Conseil de l'A. G. a rejeté notre demande à l'unanimité des membres présents, moins deux voix. Nos confrères n'ont donc plus à répondre qu'à la deuxième question.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Aide aux médecins victimes des inondations offert par le Syndicat des médecins de la Seine.

Les inondations ont eu une répercussion cruelle sur les médecins des régions inondées. Certains ont eu leur domicile envahi par les eaux, leur mobilier, leur bibliothèque, leurs instruments détruits. Tous, frappés au moment du recouvrement des honoraires, perdent la plus grosse part du produit du travail de l'an dernier. Quelques uns voient disparaître non seulement leur honoraires désormais irrecouvrables, mais même leur clientèle. Quand pourront-ils exercer avec fruit dans des villes entièrement dévastées ?

Décidé de porter d'urgence remède dans la

mesure de ses moyens à ces infortunes, le *Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine*, dans sa séance du 5 février 1910, a décidé à l'unanimité de mettre *sous forme de prêts gratuits*, dans une mesure *modeste, mais appréciable*, les réserves de sa caisse à la disposition des confrères sinistrés *syndiqués ou non*, car en pareil cas on ne saurait faire de distinction.

Tout confrère qui désirerait avoir recours au Syndicat est prié de *s'adresser au Syndic de la section de la région qu'il habite*. Avec toute la rapidité et la direction désirables, ce dernier communiquera la demande au bureau du Syndicat qui statuera d'urgence.

Dans le cas peu probable où les réserves du Syndicat seraient insuffisantes, le Conseil a décidé d'examiner la nécessité d'un recours à d'autres groupements médicaux, de l'ouverture d'une souscription ou de tout autre moyen de faire face à la situation.

Ayant foi dans les sentiments de haute probité et de délicatesse qui ont toujours été l'apanage du corps des médecins praticiens, le Conseil du Syndicat est persuadé que l'avenir de sa caisse syndicale, destinée uniquement à la défense professionnelle, loin d'être compromis, sera mieux assuré par cette mesure. Il croit contribuer ainsi à resserrer les liens confraternels qui devraient unir étroitement tous les médecins praticiens de la Seine sous la protection de leur syndicat.

PROPOS DU JOUR

Quelques actualités professionnelles.

La légende des médecins marrons et les acquittements des praticiens indépendants poursuivis. — Condamnés de droit commun ! — Les bateleurs de la Philanthropie. — Les obligations des médecins de l'Assistance. — Le secret professionnel dans les Sociétés de Secours Mutuels. — Médecins traitants et contrôleurs. Ce qu'en pense le Pr Thoinot.

La chronique professionnelle ne nous laisse jamais à court et dans notre volumineux courrier, nous n'avons qu'à puiser au hasard pour trouver des faits intéressants. Abondance de bien ne nuit pas, dit le proverbe, mais l'abondance est ici parfois gênante ; il faut faire un choix, car il est des jours où vraiment nous aurions trop à dire.

Commençons aujourd'hui par annoncer une bonne nouvelle. La légende des médecins marrons, moins vivace que la légende de l'aigle, est en voie de disparaître. Ceux qui l'ont créée, cette légende, ont eu la main trop lourde et le flair trop peu perspicace. A peine le souvenir de l'acquittement du Dr Coquatrix par le tribunal de Rouen commençait à s'effacer que survenaient le procès de Béthune et l'acquittement du Dr Hémery ; tout dernièrement vient s'y ajouter l'acquittement du Dr Sainmont par la Cour d'appel de Paris qui réforme un jugement correctionnel frappant notre confrère de trois mois de prison, un an d'interdiction d'exercer et cent francs d'amende. Où sont maintenant les médecins marrons ? Où sont ces praticiens deshonnêtes ?

Mais où sont les neiges d'antan ?

Il est vrai qu'avec Diverneresse, nous sommes condamnés pour avoir tenté de démontrer que, s'il est des abus commis, ce n'est pas toujours du côté des médecins indépendants. Dans notre dernier Propos, nous avons publié à ce sujet une lettre du Dr Marion, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux qui, se basant sur notre condamnation, donnait sa démission du Syndicat de la Seine. Nous l'avons remercié du reste de nous avoir fourni l'occasion de rendre un compte public de notre conduite, car nous savions comment, dans certains milieux, se chuchoteraient à l'oreille les pires calomnies ; mais nous n'avions pas cru si bien dire en l'affirmant.

Le bruit nous est venu que, dans une assemblée où la charité existait plus sur les lèvres que dans les cœurs, on reprochait à la direction du *Concours médical* de s'être adjoint (en nous, sans aucun doute) des condamnés de droit commun. Pourquoi nous émouvoir de si peu ? Ne savons-nous pas de quelle fange est pétrie l'âme de certains hommes, ne savons-nous pas à quel degré de platitude et de bassesse peuvent descendre des gens qui ont pris, pour arriver, l'habitude de ramper et, sournois, de baver leur venin hypocrite ?

Mais passons à un sujet plus intéressant et moins personnel.

Les bateleurs de la philanthropie n'existent pas dans le seul monde médical. Un de nos confrères nous a raconté l'anecdote suivante :

Une personnalité très titrée et très riche avait jugé bon de se créer des droits à la reconnaissance publique. Puisant dans un coffre fort bien garni, elle fit construire un dispensaire et en confia le service, évidemment gratuit, à de jeunes médecins.

La faim, l'occasion, l'herbe tendre,
Et, je pense, quelque diable aussi les tentant,

trois de nos jeunes confrères acceptèrent cette tâche. Le dispensaire n'inquiéta guère son fondateur. Aux premiers froids, cette philanthropique personne fut promener sous un ciel plus clément ses soucis de millionnaire.

Le hasard ou le caprice la ramenèrent un jour à Paris. Dans l'ennui de l'inaction, elle se souvint qu'elle avait fait construire un établissement où des médecins devaient prodiguer en son nom les secours de leur science.

Son premier souci fut de contrôler, non pas

les services rendus, mais l'exactitude de nos confrères.

L'excellente personne, très méticuleuse, fixa l'heure des visites et entendit être obéie. Comme un simple directeur de l'Assistance publique à Paris, elle se crut autorisée à faire constater les heures d'entrée et de sortie de nos confrères et à leur adresser des lettres de blâme.

Cela ne pouvait durer longtemps.

Les trois praticiens s'aperçurent qu'ils faisaient seuls les frais de toute cette philanthropie et, d'un commun accord, envoyèrent poliment promener le dispensaire et la personne charitable, jurant, mais un peu tard, qu'on ne les y prendrait plus. Mais gageons que si ce dispensaire fait un nouvel appel à ces bons docteurs, il s'en trouvera quelques centaines pour briguer les places vacantes et s'engager d'avance à accepter docilement les rappels, les blâmes, en attendant les amendes.

Confrères, si vous avez le désir de rendre des services en donnant des soins gratuits, cherchez dans les mansardes de Paris ; vous y trouverez assez de pauvres diables qui vous seront reconnaissants du bien que vous leur pourrez faire. Evitez de passer par l'intermédiaire des dispensaires, des fondations, dont les maîtres vous traitent comme des valets ; ceux que vous y soignez vous croient richement salariés, portent à d'autres leur reconnaissance sans daigner seulement vous donner le merci que vous vous croyez en droit d'attendre.

La bienfaisance privée n'est pas seule décevante pour le praticien, il en est parfois de même de l'Assistance médicale gratuite. Notre excellent confrère, le Dr Charier, des Deux-Sèvres, nous communique à ce sujet un intéressant jugement du Tribunal de paix de Mazières en date du 8 juin 1909 qui indique à quoi s'expose le médecin s'il accepte le libre choix limité à l'abonnement dans le service médical de l'assistance.

Le Dr X., médecin de l'Assistance à P..., avait dû s'absenter pendant quelques jours. Il ne se fit pas remplacer. Durant son absence, un indigent fit appel à ses soins. Ne le trouvant pas, il eut recours au Dr Y., qui le soigna croyant avoir à faire à un malade ordinaire et lui réclama ensuite des honoraires. L'indigent refusa, le Dr Y le poursuivit. L'indigent appela en garantie le Dr X.

Attendu, dit le jugement, que le médecin qui a accepté volontairement de faire partie d'un service d'assistance médicale et qui s'absente est incontestablement tenu de se faire remplacer pendant la durée de son absence, si courte soit-elle ;

Que les malades privés de ressources et assistés ne sauraient évidemment souffrir d'une façon quelconque d'un pareil fait ;.....

Attendu, dit encore en substance le juge de paix, que le système du libre choix limité avec abonnement est appliqué dans les Deux-Sèvres, que l'indigent en question a choisi comme médecin au début de l'année le Dr X., sur la liste duquel il est inscrit et a droit incontestablement à ses soins, le tribunal condamne le Dr X. à payer les honoraires du Dr Y, qui, sans le savoir, a remplacé auprès de l'indigent X. pendant son absence.

Si le libre choix absolu avait été appliqué, X. aurait pu s'absenter sans crainte. L'indigent ne trouvant pas X, aurait eu recours à Y. qui aurait été régulièrement honoré.

Voulez vous encore un exemple des embarras où peuvent se trouver les médecins attachés aux collectivités ? Nous le trouvons dans un conflit aigu qui existe en Charente-Inférieure entre les médecins de Surgères et la mutualité scolaire de cette ville à propos du secret professionnel.

Nous avons à diverses reprises demandé le respect de ce secret, que le Code et la saine raison nous obligent à considérer comme intangible. A notre demande, le ministre du travail a, par circulaire, engagé les Sociétés mutuelles à respecter ce secret. Malheureusement, il est des Sociétés qui s'attachent à la forme et qui veulent à toute force connaître le diagnostic exact de la maladie. Elles ont, elles aussi, consulté le ministère du travail, qui a fait cette réponse, digne du meilleur des casuistes : « Sans doute le médecin est tenu au secret professionnel, mais à l'égard de tous, sauf du malade lui-même. Ne demandez pas directement un certificat au médecin, mais exigez-le du malade qui le réclamera à son médecin ».

Il n'y a rien à redire à cela, ou plutôt si, il nous faut constater une fois de plus la nécessité de laisser à tout médecin traitant son indépendance absolue et de ne lui donner aucun rôle de contrôleur auprès des malades qu'il soigne.

Nous partageons, et une fois n'est pas coutume, l'avis de M. le Pr Thoinot, qui, dans une conférence faite le 25 juin 1909, jugeait ainsi la situation du médecin des chemins de fer, à la fois médecin traitant et médecin contrôleur.

Il n'y a pas à chercher de solution logique à cette situation, car il n'en existe pas. Il est inadmissible que le même médecin réunisse deux fonctions aussi opposées et dont le conflit toujours possible peut soumettre sa conscience à de rudes épreuves.

Monsieur le Professeur, répondrons-nous alors, Monsieur le Professeur, cette fois vous avez raison !

J. Noir.

Nous remercions vivement les nombreux confrères et lecteurs de Paris et de province qui, à l'occasion de notre dernier propos sur la démission de M. le Dr Marion, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, ont bien voulu nous adresser le témoignage de leur confiance et de leur sympathie. Nous devons encore à ce sujet remercier de nouveau M. le Dr Marion de nous avoir indirectement procuré cette intime satisfaction. J. N.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d'accouchement Tarnier : M. le Prof. agrégé BRINDEAU.

Difficultés et contre-indications de l'allaitement maternel

Lorsque notre mère à tous, Eve, mit au monde son premier enfant, elle a dû se trouver embarrassée pour le nourrir. Elle n'a eu, toutefois, qu'à jeter un coup d'œil autour d'elle et à voir les petits des animaux qui se mettent naturellement au sein maternel. Dès la plus haute antiquité, d'autre part, les peintres, en des tableaux variés, ont toujours suspendu les nouveau-nés au sein de leur mère. Il n'y a guère d'exception que pour Romulus et Rémus que la légende veut avoir été allaités par une louve. Tout ceci, Messieurs, pour vous dire que l'allaitement maternel a, de tout temps, été préconisé.

A mesure que la civilisation s'est développée, l'allaitement maternel a diminué en faveur de l'allaitement par des nourrices mercenaires. Bien des femmes retenues dans les ateliers par leur travail éprouvent de ce fait des difficultés à nourrir leurs enfants ; d'autres, pour des raisons purement mondaines, aiment mieux ne pas nourrir. En outre, il est sur ce point, des modes : à certaines époques, la mode était d'allaiter ; à d'autres époques la mode était au contraire de ne pas allaiter. Il y a vingt ans, les femmes du monde ne nourrissaient guère. Puis, l'allaitement est redevenu en faveur, sous l'impulsion des accoucheurs.

Les médecins ont fait tout ce qu'ils ont pu pour lutter contre l'abandon de l'allaitement maternel. Le lait de la mère est, en effet, celui qui convient le mieux à l'enfant. Malheureusement, l'allaitement maternel n'est pas toujours possible. Dans quelques cas, il est difficile ; dans d'autres même, il est contre-indiqué.

Nous allons étudier précisément ces difficultés et les contre-indications de l'allaitement maternel. Nous envisagerons les causes provenant de l'enfant, celles provenant de la mère, et enfin les causes d'ordre social.

1° *Causes provenant de l'enfant.*

Vous savez que, pour qu'il y ait lactation, il faut qu'il y ait succion. Quand on ne met pas l'enfant au sein, le lait ne s'écoule pas, il ne se sécrète pas. C'est la succion qui va produire l'allaitement. Sans succion, pas de lait.

Dans quelles conditions la succion est-elle insuffisante ? D'abord, dans le cas de faiblesse congénitale, chez les prématurés. Y a-t-il moyen de vaincre ce défaut ? Vous pouvez prendre, en premier lieu, comme le recommandait Budin, une nourrice mercenaire avec son enfant. L'enfant de la nourrice fait monter le lait, vous le tirez au prématuré et quand celui-ci est assez vigoureux, vous le mettez au sein de sa mère. On a dit aussi que l'on pouvait recourir à des chiens nouveau-nés. Bien qu'il y ait des observations de femmes chez lesquelles le lait fut entretenu par un jeune chien, ce n'est réellement pas un moyen pratique.

Actuellement, nous avons des procédés plus commodes. On peut se servir de téterelles aspiratrices. On met la ventouse de la téterelle sur le sein et on fait le vide de l'autre côté, pour aspirer le lait. Cet instrument a rendu des services, mais il n'est pas d'un usage très brillant. En faisant le vide, on produit un étranglement du mamelon à la base, et, alors, le lait ne coule plus. On a inventé l'année dernière un instrument beaucoup plus parfait, le succi-pompe. Il comprend une pompe construite de telle façon que, pendant l'aspiration, le bout du sein pénètre dans la cloche. Quand vous faites le mouvement inverse, le bout du sein recule. On reproduit ainsi la tétée et il n'y a pas d'étranglement de la base du mamelon. C'est un excellent instrument.

Il est des cas plus curieux, des enfants nés à terme, quelquefois de gros enfants même, qui ne veulent pas téter. M. Méry a présenté à la Société de Pédiatrie, un enfant de 4 kilogr. qui n'a jamais voulu téter. Il manquait probablement d'un centre cérébral, du sens de la succion.

D'autres nourrissons ont des vices de conformation, un bec-de-lièvre, une gueule-de-loup. Parfois dans le bec-de-lièvre simple, le nouveau-né peut téter. Dans la gueule-de-loup, cela est complètement impossible, le lait repassant par le nez. En pareils cas, servez-vous du même instrument que pour les prématurés.

Des femmes viendront vous dire que leur enfant ne peut pas téter parce qu'il a le filet de la langue trop développé. Cela empêche-t-il réellement l'allaitement. En général, non. Quelquefois, cependant, il y a une véritable adhérence de la langue au plancher de la bouche. Vous opérerez alors le filet : c'est une opération simple, fréquemment pratiquée jadis ! On donnait autrefois 25 centimes aux coupeuses de filet !

J'arrive maintenant aux enfants qui ont de l'intolérance pour le lait maternel. Il est des nouveau-nés chez lesquels le lait de la mère donne des troubles, des vomissements, de la diarrhée. Vous supprimez le lait, vous le remplacez par de l'eau, l'enfant ne vomit plus. Vous remettez le nourrisson au sein maternel : les mêmes accidents reparaissent. Vous faites prendre une nourrice : les accidents cessent. Il est certains laits toxiques pour l'enfant. M. Bouchacourt, dans un cas de ce genre, fit l'analyse du lait ; il le trouva chimiquement normal. Sachez donc

que, parfois, des enfants ont de l'intolérance pour le lait maternel et même pour le lait de femme. C'est tout à fait exceptionnel.

Envisageons, ensuite, des causes plus importantes de difficulté de l'allaitement maternel. Je veux parler :

2° *Des causes venant de la mère.*

Les unes sont locales, les autres générales.

Causes locales :

Tout d'abord, l'absence de lait. Vous verrez des femmes qui n'ont pas de sein (amastie), pas de glande, ni de bout de sein. Cette éventualité est rare et a peu d'importance pour l'allaitement, ces femmes devenant difficilement enceintes, les organes génitaux étant habituellement insuffisamment développés. D'autres femmes, plus nombreuses, ont de l'insuffisance mammaire, de l'agalactie ou de l'hypogalactie. L'agalactie, l'absence complète de lait, est tout à fait rare. Elle se rencontre chez une femme sur cent ou sur deux cents (Maygrier). L'hypogalactie est relativement fréquente, plus fréquente aussi chez la femme du monde que chez la femme du peuple. Cela tient, a-t-on dit, à une espèce d'atavisme, les mères et grand'mères des femmes du monde n'ayant pas elles-mêmes nourri. Pajot disait en termes plus pittoresques : « La mamelle se meurt, la mamelle est morte ! » Est-ce bien vrai ? Quand on étudie la question de plus près, on constate que l'hypogalactie est bien moins commune, si l'on force les femmes à nourrir. On voit que beaucoup de mères sont capables d'allaiter alors qu'elles disent ne pas le pouvoir. En France, 4 pour 100 seulement des mères, d'après Pinard, 10 pour 100 d'après Marfan, ne peuvent pas allaiter. Vous voyez qu'en somme, à l'époque actuelle, 90 pour 100 des femmes, même des femmes du monde, sont capables d'être nourrices. La mamelle ne meurt pas, mais on l'oublie souvent.

Autre cas. La mamelle a du lait, mais il y a difficulté à prendre le bout du sein. Ceci m'amène à vous parler des malformations du bout de sein. Vous verrez des bouts de sein ombiliqués. L'enfant tète mal. D'autres fois, ce sont des abcès, des lésions, des brûlures du sein qui entraînent une rétraction du mamelon. Vous y remédierez par les téterelles, les appareils. Les difficultés peuvent tenir à des crevasses. Elles sont fréquentes puisque 80 % des primipares en ont. Elles constituent parfois un véritable supplice pour la femme au moment où l'enfant prend le sein. On est d'autant moins autorisé à insister qu'il peut s'ensuivre des abcès. Lorsque les crevasses sont douloureuses et larges, ne guérissent pas, il vaut mieux engager à cesser l'allaitement, d'un côté du moins.

Comme autres contre-indications, je signalerai les infections, les lymphangites, les galactophorites du sein. On a vu des enfants mourir d'avoir tété du lait purulent. Suspendez au moins l'allaitement du côté malade.

Causes générales :

Existe-t-il des contre-indications d'ordre général ? Pour éclairer ce point, je voudrais dire un mot de la nutrition de la femme qui allaite. La question a été étudiée par M. Vitry. M. Vitry a montré que la nutrition, chez la nourrice, subit des changements. Chez elle, la fonction anti-toxique du foie est diminuée, il y a glycosurie alimentaire, surcharge hépatique. La femme se défend mal, alors, du côté du foie et du rein. Elle peut être considérée comme supportant moins bien les maladies, comme étant dans un état physiologique spécial, la rendant moins résistante aux infections.

La clinique est-elle d'accord avec ces données du laboratoire ? Vous voyez des femmes chétives, chlorotiques, qui, devenues nourrices, se développent. A côté de cela, vous voyez, par contre, des femmes suspectes de tuberculose : devenues nourrices, la tuberculose se manifeste chez elles.

Cela dit, voyons quelles sont les maladies générales qui contre-indiquent l'allaitement.

En premier lieu, les maladies chroniques. Celles du cœur. Doit-on défendre l'allaitement aux cardiaques ? Vous connaissez la loi de Péter : « Pour la cardiaque : jeune fille, pas de mariage ; femme, pas de grossesse ; mère, pas d'allaitement. » Cette opinion a été battue en brèche dans ces dernières années. On a vu des femmes, ayant 3 et 4 grossesses, chez lesquelles on a reconnu la cardiopathie à la dernière grossesse. Or, elles avaient mené à bien, sans incident, les grossesses et les allaitements antérieurs. A côté de cela, il est vrai, vous voyez des cas où il se produit des accidents. Dans quels cas permettre l'allaitement ? Lorsque la grossesse a bien marché. Si la femme a eu des phénomènes d'asystolie, d'intoxication gravidique, de l'albuminurie, un foie touché, vous ne devez pas la faire nourrir.

Les femmes qui ont des maladies du rein peuvent-elles nourrir ? Autrefois, on pensait que l'albuminurie contre-indiquait l'allaitement. Le lait, en pareil cas, disait-on, est toxique. Or, Pinard et Budin ont vu un grand nombre d'albuminuriques allaiter. Il s'agissait de femmes ayant eu une albuminurie gravidique qui continuait après l'accouchement. Chez de telles femmes, le lait n'est pas toxique et le régime lacté qu'elles suivent permet de donner à l'enfant un lait normal. Mais, quand il s'agit d'un véritable mal de Bright, d'une femme ayant des œdèmes, des accidents d'urémie, un cœur hypertrophié, vous ne devez pas conseiller l'allaitement.

Les affections du système nerveux contre-indi-

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

De la Douleur dans les Affections de l'Estomac

L'étude de la douleur envisagée comme symptôme des affections stomacales est importante à connaître, car les modalités qu'elle présente ont toutes une valeur diagnostique.

Depuis la simple gêne jusqu'à la crise intolérable, il existe un grand nombre de sensations douloureuses spontanées ou provoquées, d'origine organique ou nerveuse, qu'il faut apprendre à distinguer et sur la distinction desquelles s'arrêtent longuement les auteurs actuels.

La sensation de pesanteur, de plénitude à l'estomac est l'une des plus fréquentes. Elle se montre surtout dans la dyspepsie hypochlorhydrique et s'accompagne souvent de céphalalgie, de malaise général. Des renvois gazeux, des aigreurs existent en même temps.

Contre cette dyspepsie, une demi-cuillerée à café de poudre Génia au début du repas et une égale dose à la fin réussissent bien et, en stimulant la digestion, en absorbant les gaz de fermentation, amènent rapidement une amélioration.

Les véritables douleurs sont celles qui sont liées à l'ulcère rond et à l'hyperchlorhydrie.

Dans le premier cas, elles peuvent débuter immédiatement après l'ingestion des aliments.

Cependant, quand l'ulcère siège au pylore, la douleur semble plus tardive et se montre au moment où les aliments sont arrivés au contact de la lésion. Il est des cas où la douleur apparaît une heure, une heure et demie après le repas. Elle n'est pas alors très intense et paraît due simplement à une dyspepsie nerveuse.

Les souffrances de l'hyperchlorydrie se montrent plus tardivement, 3 à 4 heures après le repas, et peuvent durer jusqu'au repas suivant ; fréquemment elles se réveillent vers 1 ou 2 heures du matin et aboutissent, dans un grand nombre de cas, à un vomissement acide qui termine l'accès.

C'est alors que la poudre Génia, à doses *élevées*, 1 à 3 cuillerées à café bien pleines, un peu avant le moment habituel des crises, amène un soulagement rapide et empêche le vomissement. Continué pendant assez longtemps (un mois environ) ce remède, en modifiant le chimisme gastrique, empêche la formation de l'excès d'acide et peut alors être abandonné. Il fait disparaître en même temps la constipation habituelle chez ces malades mieux que les laxatifs dont l'effet est purement symptomatique.

De même, cette poudre absorbante, antiseptique, reconstituante alcalino-magnésienne et phosphatée dont la formule a été établie par Germain Sée, rend de grands services contre les gastralgies, les crampes d'estomac.

Ces douleurs paraissent être en rapport avec des processus anormaux de fermentation, avec la production excessive d'acides organiques.

Cependant, dans beaucoup de cas, les sensations de brûlure, de pyrosis, doivent être mises sur le compte du nervosisme.

Il arrive souvent que les crampes d'estomac existent chez les neurasthéniques, les anémiques, les chlorotiques. Elles procèdent alors par crises capricieuses séparées par des périodes de complète accalmie. C'est une sorte de resserrement au creux épigastrique, de tortillement pénible. La poudre médicamenteuse, absorbante et analgésique, les fait cesser, mais il faut, sans retard, établir un traitement pathogénique.

On sait aujourd'hui que la gastralgie *sine materia* est rare, et que le plus souvent il s'agit d'hyperchlorhydrie. Mais il faudra songer aussi aux douleurs vives du tabès et savoir qu'elles surviennent en dehors de l'alimentation, s'accompagnent de vomissements répétés, quelquefois d'hématémèse.

Enfin la douleur de la gastrite alcoolique, reconnaissable à ce fait qu'elle est mise en évidence par la pression digitale sur toute l'étendue de la grande courbure se trouve bien soulagée par la médication alcalino-magnésienne, mais d'une façon temporaire, car le véritable traitement ne peut être ailleurs que dans la cessation des habitudes alcooliques.

Dans le cancer de l'estomac, elle ne peut être utilisée que pour atténuer les fermentations excessives qui se forment dans la dilatation stomacale au dessus de la tumeur ; et, à ce point de vue, elle diminue les douleurs, les dangers de ruptures vasculaires causées par l'élargissement de la poche stomacale et les tractions forcées que cette ectasie entraîne.

Comme pansement de la muqueuse dans l'ulcère rond et la gastrite ulcéreuse, elle est aussi utile et sans inconvénients.

Dr GOUREL.

NUCLÉATOL ROBIN

Nouvelle Combinaison phosphatée d'Acide nucléinique d'origine végétale.

GRANULÉ — RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX — NEURASTHÉNIE PHOSPHATURIE — NÉVRALGIE — DÉBILITÉ DE L'ESTOMAC, ETC.
DOSE : 4 à 6 cuillères-mesures chez l'adulte par 24 heures et 2 à 3 pour Enfants et Vieillards.

INJECTABLE — GRANDES PYREXIES — FIÈVRES ÉRUPTIVES ET INFECTIEUSES
DÉFERVESCENCE en quelques heures — Exalte la Phagocytose et Hâte la Convalescence.
EMPLOYÉ PRÉVENTIVEMENT DANS LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES.
DOSE : 1 ou 2 injections suivant les cas dans les 24 heures.

NOUVELLE COMBINAISON PHOSPHATÉE d'Acide NUCLÉINIQUE d'origine Végétale et de MÉTHYLARSINATE

COMPRIMÉS MÉTHYLARSINÉS — TUBERCULOSE, VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES, PALUDISME, CONVALESCENCE longue et difficile.
DOSE : 2 à 3 comprimés deux fois par jour aux deux principaux repas, ce qui fait de 0,04 à 0,06 centigr. de méthylarsinate sodique par jour. — Ces comprimés s'avalent facilement avec un peu d'eau comme des pilules ou granules.

INJECTABLE MÉTHYLARSINÉ — DERMATOSES DIVERSES — TERTIARISME — HERPÉTISME, ETC.
DOSE : 1 ou 2 injections suivant les cas dans les 24 heures.

VENTE EN GROS : 13, RUE DE POISSY, PARIS. — DÉTAIL : *PRINCIPALES PHARMACIES.*

LES ÉNERGÉTÈNES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiquement & Physiologiquement titrés



SUCS DE VALÉRIANE·SAUGE·DIGITALE·GENET·MUGUET·COLCHIQUE

Chaque flacon 3f50 LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE & GENTILLY (Seine)

LES ÉNERGÉTÈNES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiquement & Physiologiquement titrés



SUCS DE VALÉRIANE. SAUGE. GUI. GENET. MUGUET. COLCHIQUE

Chaque flacon 3f50. LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE & GENTILLY (Seine)

quent-elles l'allaitement ? D'une manière générale, les personnes très nerveuses ne sont pas bonnes nourrices. Je sais bien que Pinard dit que l'allaitement les rend moins nerveuses. C'est peut-être exact chez les femmes qui desirent nourrir, ce ne l'est pas chez celles qui ne le désirent pas, surtout si elles ont des crevasses aux mamelons. Habituellement donc, elles ne sont pas très bonnes nourrices. Vous pouvez leur permettre d'allaiter cependant. Il est néanmoins certaines maladies nerveuses, certaines névroses, l'hystérie, l'épilepsie principalement, qui contre-indiquent l'allaitement. L'épileptique peut, en effet, tomber avec son enfant dans les bras. On lui déconseillera de nourrir, non pas tant que son lait soit mauvais, mais parce qu'elle peut avoir une crise dangereuse pour l'enfant. Les cas de folie puerpérale, également, il va sans dire et pour le même motif, demandent la suppression de l'allaitement maternel ordinaire.

J'arrive au chapitre le plus intéressant, celui de la tuberculose. On s'est demandé si une tuberculeuse peut nourrir. La réponse immédiate est non. Pourquoi ? L'état de nourrice n'est pas bon pour la tuberculose. Une tuberculeuse, de par son affection bacillaire, se décalcifie. Comme nourrice, elle donne beaucoup de chaux, ce qui aggrave sa décalcification. C'est là une cause d'affaiblissement. Il ne faut pas, pour elles, que ces femmes soient nourrices ; il ne le faut pas non plus pour leur enfant. Autrefois, on disait que la tuberculose se propage par les voies respiratoires. Actuellement, on sait que la tuberculose, la tuberculose infantile surtout, est presque toujours d'origine digestive. Si le lait contient des bacilles, il peut être dangereux. Il convient donc de rechercher si le lait des tuberculeuses renferme des bacilles. On a longtemps soutenu que toute glande saine ne laissait pas passer les microbes. On sait aujourd'hui que les bacilles peuvent passer au travers d'une glande saine. On a fait des expériences sur le lait. On a pris du lait de femme tuberculeuse et on l'a injecté à des cobayes qui, dans nombre de cas, sont devenus tuberculeux. On a injecté du lait bouilli de femme tuberculeuse à des cobayes tuberculeux et on a provoqué ainsi la réaction à la tuberculine, prouvant de cette manière que ledit lait contenait des toxines bacillaires. Le lait bouilli de femme non tuberculeuse n'a pas déterminé de réaction. Pour ces raisons, il ne faut pas mettre un enfant au sein d'une mère tuberculeuse.

Mais, me direz-vous, doit-on être aussi rigoureux lorsque la femme a une tuberculose guérie. Pinard estime qu'une femme dans ces conditions peut donner le sein. Je crois cette pratique un peu dangereuse.

Autre point. La femme a eu simplement des antécédents héréditaires tuberculeux. Pour quelques accoucheurs, cela suffit pour déconseiller l'allaitement. Une telle opinion est exagérée Pinard a fait faire des recherches, sur 170 cas concernant des femmes ayant présenté des antécédents bacillaires, qui ont nourri. Pas une seule fois il ne s'est produit d'accidents.

Lorsqu'il s'agit de tuberculose locale, coxalgie, tumeur blanche, si la lésion est en voie d'évolution, pas d'allaitement ; si elle est guérie depuis l'enfance, permettre l'allaitement.

Un mot de la syphilis et des intoxications. La syphilis ne crée que des indications et pas de contre-indications à l'allaitement maternel. Pour les intoxications, l'alcoolisme principalement, ne mettre au sein que si l'intoxication ne continue pas, si la femme cesse ses habitudes alcooliques.

Que ferez-vous en présence de femmes atteintes d'affections aiguës ? Il en est une que nous rencontrons plus fréquemment que les autres, c'est l'infection puerpérale. Dans la majorité des cas, sauf s'il y a septicémie grave, vous pourrez permettre l'allaitement parce que la maladie ne durera pas longtemps et que la femme sera heureuse d'allaiter une fois guérie. Dans les infections puerpérales ordinaires, autorisez le sein.

Que faire, au cas de fièvre éruptive, rougeole, scarlatine ? A première vue, l'affection étant contagieuse, il semble que l'allaitement maternel doive être rejeté. Eh bien, quand on examine les choses de plus près, on voit que nombre de femmes ont continué, par ignorance, à nourrir et que les nouveau-nés n'ont contracté qu'exceptionnellement la fièvre éruptive maternelle. Si donc, vous avez une rougeole ou une scarlatine bénigne, vous pouvez à la rigueur laisser la mère continuer l'allaitement, avec précautions.

Une maladie aiguë qui paraît plus redoutable, c'est l'érysipèle. Vous savez que le nouveau-né contracte facilement l'érysipèle du cordon. Là encore, les faits semblent prouver que la peur de contagion est exagérée.

Je veux vous parler rapidement, maintenant, de deux états physiologiques spéciaux : les règles et les nouvelles grossesses, chez les nourrices.

Les nourrices réglées peuvent-elles allaiter ? Est-il fréquent, d'abord, que les nourrices soient réglées ? Chez les primipares, on voit souvent survenir les règles, vers le 3e ou le 4e mois. On a propagé, sur ce sujet, la doctrine d'un lait toxique pendant la menstruation. On a dit aussi que les femmes réglées perdaient leur lait. A la vérité, les enfants allaités par des nourrices réglées ont quelquefois, pendant la période des règles, de petits accidents, des selles vertes. Puis, au bout de deux ou trois jours, tout rentre dans l'ordre. Ce n'est véritablement pas la peine de changer de nourrice pour cela. Il suffit de surveiller l'enfant, de donner à ce moment un peu moins de lait, un peu d'eau pour le remplacer. En règle

générale, la femme réglée peut être considérée comme aussi bonne nourrice. Ce n'est qu'au cas où vous verriez survenir des accidents sérieux, des convulsions, que vous feriez cesser l'allaitement.

La nourrice qui devient enceinte peut-elle continuer à donner le sein ? Un préjugé veut que chez la femme enceinte le lait soit mauvais et disparaisse. C'est inexact, au moins dans les premiers temps. Le lait n'est pas toxique. Si la femme devient enceinte, elle pourra continuer à nourrir quelques mois encore, si c'est nécessaire.

Je vous disais, enfin, qu'il existait un troisième ordre de causes pouvant s'opposer à l'allaitement maternel. Il s'agit :

3° *Des causes sociales.*

Dans la classe ouvrière, les femmes occupées à l'usine ne pouvent nourrir. Depuis quelques années, on a cherché à intervenir auprès des patrons pour solutionner ce problème social. M. Bar, dans une conférence récente à la fondation Budin, montrait que le remède serait de mettre dans les usines une gardienne d'enfants qui prendrait les nourrissons le matin et les rendrait le soir à leurs mères.

En somme, vous voyez qu'à part quelques rares exceptions, tenant à l'état des seins (crevasses), à quelques maladies maternelles, à la tuberculose surtout, la plupart des femmes pourront nourrir leurs enfants. Ce que vous rencontrerez, en pratique, ce n'est pas tant l'impossibilité absolue que l'impossibilité relative. Les femmes, alors ont du lait, mais pas assez. Appelez, en ce cas, à votre aide le lait de vache. L'allaitement mixte vaut mieux bien souvent qu'une nourrice et vous arriverez à élever grâce à lui convenablement les enfants.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

NEUROLOGIE

Séméiologie générale des troubles de l'appareil de la vision dans les maladies du système nerveux (*suite*) (1).

Par le Dr Ed. Kœnig,
Attaché au Laboratoire d'Ophtalmologie de la Salpêtrière.

Motilité. — Passons maintenant à l'examen de la motilité des globes oculaires.

Si le champ d'excursion d'un muscle est limité, on devra rechercher la diplopie. Celle-ci peut être transitoire ou permanente et dans ce dernier cas on observe le plus souvent du strabisme. Le malade le moins éduqué juge bien qu'il voit double ; mais il faut savoir que la diplopie peut être latente et passer inaperçue, et que même elle peut exister sans désordre apparent dans les mouvements de l'œil. Elle est un symptôme de la paralysie d'un des muscles extrinsèques, dont la nature s'établira d'après ses principaux caractères cliniques.

Exploration des mouvements. — L'exploration des mouvements des yeux est chose des plus importantes et doit se faire méthodiquement. On explorera tour à tour les mouvements latéraux, les mouvements d'élévation et d'abaissement auxquels les paupières sont associées. Pour cela, on place le malade dans la position droite, le regard dirigé en face et au loin, et avec l'index que l'on promène lentement dans toutes les directions on sollicite simultanément les mouvements des globes oculaires.

Ceux-ci doivent à l'état normal, atteindre exactement les commissures internes et externes pour les mouvements de latéralité, et dans l'élévation se trouver sur la même ligne horizontale.

Il y aura paralysie du droit supérieur si l'un des deux yeux reste plus bas que l'autre et paralysie d'un muscle externe ou interne quand le mouvement de latéralité à droite ou à gauche sera limité.

Au cours de cette recherche, il arrivera que l'on constate un tremblement des mouvements associés des deux yeux ; il s'agit du *nystagmus*.

Celui-ci peut être d'origine *oculaire* ou *cérébrale*. Nous reviendrons d'ailleurs sur les caractères différentiels qui permettent de l'attribuer à différentes affections : sclérose en plaques, méningite, tumeurs cérébrales, maladie de Friedreich, syringomyélie et même hystérie.

Valeur séméiologique de la paralysie d'un muscle moteur. — Et maintenant quelle est la valeur de la paralysie d'un muscle moteur pour le diagnostic des maladies nerveuses et de certaines lésions cérébrales ? Sera-t-il possible d'en localiser la cause à l'origine ou sur le trajet du nerf ? La plupart des paralysies oculaires se retrouvent dans un grand nombre d'affections nerveuses ; aussi, devra-t-on analyser en même temps que les caractères spéciaux de la paralysie les autres phénomènes associés qui se manifestent aussi bien dans les troubles moteurs intrinsèques que dans les troubles moteurs extrinsèques.

Ces éléments réunis permettront d'affirmer l'origine nucléaire ou périphérique d'une paralysie et, en tenant compte du degré de fréquence, on pourra quelquefois dire de quelle maladie cette paralysie est l'expression.

Pour citer un exemple, s'il s'agit de tabès, la paralysie frappera de préférence la 3e paire, et il y aura strabisme divergent et ptosis, ou seulement un de ses rameaux isolés, et la paralysie sera parcellaire.

Le soupçon de tabès ou de paralysie générale se confirmera, si l'examen ultérieur du malade fait constater des manifestations telles que l'abolition du réflexe du genou, les douleurs fulgurantes

(1) Leçon d'ouverture d'un cours libre fait à la Faculté de Médecine de Paris. Voir *Concours médical*, n° 8, p. 157.

tes, les troubles objectifs de la sensibilité, anesthésie, retard dans la perception pour ce qui concerne le tabès, affaiblissement intellectuel, diminution de la mémoire, manifestation délirante pour ce qui concerne la paralysie générale.

SIGNES RÉVÉLATEURS. — Je crois devoir insister, Messieurs, sur ce que, au début de ces maladies, le médecin est souvent conduit à les diagnostiquer d'après les seuls signes oculaires dont j'ai parlé et qui sont de vrais *signes révélateurs*. M. Robin dans sa thèse d'agrégation cite un cas remarquable de précocité de diagnostic fait par Charcot.

Il s'agissait d'un malade que lui avait adressé un médecin étranger et qui était atteint d'une paralysie vésicale. Charcot, remarquant de l'anesthésie faciale et du strabisme, porta le diagnostic de tabès.

Dix ans plus tard, les douleurs fulgurantes se montrèrent intenses et il y eut de l'incoordination motrice.

Ainsi la maladie peut rester latente et un jour le trouble oculaire apparaît et se trouve être le prélude d'autres accidents.

A cette époque, une telle précision pouvait surprendre, mais suivant les enseignements du Prof. Raymond, on s'est habitué en clinique nerveuse à ne se prononcer qu'après avoir fait un examen complet de tous les appareils et des sens spéciaux, de sorte que les signes révélateurs les moins apparents ne pourraient échapper à l'attention. Pourtant, ils servent moins à prévoir l'évolution d'une maladie à une aussi longue échéance, qu'à confirmer et à préciser le diagnostic dans les cas douteux.

SYPHILIS CÉRÉBRALE. — On ne perdra jamais de vue que toutes les manifestations que je viens d'étudier : ptosis, paralysie parcellaire des muscles, troubles des réactions pupillaires peuvent être en rapport avec une syphilis cérébrale ; souvent alors il sera difficile de faire le diagnostic différentiel des accidents syphilitiques cérébraux, d'une part, du tabès et de la paralysie générale, d'autre part.

Dans ce qui précède, je n'ai envisagé que les paralysies périphériques d'un nerf moteur ou les paralysies partielles, mais quoi de plus frappant qu'une paralysie qui atteint l'ensemble des muscles extrinsèques avec les paupières, ou les muscles intrinsèques tous à la fois ? C'est à cette seule variété que l'on doit réserver la dénomination d'*ophtalmoplégie*.

Suivant que les muscles extrinsèques ou intrinsèques seront intéressés, l'ophtalmoplégie sera dite interne ou externe, totale quand ces deux groupes à la fois seront paralysés.

Immobilité relative ou absolue des globes oculaires, paupières tombantes et lisses, élévation des sourcils, renversement de la tête en arrière, quand le malade fait un effort pour voir : tel est le *facies d'Hutchinson*.

Mis en présence de cet ensemble de symptômes, le champ des hypothèses à examiner pour qui veut faire le diagnostic, se trouve assez limité.

Sans entrer aujourd'hui dans la discussion relative à leur origine, on verra qu'il existe des caractères cliniques importants qui permettent d'affirmer si l'ophtalmoplégie est nucléaire ou périphérique.

PARALYSIES DES MUSCLES DES YEUX, DANS LE DIABÈTE. — Il n'est pas sans intérêt de mettre en regard des paralysies dont je viens de parler, les paralysies des muscles des yeux qui surviennent dans le diabète, d'autant plus que cette maladie reconnaît souvent une origine nerveuse. Le Prof. Raymond en a cité quelques exemples dans ses leçons didactiques.

Et récemment, le Prof. Dieulafoy a consacré une de ses leçons magistrales à l'étude des *Paralysies diabétiques des muscles des yeux*, à propos d'un cas de paralysie de la 6e paire gauche survenue brusquement chez un malade de son service, atteint de diabète sucré.

Il a réuni à cette occasion, un grand nombre d'observations déjà publiées ou inédites de paralysies oculaires diabétiques ; le plus grand nombre appartient à des cas de paralysie de la 6e paire.

Sur les sept observations que j'avais communiquées à M. Dieulafoy, il y avait cinq paralysies de la 6e paire et deux seulement de la 3e. Il a été le premier à démontrer que la paralysie d'un des muscles oculaires dans le diabète était essentiellement une *paralysie douloureuse*, qu'elle était précédée ou accompagnée d'une vive douleur à la région temporale et autour de l'orbite.

La paralysie oculaire diabétique est *transitoire*, mais moins fugace toutefois que celle que l'on constate dans le tabès.

A l'encontre de celle-ci, on peut affirmer qu'elle n'est pas le prélude d'autres accidents cérébraux. Son pronostic est donc favorable.

Ce qu'il importe surtout de savoir, c'est que cette paralysie d'un muscle moteur peut être un *signe révélateur* du diabète : dans plusieurs des cas que j'ai observés, elle m'a servi à dépister la glycosurie.

Enfin, dans la statistique, que j'avais établie, figuraient deux cas d'*ophtalmoplégie externe* nucléaire à marche progressive chez des malades dont les urines renfermaient une dose très élevée de sucre.

***

ETUDE DES ALTÉRATIONS DU FOND DE L'ŒIL. — En poursuivant plus loin l'étude de cette symptomatologie oculaire, nous sommes maintenant amenés à passer en revue ce que peut révéler l'emploi de l'ophtalmoscope pour le fond de l'œil et là encore le champ de l'exploration est vaste.

Certaines lésions de la rétine et de la choroïde nous renseignent sur les antécédents morbides du sujet et sur certaines maladies existantes : diabète, artério-sclérose.

D'autre part, les nerfs optiques se présenteront sous des aspects différents qui permettront de poser le diagnostic d'un grand nombre de maladies : tabès, sclérose en plaques, atrophie,

héréditaire de la papille, tumeurs centrales à siège plus ou moins éloigné, lésions du chiasma et des bandelettes optiques.

L'étude des altérations du fond de l'œil présente donc un grand intérêt et ces divers aspects de la papille offrent une source de renseignements qu'il n'est plus possible de négliger aujourd'hui.

Que de fois la constatation d'une stase papillaire, d'une névrite ou périnévrite optique a permis de rectifier des diagnostics douteux, erronés, et d'attribuer à la présence d'une tumeur cérébrale des céphalalgies des vomissements, des vertiges, dont on ignorait la cause.

Nous verrons qu'à côté de la stase papillaire vraie — Stungs-papille — indice certain d'une augmentation de tension intra-cranienne, il existe d'autres lésions analogues du nerf optique qu'il ne faut pas confondre avec elles ; ce sont les *névrites périphériques*, véritables phlegmasies locales, névrites dépourvues d'infiltration œdémateuse et qui se rattachent à des lésions locales ou peu éloignées des tractus optiques.

Il conviendrait de faire passer dans le langage scientifique une distinction entre la névrite proprement dite, la stase papillaire et l'atrophie.

On éviterait ainsi des confusions, qui se produisent chaque fois qu'il est question des lésions multiples des nerfs optiques.

Suivant leurs localisations, les tumeurs cérébrales donnent lieu à la névrite œdémateuse ou à l'atrophie simple. Dans certains cas l'examen ophtalmoscopique sera de la plus grande utilité pour décider de l'intervention chirurgicale.

Toutefois, il ne faut pas oublier que l'œdème papillaire étant l'expression d'un trouble de la circulation cérébrale provoqué par l'existence d'une tumeur, cette notion est insuffisante pour en préciser le siège.

Je vous ferai part ultérieurement de l'expérience que m'ont fournie à cet égard les divers faits cliniques que j'ai observés.

***

Examen de l'état fonctionnel. — Les renseignements fournis par l'examen de l'état fonctionnel sont très importants ; on devra pour cela passer successivement en revue l'état de l'*acuité visuelle centrale*, le *champ visuel*, la *vision des couleurs*.

Une diminution de l'*acuité visuelle* tient à des causes diverses.

Pour affirmer l'existence d'une lésion, il faut auparavant exclure les causes fournies par des anomalies de la réfraction et l'amblyopie congénitale. Cette recherche faite, on s'assurera de l'état de la rétine, des nerfs optiques, et de la possibilité d'une intoxication générale, telle que l'alcoolisme et le diabète.

Les modifications du *champ visuel* portent sur le *centre* et la *périphérie*.

L'altération du centre se présentera sous la forme d'un scotome central arrondi ou ovalaire ; un rétrécissement *concentrique* fera penser à l'hystérie, un rétrécissement *irrégulier* sera en rapport avec une atrophie des nerfs optiques. Si le champ visuel est dévié *symétriquement* par moitié, ce sera l'indice d'une lésion périphérique ou centrale ; le symptôme ainsi observé est l'hémianopsie qui sera homonyme ou hétéronyme, suivant que la lésion siégera au niveau des bandelettes, sur le chiasma ou en une toute autre partie de la substance cérébrale.

L'étude de la *dyschromatopsie* fournira également des indications très importantes : l'abolition du violet, la transposition des cercles colorés que l'on rencontre dans l'hystérie ; la disparition du vert et du rouge qui a été donnée comme un des signes précoces du tabès ; je dois dire cependant que je l'ai rarement rencontrée.

Enfin, la perte centrale de la vision des couleurs et leur intégrité dans la partie périphérique du champ visuel est l'indice d'une amblyopie toxique. Mais il faut savoir qu'on retrouve le scotome central dans d'autres affections ; en premier lieu, l'atrophie héréditaire de la papille, la sclérose en plaques, et même l'hystérie ; dans ce dernier cas, la forme et la dimension du scotome central sont très variables.

Il est une autre catégorie de circonstances, assez restreintes, il est vrai, où certains troubles oculaires, principalement les troubles fonctionnels, se rapportent à l'hystérie.

Sans entrer dans le débat qui a été soulevé récemment, il reste en ce qui concerne l'appareil de la vision, un certain nombre de symptômes oculaires, dont l'origine hystérique n'est pas douteuse. De ce nombre sont l'amblyopie, le rétrécissement du champ visuel, le ptosis pseudo-paralytique, dont j'aurai l'occasion de parler.

Vous le voyez, Messieurs, par ce qui précède, l'étude de la symptomatologie oculaire offre un intérêt tout particulier.

Un syndrôme constituant la donnée unique, on recherche dans quelle catégorie d'affections il se retrouve, et après ce travail d'analyse nécessaire, on s'aide dans les cas douteux d'une particularité clinique et d'un phénomène associé qui permettent d'établir le diagnostic de l'affection dont ce syndrome est la réelle expression.

Telle est la méthode qui, dans l'enseignement clinique, donne les meilleurs résultats.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'ichtyol dans la furonculose auriculaire.

D'après M. le Dr F. Bruch, de Seckenheim, (*Moniteur thérapeutique* du 7 février), le meilleur moyen de traitement des furoncles en question consisterait dans l'emploi d'un mélange composé par parties égales d'ichtyol et de glycérine.

Voici quel est le *modus faciendi* adopté par notre confrère.

Après avoir imbibé un tampon d'ouate du mélange susmentionné, on l'introduit, à l'aide d'un stylet porte-coton, dans le conduit auditif et l'on retire l'instrument en le manœuvrant de manière à laisser le tampon à l'intérieur du con-

duit auditif. Cela fait, on bouche celui-ci au moyen d'un autre petit tampon de coton sec, destiné surtout à éviter l'écoulement de l'ichtyol. Il faut veiller à ce que le tampon imbibé d'ichtyol n'exerce pas de compression, ce qui aurait pour effet d'augmenter encore les douleurs. En général, il suffit de renouveler ce pansement une fois par jour ; mais, dans les cas particulièrement douloureux, il est préférable de le refaire matin et soir, le traitement étant continué jusqu'à dessiccation complète du furoncle.

Aussitôt après l'introduction du tampon, l'action calmante de l'ichtyol ne tarde pas à se manifester par la diminution de la sensation de tension que le patient éprouve au niveau du conduit auditif. Souvent, on constate, dès le lendemain, que le tampon est humecté de pus, l'ichtyol ayant favorisé l'ouverture du furoncle. Mais — et c'est là un des principaux avantages du procédé en question — le pus ne peut pas s'écouler librement dans le conduit auditif, qui se trouve protégé par une couche d'ichtyol, de sorte que l'extension de la furonculose en est ainsi empêchée. Le moyen, dont il s'agit présenterait également l'avantage d'éviter l'eczéma du pavillon de l'oreille que l'on voit presque toujours survenir dans les cas traités par des pansements humides ou par des instillations de glycérine phéniquée.

L'emploi de l'ichtyol serait indiqué, tant chez les malades, qui ne consentent pas à se laisser inciser le furoncle, qu'à titre de traitement consécutif, après l'ouverture du foyer morbide.

Le traitement local que nous venons de citer devra être complété par l'emploi de la levure de bière qui sera ici, comme dans toutes les furonculoses, la plus sûre garantie de guérison.

Diagnostic précoce des infections typhoïdiques par l'examen bactériologique du sang

D'après M. le Dr Job, médecin major, le meilleur procédé de diagnostic précoce des infections typhoïdiques est l'hémoculture. Il a décrit, en détail, cette méthode de diagnostic dans un récent article du *Progrès Médical*.

« La technique la plus simple, dit-il, est l'ensemencement de 3 à 5 cc. de sang dans un tube contenant 6 à 7 cc. de bile de bœuf stérile (procédé de Conradi).

Bile	100
Peptone	10
Glycérine	10

« Ce dernier corps aurait pour résultat d'empêcher le développement des germes saprophytes.

« L'isolement du germe peut se faire sur boîtes de Petri contenant du milieu d'Endo. Sa nature, lorsqu'il appartient au groupe typhique, peut être établie en 24 heures, en utilisant une des formules de solution typhoïde et de solution paratyphoïde, données par Lœffler.

« 1° Solution typhoïde.

« On prend 800 cc. d'eau distillée, on y ajoute 40 gr. de peptone, 20 gr. de glucose, on dissout à chaud, on ajoute 30 cc. d'une solution normale de potasse, puis une solution de 20 gr. de nutrose dans 200 gr. d'eau que l'on chauffe à 70°, enfin 100 gr. de lactose. On répartit en flacons de 100 gr. et on stérilise pendant 3 jours consécutifs pendant dix minutes dans la vapeur fluente.

« 2° Solution paratyphoïde.

« La solution paratyphoïde ne diffère de la précédente que parce qu'elle ne contient pas de glucose.

« Pour composer les différents milieux préconisés par lui, Lœffler a édicté les règles suivantes :

« *a*) A 100 cc. de la solution typhoïde et à 100 cc. de la solution paratyphoïde on ajoute 1 cc. d'une solution stérile de vert malachite cristallisé, chimiquement pur (Hochst) à 0,2 %.

« *b*) A 100 cc. de la solution paratyphoïde on ajoute 1 cc. d'une solution de safranine pure à 0,2 % et 2 cc. d'une solution de vert malachite à 0,2 %.

« *c*) A 100 cc. de la solution typhoïde et à 100 cc. de la solution paratyphoïde on ajoute 1 cc. d'une solution de safranine à 0,2 %, 2 cc. d'une solution de vert malachite à 0,2 % et 3 cc. d'une solution de Reinblau (Hochst) à 1 %.

« *d*) A 100 cc. de la solution typhoïde et à 100 de la solution paratyphoïde, on ajoute 1 cc. de safranine à 0,2 % et 3 cc. de Reinblau à 1 %.

« L'auteur a essayé les 4 catégories différentes de milieux imaginés par Lœffler ; il a ensemencé chacun avec 12 espèces différentes de bacilles typhiques, 1 paratyphus A, 4 paratyphus B, 1 bacille de Gaertner, 3 coli et il a obtenu des renseignements concordant avec ceux de Lœffler ; il pense même qu'il n'est point utile de recourir à tous les milieux indiqués, la solution typhoïde additionnée de vert malachite a donné d'excellents résultats, et comme réactif paratyphoïde on peut utiliser l'une quelconque des solutions indiquées ; celle qui figure sous la rubrique B, additionnée de vert malachite et de safranine, paraît très suffisante. Si, dans ces milieux, on ensemence les germes énumérés, on constate que :

« 1° Dans la solution typhoïde additionnée de vert malachite, le bacille typhique détermine, après 24 heures de séjour à l'étuve, une coagulation massive, analogue à la coagulation du lait, le liquide sus-jacent est vert clair.

« Les paratyphiques, le Gaertner, le coli, provoquent en 24 heures à 37° une vive fermentation, la nutrose se dépose en grumeaux sales sur les parois du tube, le liquide se recouvre d'un voile vert.

« 2° Dans la solution paratyphoïde additionnée de vert malachite et de safranine :

« Le bacille typhique et le paratyphus A ont donné en 24 heures une teinte violette un peu plus sombre, le paratyphus B et le Gaertner ont donné en 24 heures au liquide une belle coloration rouge. Le coli a produit de la fermentation et a donné au tube un aspect gris violacé sale. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Blessure par balle de la hanche. — Grossesse tubaire. — Atrophies osseuses post-traumatiques d'ordre névritique. — Plaie artérielle. — Abcès du cerveau consécutif à une sinusite.

M. Mauclaire présente à la *Société de Chirurgie* un rapport sur un mémoire de M. Jacob (du Val-de-Grâce), mémoire relatif à un cas de *blessure par balle de la hanche* gauche avec perforation du col fémoral, lésion du nerf sciatique et infection du foyer traumatique. L'intervention consista en extraction d'esquilles contenues dans l'épaisseur du nerf sciatique et résection de l'extrémité supérieure du fémur. Le malade guérit

M. Jacob fait suivre l'exposé de son observation de quelques réflexions. Ces blessures de la hanche, remarque-t-il, sont les plus rares et aussi les plus graves des blessures articulaires de la chirurgie de guerre Leur mortalité, tout en ayant beaucoup baissé depuis les méthodes antiseptiques, est encore élevée (28 %, dans la guerre du Transvaal). D'autre part, il est un détail important du traitement. Chez le malade en question, l'infection, qui s'est produite malgré les soins antiseptiques, a été favorisée par le transport du patient. Il faut, autant que possible, éviter ce transport pour laisser l'articulation au repos. S'il est nécessaire d'évacuer le blessé, on immobilisera le bassin et le membre lésé.

— M. Silhol a adressé à la *Société de chirurgie* une observation de *grossesse tubaire* intéressante par plusieurs points, et qui fait l'objet d'un rapport de M. Marion.

Cette malade a offert, en premier lieu, un exemple de conception croisée. Chez elle un seul ovaire existe, l'ovaire droit porteur d'un corps jaune, l'ovaire gauche étant transformé en kyste ; une seule trompe, la gauche (celle du côté opposé à l'ovaire sain) est perméable, la trompe droite étant kystique et fermée. L'ovule sorti de l'ovaire gauche a donc été forcé de suivre la voie péritonéale pour arriver au spermatozoïde venu par la trompe. L'un et l'autre se sont rencontrés au niveau du pavillon où a eu lieu la fécondation et la greffe de l'ovule.

La seconde particularité observée dans ce cas est une hématocèle accompagnant le début de la grossesse extra-utérine. Il semble ici que la conception ait eu lieu très peu de jours avant l'hémorragie de l'hématocèle. Ordinairement, on voit l'hématocèle, la rupture, se produire beaucoup plus tard, six à sept semaines en général après la conception ectopique.

— M. Moty montre, à la Société de chirurgie, un malade atteint d'*atrophies osseuses* post-traumatiques, symptomatiques de névrite. Il s'agit d'un homme qui eut une fracture des os de la jambe et consécutivement une atrophie du pied droit dont la longueur diminua d'un centimètre et demi environ.

Ces atrophies peuvent se voir chez les sujets entachés d'hystérie, à la suite de traumatismes anciens. Mais l'hystérie n'est pas nécessaire, il suffit qu'il y ait névrite. Dans le cas en question, il semble, en effet, s'être produit une névrite par action directe des fragments osseux sur les nerfs de la jambe sans l'intervention d'un substratum hystérique. L'atrophie dépend alors directement de la névrite et non du traumatisme.

Les atrophies névritiques des extrémités des membres, ajoute M. Moty, débutent fort peu de temps après le trauma. Elles ne régressent pas. Elles seraient, en outre, assez fréquentes ; mais, comme elles se développent à l'insu des blessés, elles échappent au chirurgien jusqu'au jour où le patient est soumis à un examen méthodique. L'auteur en a vu beaucoup d'exemples.

— A la *Société des chirurgiens de Paris*, M. Delaunay se fait le défenseur d'une théorie pathogénique spéciale de l'*appendicite*, dont il déduit certaines conséquences chirurgicales.

Pour M. Delaunay, dans la grande majorité des cas d'appendicite, c'est un phénomène mécanique qui ouvre la scène, une coudure, une torsion de l'organe ; l'infection, bien qu'existante, n'est que l'étape secondaire. Cette donnée nouvelle permettrait de comprendre plus facilement les exemples si nombreux d'appendicite familiale. Un appendice long et déjà enroulé autour de son méso est un héritage somatique au même titre que d'autres états constitutionnels, et dans une même famille plusieurs enfants pourront offrir cette malformation appendiculaire.

Un point de vue opératoire, la pathogénie mécanique entraînerait également une conclusion qui est la suivante : dans toute appendicite à début violent, si, malgré une accalmie des symptômes généraux, les douleurs persistent, il sera indiqué d'opérer sans retard, sans attendre qu'à la cause mécanique vienne s'ajouter l'élément infectieux ou que la torsion hâte le sphacèle.

— M. Ozenne lit à la Société des chirurgiens de Paris deux observations de M. Tissot, de Chambéry, concernant des *plaies artérielles*. Dans le premier cas, il s'agissait d'une plaie latérale de l'artère humérale. Une ligature faite au-dessus et au-dessous de la plaie amena la guérison sans troubles circulatoires.

Dans le second cas, une balle de revolver ayant pénétré dans le creux sous-claviculaire avait blessé l'artère axillaire et déterminé un anévrysme diffus. L'hémostase ne fut possible qu'avec une pince laissée à demeure. Le patient guérit.

— M. Guisez présente à la Société des chirurgiens de Paris un malade opéré d'abcès du lobe frontal du cerveau consécutif à une sinusite fronto-ethmoïdale.

Le point particulier de l'observation est que l'abcès était tout à fait latent et ne se manifestait par aucun signe de compression ou de localisation. P. L.

CHRONIQUE SYNDICALE

Appel aux Syndicats médicaux pour venir en aide au Syndicat de Valence dans un procès d'ordre général.

Le Syndicat médical de Valence ayant intenté un procès en exercice illégal a vu un arrêt de la Cour de Grenoble rendu sur appel d'un jugement du tribunal de Valence, cassé par la Cour suprême et renvoyé devant la Cour de Lyon. De ce procès peut résulter une limitation regrettable de l'action syndicale en justice.

L'Union des Syndicats médicaux de France a décidé d'ouvrir une souscription pour permettre au Syndicat de Valence de soutenir le procès.

Se sont inscrits :

Union des Syndicats médicaux....	200 fr.
Fédération des Syndicats méd. du Sud-Est	100 fr.
Sou Médical.....	100 fr.
Syndicat des médecins de la Vendée	50 fr.
Syndicat des médecins de l'arrondissement de Versailles.....	50 fr.
Syndicat des Médecins de la Seine.	50 fr.
Total	550 fr.

Prière d'adresser les souscriptions à M. le Dr P. Vallat, trésorier de l'Union des Syndicats médicaux de France, à Joinville-le-Pont (Seine).

A ce propos, le Conseil du « Sou médical », a voté l'ordre du jour suivant :

« Le « Sou Médical », regrettant que les médecins n'aient pas encore compris qu'alors que les ouvriers s'imposent des cotisations élevées pour leurs Syndicats, il est impossible de défendre les intérêts des médecins avec des cotisations syndicales minimes, et rappelant qu'il est inadmissible que les 1.600 médecins prévoyants du « Sou Médical » soient sans cesse mis à contribution pour la défense des intérêts des imprévoyants, vote une somme de cent francs, en invitant les Syndicats médicaux à ajouter à leur cotisation statutaire la somme nécessaire pour l'adhésion obligatoire de tous leurs membres au « Sou Médical », à l'exemple de divers Syndicats médicaux, notamment ceux de Saint-Mandé, Le Puy, etc. »

CORRESPONDANCE

Est-on fonctionnaire ou non ?

St-James, le 15 février 1910.

Cher Confrère,

Au moment où l'action bienfaisante du *Concours Médical* attire de plus en plus l'attention des médecins, vous me permettrez de trouver étrange la *Consultation* que vous donnez dans le n° du 13 février 1910, p. VIII.

Il s'agit d'un médecin-inspecteur du service des Enfants assistés et de la protection du premier âge qui a été révoqué pour des motifs politiques et auquel vous faites cette réponse :

« Un médecin-inspecteur, nommé par un Pré-
« fet, est pour ce service un vrai fonctionnaire.
« Comme tel il est donc révocable, surtout pour
« faits politiques. Ce serait différent si la révo-
« cation avait eu pour motifs des actes profes-
« sionnels. Le Syndicat médical aura t pu s'é-
« mouvoir et s'occuper activement de la chose,
« après avoir pris connaissance du dossier. »

Je proteste, et nombre de confrères avec moi, contre cette manière de voir qui ferait de presque tous les médecins de la Sarthe des fonctionnaires, puisque tous ou presque tous sont médecins-inspecteurs des enfants ou chargés de l'Assistance médicale gratuite. Nous reconnaissons à l'administration le droit de nous blâmer et même de nous révoquer, après enquête syndicale, si nous remplissons mal notre service, mais non pas pour nos opinions politiques, philosophiques ou religieuses. Sans cela ce n'est vraiment pas la peine d'être en république et il est extraordinaire que vous, au *Concours*, vous considériez les fonctionnaires comme des citoyens diminués — et les médecins chargés d'un service comme de simples fonctionnaires.

Vous me pardonnerez la vivacité de cette réplique en faveur de l'intérêt que nous portons tous au *Concours* et de la portée que peuvent avoir ses avis.

Cordialement vôtre.

Dr Chaudet.

Mon cher Confrère,

Votre lettre comporte deux réponses. En droit, un syndicat ne peut prendre la défense d'un médecin, révoqué pour délit d'opinion, car ses statuts lui interdisent formellement les discussions politiques quelconques. Le syndicat ne peut donc savoir s'il y a eu ou non délit d'opinion.

En second lieu, la loi sur les syndicats ne reconnaît pas à ceux-ci le droit de s'opposer aux actes de l'Etat, du département ou de la commune. Le syndicat est donc désarmé dans cette lutte inégale.

En fait, il est donc facile à l'administration de trouver des fautes professionnelles pour masquer le vrai motif d'une révocation, à moins que, très franchement, le préfet vienne dire, comme dans un cas présent à ma mémoire : « Ce médecin a été nommé par les soins de mon administration ; je dois donc le considérer comme un fonctionnaire et, comme tel, il est révocable par l'administration qui l'a nommé ».

Toute la question est donc de savoir si le médecin doit se laisser assimiler à un fonctionnaire, c'est à-dire à une personne n'ayant pas la plénitude de sa liberté d'action et d'opinion.

Comme vous le dites, nous considérons le fonctionnaire comme un citoyen diminué, car il n'a pas sa liberté de dire au gouvernement qui le paye, son entière façon de penser. Voyez ce qui se passe en matière d'élection ? Lorsqu'il y a une candidature agréable aux pouvoirs publics, ne voit-on pas la foule des salariés du gouvernement venir déposer le bulletin de vote conforme aux ordres secrets reçus ?

Pouvez-vous imaginer, d'autre part, un employé du ministère, ou un percepteur, ou tout autre fonctionnaire, affichant publiquement des opinions nettement anti-gouvernementales ? Le préfet le ferait rapidement révoquer et il aurait raison.

Vous-même, souffririez-vous qu'une personne

que vous employez et que vous payez, vienne vous débiner et critiquer vos actes ? Il y a gros à parier que vous vous passeriez immédiatement de ses services.

Pourquoi refuseriez-vous le même droit à l'Etat ?

Vous êtes médecin, nous direz-vous, et, comme tel, on vous doit des égards particuliers. Non, mon cher Confrère, vous êtes un citoyen tout comme un autre et, si vous êtes un salarié, à un titre quelconque, de la Préfecture, vous êtes un fonctionnaire tout comme un percepteur ou un commis d'administration.

Ne nous payons pas de mots et voyons les choses à leur juste point de vue. La Société a besoin de fonctionnaires divers pour assurer ses différents services. Parmi ceux-ci se trouvent des fonctions pour lesquelles des médecins sont indispensables.

La Préfecture, le Gouvernement donnent donc l'investiture à certains praticiens pour assurer ces divers services médicaux. Elle les paie, et, par conséquent, se réserve le droit de les nommer comme de les révoquer.

Cette révocation peut être entraînée par deux motifs : le premier, insuffisance de travail ou d'aptitudes ; le second, délits d'opinion.

L'Etat qui paye, n'entend pas être combattu par ses salariés.

D'où la conclusion, lorsqu'un médecin a été remercié d'une fonction publique pour des faits d'ordre médical, il peut s'adresser à son syndicat, pour que celui-ci discute sur le seul point de vue technique avec le Préfet. Mais lorsque la révocation a eu pour motif un délit d'opinion, que voulez-vous que le Syndicat médical puisse faire ? La loi le lui défend ; ses statuts le lui interdisent. Puis que répondre à un Préfet qui dirait : « Ce n'est pas moi qui suis allé chercher votre confrère ; bien au contraire, c'est lui qui a quémandé son poste et s'est fait appuyer par toutes sortes d'influences. Il vient maintenant critiquer le gouvernement ; nous sommes donc obligés de nous séparer de lui, d'autant que j'ai de nombreuses demandes pour lui succéder. »

Votre indignation est belle, mon cher Confrère, elle vient d'un cœur généreux et non encore désabusé sur la cuisine politique.

Gardez vos illusions, et continuez à croire à la liberté de penser.

Oui, celle-ci existe, mais pour les forts ; les faibles et les isolés n'y ont pas droit. Voyez, par exemple, certains départements où les médecins en sont encore à s'entre-dévorer ; ces confrères se disputent entre eux les appâts trompeurs du régime avilissant et de famine des forfaits de toutes sortes : A. M. G., vaccinations, etc.

Voyez, au contraire, ce qu'obtient un syndicat bien uni, nous parlons d'un de ces syndicats où chacun fait taire son opinion politique particulière, pour n'envisager que la politique économique du seul syndicat médical. Il arrive à dicter ses volontés au préfet et au Conseil général.

Beaucoup préfèrent se plaindre et gémir sur leur triste sort plutôt que d'agir. Ils voudraient que tout le monde vînt à leur secours, mais ne tenteraient aucun effort. Tout cela, parce que le petit orgueil personnel est flatté de s'entendre appeler M. le Médecin-Inspecteur de quelque chose ; parce que l'on espère aussi que de longues années de services loyaux et surtout désintéressés feront obtenir le droit d'orner la boutonnière d'un ruban multicolore quelconque. Sainte décoration, priez pour nous !

Bien au contraire, le syndicat vraiment digne de ce nom, dont les membres n'ont pas craint d'immoler sur l'autel syndical, tout ce qu'ils pouvaient avoir comme fixes ou situations dites acquises, celui-là seul obtient des résultats tangibles pour ses adhérents, sous forme de relèvement des honoraires.

A un préfet qui distribue des fonctions, payées en titres ronflants ou en promesses de rubans, le syndicat fait répondre par un plan d'organisation de service dans lequel tout docteur en médecine du département est décrété l'égal de son confrère, et, comme tel a droit aux mêmes avantages que son voisin.

Autrement dit, il n'y a plus de médecins nommés par le bon vouloir du préfet, mais bien des praticiens remplissant des fonctions officielles, non pas parce qu'ils les ont quémandées ou volées, à force d'intrigues, au précédent occupant, mais par le seul fait qu'ils sont docteurs en médecine exerçant dans le département.

Aux propositions d'investiture par le Préfet, chaque bon syndiqué répondra : « Je suis très flatté de l'honneur que vous me faites ; mais il m'est impossible d'accepter ces fonctions avec les conditions y afférentes. Je vous prêterai mon concours loyal et dévoué, mais avec le règlement qui vous a été présenté par le Dr A. »

On évite ainsi de parler du Syndicat qui n'a pas le droit légal de faire opposition au gouvernement, bien que nous soyons en république, mon cher Confrère. Le préfet, ne trouvant personne à nommer, sera bien obligé de baisser son ton de commandement et de venir « causer » avec les syndicats.

Ah ! quand donc verrons-nous nos confrères mieux comprendre l'immense pouvoir qu'ils ont entre les mains, avec leurs organisations syndicales, mieux disciplinées ? C'est cette discipline, cet esprit corporatif qui fait la force des groupements ouvriers ; on leur accorde beaucoup, parce qu'on les craint.

Nous médecins, nous ne comptons pas ; nous sommes des bourgeois conservateurs ayant toujours craint de perdre quelque chose, au lieu d'essayer de gagner un peu plus.

D'où la conclusion à la réponse que nous faisons à votre lettre très intéressante et franche, dont nous vous remercions infiniment : si vous ne voulez pas être révoqué, si vous voulez avoir votre franc parler, être un homme libre, n'acceptez aucune fonction qui vous mette un collier au cou (voir le bon La Fontaine : le chien et le loup). N'acceptez de payements que ceux que vous aurez vraiment gagnés, à la visite et de la part de ceux qui vous ont librement choisi. Nous voudrions qu'à côté de la devise : *optima medicorum concordia* », on place celle-ci : « le forfait, voilà l'ennemi ! » Sus aux positions acquises. Honneur au syndicat de Versailles et autres qui mettent vraiment en pratique ces formules et se félicitent de l'avoir fait !

Nous venions de terminer cette lettre, lorsqu'on nous communique le document suivant : c'est un jugement du tribunal de paix de Mazières (Deux-Sèvres) du 8 juin 1909.

Dans ce département, les médecins de l'A.M.G. touchent 1 fr. 80 par an et par tête d'assisté ; l'indigent, au début de l'année, désigne le médecin qu'il choisit pour toute l'année.

Il s'agit du cas d'un praticien appelé auprès

d'un assisté, en l'absence du confrère chargé des indigents, et ayant envoyé sa note d honoraires à son client d'un jour. Celui-ci, actionné en justice, appelle en garantie le médecin de l'A. M.G. le Dr S.

« Attendu, dit le jugement, que le médecin qui a accepté volontairement de faire partie du service de l'A.M.G. et qui s'absente, est incontestablement tenu de se faire remplacer pendant la durée de son absence. si courte soit-elle ;

« Disons que le Dr S. sera tenu de garantir et indemniser C. du montant des condamnations prononcées contre lui en principal, intérêts et frais, et le condamnons en outre aux dépens de l'appel en garantie ».

Ce jugement est très suggestif. Il devrait être mis sous les yeux de quiconque de nos confrères accepte ou demande une situation à forfait. Cela peut mener loin, comme conséquences et responsabilité.

SOU MÉDICAL

Extrait du procès-verbal de la séance du 10 février 1910.

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, Gassot, Diverneresse, de Grissac, Noir, Boudin, Gatineau et Dumesny.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les Docteurs :

1507 Boillerault, à Ambérieu (Ain).
1508 Dupuy de Frenelle, à Paris, 56, rue Lafayette.
1509 Plessard, à Paris, 77, rue Crozatier.
1510 Blivet, à Saint-Aignan (Loir-et-Cher).
1511 Minon, à Beaucamps-le-Vieux (Somme).
1512 Colin, à Bourg (Ain).
1513 Pouliguen, à Brest (Finistère).
1514 Ternier, à Grenoble, 2, place Vaucanson.
1515 Bisch (Paul), à Grenoble, 11 place Victor-Hugo.
1516 Léothaud, à Nîmes, 8, rue du Général-Perrier.
1517 Gayet, à Cany (Seine-Inférieure).
1518 Cabiran, à Seissan (Gers).
1519 Couloumy, à Sermaises (Loiret).
1520 Garric, à Mazamet (Tarn).
1521 Guignot, à Avignon, 23, rue des 3-Faucons.
1522 Schwartz, à Sidi-Aïch (Constantine).
1523 Courtade, à Cazères (Haute-Garonne).
1524 Laforgue, à Le Fousseret (Haute-Garonne)..
1525 Gonthier, à Blosseville (Seine-Inférieure).
1526 Le Fur, à Paris, 103, rue La Boétie.
1527 Bézier, à Thiron-Gardais (Eure-et-Loir).
1528 Deswarte, à Rosendaël (Nord).
1529 Joly, à Croissy (Seine-et-Oise).
1530 Viallet, à Pont-Levoy (Loir-et-Cher).
1531 Legrand, à Paris, 47, rue de Babylone.
1532 de Tchérépakine , à Beaulieu (Loiret).
1533 Lagardère, à La Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne).
1534 Duclos, à Gentilly (Seine).
1535 Moulin, à Firminy (Loire).
1536 Rolland, à Brignais (Rhône).
1537 Brenans, à Beaumont-sur-Oise (Seine-et-Oise).
1538 Arrivat, à Alignan-du-Vent (Hérault).
1539 Denier, à La Tour-du-Pin (Isère).
1540 Groz, à La Tour-du-Pin (Isère).
1541 Fontanel, à La Tour-du-Pin (Isère).
1542 Wilmin, à Jouy-en-Josas (Seine-et-Oise).
1543 Chinsky, à Viroflay (Seine-et-Oise).
1544 Fabre, à Virieu (Isère).
1545 Cassan, à Nîmes (Gard).
1546 Moussour, à Bouligny (Meuse).
1547 Goudareau, à Smyrne (Asie Mineure).
1548 Dartigues, à Sidi-Aissa (Alger).
1549 Tarrius, à Epinay-sur-Seine (Seine).
1550 Coudeyras, à Paris, 91, rue d'Angoulême.
1551 Duguet, à Milly (Seine-et-Oise).
1552 Mazure à Combles (Somme).
1553 Frenel, à Crillon (Oise).
1554 Coze, Le Puy (Haute-Loire).
1555 Rochevalier, à Saugues (Haute-Loire).
1556 Roques-Chabaud, à Mirepoix (Ariège).
1557 Lahonda, à Bedous (Basses-Pyrénées).
1558 Delmas, à Montpellier.
1559 Capitrel, à Bordeaux, 71, Cours St-Louis.
1560 Molinié, à Marseille.
1561 De Batz, à Bordeaux.
1562 Sigot, à Philippeville (Constantine).
1563 Monod, à Grasse (Alpes-Maritimes).
1564 Laurentin, à Nice.
1565 Blanc, à Cannes.
1566 Bastide d'Icard, à Mèze (Hérault).
1567 Aurand, à Lyon, 7, rue Victor-Hugo.
1568 Genêt, à Lyon, 52, rue Victor-Hugo.
1569 Fay, à Lyon, 16, place Carnot.
1570 Madinier, à Lyon, 9, rue St-Alexandre.
1571 Quiry, à Caudry (Nord).

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire du « Sou médical », dans les affaires suivantes :

Dr M. — Pourvoi en cassation contre un jugement décidant que, en matière accidents du travail et par dérogation au droit commun, une demande additionnelle en dommages-intérêts ne peut rendre susceptible d'appel la demande primitive qui ne l'était pas elle-même.

Dr S. — Pourvoi en cassation contre un jugement refusant au médecin l'action de l'article 1066 du Code civil contre le patron de son client blessé du travail, aux lieu et place de ce dernier.

Dr de F. — Appel de jugement correctionnel acquittant des maîtres chanteurs contre lesquels il s'était porté partie civile.

Dr L. — Recours en Conseil d'Etat contre un arrêté préfectoral réduisant la durée de validité d'un contrat avec une commune approuvé purement et simplement par un premier arrêté. Une somme de 500 francs sera immédiatement versée à titre de provision à Me Auger, avocat au Conseil d'Etat, chargé du pourvoi.

Le Conseil vote en outre les dépenses suivantes :

1° Remboursement au Dr S., qui a obtenu gain de cause dans une demande en paiement d'hono-

raires à laquelle son client avait répondu par une demande reconventionnelle en dommages-intérêts, de la moitié des honoraires de son avocat et de son avoué.

2° Remboursement au Dr B., de la somme de 1.912 fr. 06 payée pour frais et honoraires d'une longue et pénible affaire de responsabilité médicale dans laquelle il a obtenu gain de cause contre un assisté judiciaire.

3° Paiement à l'avoué du Dr B., d'une somme de 68,40 pour frais d'un appel de justice de paix dans une affaire accidents du travail.

Le Conseil décide de mettre à l'étude, pour être soumis au vote de la prochaine Assemblée générale, un projet de Règlement intérieur présenté par le Dr Jeanne.

REPORTAGE MÉDICAL

Exercice illégal de la médecine. —I. Le Tribunal correctionnel de la Seine (10e Chambre) a rendu le 15 janvier 1909 un jugement (rapporté dans le journal *La Loi*, du 30 mars 1909 et mentionné dans le recueil des sommaires, s. 1909. 2. 21), qui présente un intérêt considérable au point de vue de la répression du délit d'exercice illégal de la médecine.

Un pharmacien avait, par la voie de la presse, annoncé des médicaments et provoqué des demandes de consultations médicales auxquelles il répondait par des lettres individuelles. Le tribunal de la Seine, sur une plainte du Syndicat des médecins de la Seine, a jugé que ces faits constituaient l'exercice illégal de la médecine.

En l'espèce, le délit était d'autant plus nettement caractérisé que la publicité laissait supposer que chaque demande faisait l'objet d'un examen particulier confié à des personnes compétentes et que les réponses sont signées : « le Dr du laboratoire », cette abréviation laissait croire à l'examen de la demande par un docteur.

Le Tribunal a estimé que la faute du pharmacien était d'autant plus lourde que la réponse revêtait une forme générale devant s'appliquer à tout le monde, sans même que fussent connues les personnes qui devaient suivre les instructions ainsi données.

Il paraît intéressant de rapprocher de cette décision un autre jugement du même tribunal, en date du 15 novembre 1895 (Pand. pér., 1896. 2. 340), aux termes duquel l'individu qui prescrit et vend à plusieurs personnes, attirées par des affiches et des annonces dans les journaux, une préparation contre la coqueluche, sans être muni du diplôme de médecin, commet le délit d'exercice illégal de la médecine. (H. Montal.)

II. Mme Nerdevoye, âgée de 50 ans, et sa fille, Mme Baranger, âgée de 31 ans, avaient à répondre, ces jours derniers, devant la dixième chambre correctionnelle, présidée par M. Eugène Dreyfus, du délit d'exercice illégal de la médecine.

Le tribunal a condamné Mme Nerdevoye à 500 francs d'amende et Mme Baranger à 100 francs. Toutes deux ont en outre été condamnées solidairement à 300 francs de dommages-intérêts envers le Syndicat des médecins de la Seine.

Ce sont, parmi tant d'autres, deux succès de plus à l'actif du Syndicat des médecins de la Seine.

L'Office pour la répression de l'exercice illégal ne chôme pas, comme on peut s'en rendre compte, et notre ami Levassort reste toujours sur la brèche pour mener avec l'ardeur et la foi que nous lui connaissons le bon combat contre tous les parasites de la profession.

Une ligue contre le charlatanisme. — L'assemblée générale de la *Ligue néerlandaise contre le charlatanisme*, réunie à Amsterdam, a décidé d'organiser un congrès pour la fondation d'une ligue internationale.

Ce congrès comprendra trois sections : une section générale, une section juridique et une section médico-pharmaceutique.

S'il ne peut arriver à constituer une ligue internationale, le comité néerlandais se formera en office central.

Le comité se compose des professeurs Hector Treub, président, Amsterdam ; H. van Gelder et Lind, avocats, à Amsterdam ; Dr van Elk, secrétaire général, à Eelde près Zutphen.

Venant à la suite des deux nouvelles judiciaires qui précèdent, cette communication dénote un état d'esprit général dont nous ne pouvons que nous réjouir.

Les illégaux n'ont qu'à se bien tenir. Les temps sont proches de « l'Univers acharné à leur perte », l'Univers médical, cela s'entend, ne les lâchera qu'après les avoir réduits à néant. Cette perspective ne laisse pas que de nous réjouir.

Hospice de la Salpêtrière. — Sous la direction de M. Deny, médecin de la Salpêtrière, MM. G. Maillard, médecin adjoint de la Salpêtrière, Paul Camus, médecin adjoint de Bicêtre, et Ch. Blondel, agrégé de philosophie, ont commencé *un cours élémentaire et pratique de séméiologie mentale*, le mardi 15 février, à 10 heures, à la Salpêtrière, section Rambuteau.

Ces leçons comprendront l'examen des malades, la recherche et l'étude des symptômes, la présentation des principaux syndromes et des affections mentales les plus fréquentes, les notions indispensables de psychopathologie clinique, les indications nécessaires à la pratique et à la rédaction des certificats et rapports.

Avis aux confrères qui veulent se perfectionner dans l'étude de la Psychiâtrie, dont la connaissance — même élémentaire — leur rendra d'appréciables services dans la pratique journalière.

— **Le Martyrologe professionnel.** — L'année débute mal pour le corps médical ; après le major Lambroschini, voici une nouvelle *victime du devoir professionnel*, M. le Dr Mourgue (de Nîmes), porteur d'une plaie superficielle à la main droite, ouvrait tout dernièrement un abcès à un de ses clients. Une infection se produisit et deux jours après notre malheureux confrère n'était plus.

Saluons la mémoire de ce confrère tombé sur le champ de bataille, face à l'ennemi et inscrivons pieusement son nom sur notre Livre d'Or, à la suite de tous les vaillants qui, dans un temps où tout se monnoie si facilement, sont une démonstration éclatante de tout ce qu'on trouve de dévouement et d'abnégation et d'esprit de sacrifice parmi les praticiens.

Le Dr Mourgue était membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 10 Dimanche 6 MARS 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

Propos du jour
Au sujet des inondations. Un contraste. L'assemblée générale de la Société Centrale de l'A. G. Pourquoi ne moraliserait-on pas les concours ? Le concours de l'agrégation..... 199
Médecine pratique
Traitement de la bronchite aiguë..... 201
La semaine médicale
Traitement précoce des plaies pénétrantes septiques ou simplement suspectes par les injections d'éther iodoformé. La thoracentèse..... 203
Revue des sociétés savantes
Prophylaxie de la fièvre typhoïde : La contagion par l'eau. La question des porteurs de germes; l'autogenèse; la vaccination antityphique..... 204
Tuberculose
Généralités sur l'emploi des tuberculines..... 206
Hydrologie
Châtel-Guyon et Kissingen..... 208
Intérêts professionnels
Le Concours d'agrégation. — La réforme de l'enseignement médical : à propos du concours d'agrégation. — Le médecin de campagne et l'exercice de la spécialité. — L'art dentaire..... 210
Chronique de la Prévoyance et de la Mutualité
Le refus d'agrégation de la Métropolitaine. — Un cas de conscience professionnel. — Les conséquences du libre choix dans les sociétés de Secours mutuels..... 214
Chronique des accidents du travail..... 216
Chronique syndicale..... 218
Jurisprudence du Sou médical
Tribunal civil de Saint-Calais. Annulation de polices d'assurances souscrites par un médecin à la suite de manœuvres dolosives..... 218
Sou médical
Séance du Conseil du 17 février 1910..... 219
Reportage médical..... 219

PROPOS DU JOUR

Au sujet des inondations. Un contraste. L'assemblée générale de la Société centrale de l'A. G. Pourquoi ne moraliserait-on pas les concours ? Le concours de l'agrégation.

Quand le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine décida de mettre ses réserves sous forme de prêt gratuit à la disposition des confrères sinistrés de la banlieue, il n'y eut aucune hésitation pour voter cette mesure généreuse, mais cela n'empêcha pas quelques-uns de témoigner des inquiétudes. Les ressources du Syndicat suffiraient-elles à atténuer les misères? A quoi nous répondîmes que la plus belle fille du monde n'ayant jamais pu donner que ce qu'elle avait, nous aurions, en cas d'insuffisance, recours à une souscription. Le lendemain nous recevions plusieurs billets de cent francs pour la Caisse de secours immédiat et une lettre de la « Prévoyance médicale », mettant en cas de besoin ses ressources à la disposition du Syndicat.

Notre appel fut entendu, même et surtout par les sinistrés, mais quelle ne fut pas notre surprise! Ce ne furent pas des demandes de secours, mais des offres qui nous furent faites, et qui l'eût cru, par les victimes des inondations.

Un confrère du VIIe arrondissement nous écrivait :

« Ayant été favorisé par le sort, je me fais un plaisir de contribuer pour ma modeste part au soulagement de quelque infortune.

Veuillez accepter ce billet pour votre caisse.

Un de nos amis du Conseil avec la même discrétion en avait fait autant la veille.

Un autre praticien parisien mettait une de ses bibliothèques à la disposition d'un confrère dont le mobilier aurait été saccagé.

Je serais heureux qu'il veuille bien l'accepter, écrivait-il, satisfait de pouvoir un peu l'aider à réunir quelques nouveaux instruments de travail détruits par l'inondation.

Mais voilà qui est encore plus touchant

Epargné par la Seine sur les hauteurs de C..., nous a écrit un des médecins d'une région éprouvée, j'ai néanmoins vu dans mon pays bon nombre de clients ruinés ; nous avons fait, ma femme et moi, ce que nous pouvions pour des étrangers, pour des confrères nous pouvons encore quelque chose. Nous n'avons pas d'enfants. Nous disposons d'une chambre d'ami. Nous la mettons à la disposition d'un confrère qui voudrait bien nous confier un de ses enfants. Nous ne demandons qu'une chose : pas un tout petit. Ma femme, n'ayant jamais eu de bébé, serait peut-être embarrassée pour de certains soins.

✦

Nous offrons de tout cœur d'assurer la vie matérielle de notre petit camarade jusqu'au jour où notre confrère nous fera la peine de reprendre ses droits.

A côté de ces manifestations de confraternité qui, en les lisant, nous ont fait venir les larmes aux yeux, nous avons reçu des lettres de vraies victimes, lettres de remerciements mais qui déclinent tout secours et avec quelle dignité.

Le Dr M., refugié chez des parents à Paris, écrit :

J'ai été, en effet, très éprouvé, j'ai dû fuir en laissant un mobilier impossible à transporter. Ce mobilier a baigné dix jours dans 80 centimètres d'eau et une partie de mes livres, dans le bas d'une bibliothèque, ne pourra pas être remise en état. Je subis une perte énorme, mon appartement tout entier se trouvant au rez-de-chaussée.

Néanmoins je suis convaincu que d'autres confrères ont été plus atteints que moi et j'espère pouvoir faire face à la grosse dépense représentée par la réparation de mon mobilier ; mais je vous suis très reconnaissant de votre initiative, etc..

Un autre confrère oublie les pertes que lui fera subir la ruine de ses clients, et ne songe en cette occasion qu'à faire secourir une veuve et des orphelins.

Je n'ai besoin de rien, écrit-il, mais notre confrère X, vient de mourir laissant une veuve et des enfants. Je suis sûr qu'ils ne demanderont rien, mais ils doivent se trouver au moins momentanément dans la gêne ; car cela coûte cher de mourir par ici. Ne pourrait-on pas aider discrètement Mme X, à payer les funérailles de son mari ? Je suis sûr que vous feriez-là une bonne action.

Mais je m'arrête, car je remplirais le journal de ces lettres aussi dignes que touchantes. Je n'ai pu m'empêcher, en les relisant, de me souvenir des paroles de Guillaume Ier en voyant nos cavaliers courir sans hésitation à la mort pour couvrir la retraite de leurs camarades : « Ah ! les braves gens » ! Les praticiens de nos régions eux aussi, oublient pour leurs confrères et pour leurs familles leur propre malheur, ils ouvrent leurs bourses, leurs foyers et leurs cœurs aux victimes, qui répondent en disant : « Merci, nous sommes touchés de ce que vous voulez faire pour nous, mais tournez vos regards vers de plus malheureux ».

Et l'on a voulu prétendre que la gangrène de l'égoïsme et de la rapacité avait gagné petit à petit cet admirable corps des médecins praticiens ! Et l'on a parlé de moraliser ces braves gens, de leur donner des leçons de déontologie, de confraternité, de dignité ! Allons donc ! Mais le dernier de ces petits médecins qui préfère pendant des mois se priver avec sa famille que d'accepter un prêt réél, je ne dis pas un secours, offert de tout cœur par notre syndicat, devrait être salué bien bas par ces gens fortunés au cœur sec qui n'ouvrent leur bourse qu'à bon escient, supputant par avance le rapport qu'ils pourront tirer de la publicité de leur prétendue bonne action.

Voilà qui suffit, mes chers confères, à nous consoler de bien des avanies et à nous faire oublier comment on agit à l'égard de nos amis dans nos propres sociétés de prévoyance et de secours mutuels.

***

Je sors en effet de l'Assemblée générale de la Société centrale de l' A. G. et j'ai pu y juger jusqu'où pouvait conduire le parti pris et cette manie de vouloir se faire juge sans appel des actions des autres. A la tête de cette Société centrale, il est cependant des hommes qui individuellement inspirent la confiance et méritent le respect. Mais là encore règne sous son aspect le plus déplorable cette prétention à l'infaillibilité que crée un esprit de corps d'un ordre tout particulier. Et cette infaillibilité exige des excommunications et des victimes.

Vous savez que la Société centrale avait ajourné en bloc la candidature de plus de 40 confrères parce qu'ils faisaient partie de la « Prévoyance Médicale ». N'étant pas membre de cette société, je puis parler en toute indépendance. L'auto-dafé parut trop copieux et le Conseil de la Société centrale, impressionné par la réprobation à peu près générale de tout le corps médical français, borna à quatre le nombre des victimes.

Le Dr Bellencontre, avec une énergie, une éloquence et un emesure remarquables dans un discours qui nous a paru un vrai chef-d'œuvre de très fine ironie, a demandé au Conseil, qu'il accablait de sa confiance et de ses respects, pourquoi cet ostracisme envers des médecins qu'il était fier de compter parmi ses amis, et qui, eût-il pu ajouter, jouissent depuis plusieurs années, de la confiance des 1.500 membres du Syndicat des médecins de la Seine.

Sans citer ces confrères, Bellencontre a exposé le procès qu'instruisit contre eux le Conseil de la Société centrale.

L'un, qui fit déjà partie de l'A.G., donna jadis sa démission avec quelque bruit. Mis en échec par le conseil de la Société centrale, il fut chercher des esprits plus larges dans une société locale de province qui l'a accueilli à bras ouverts.

L'autre, discuté comme membre de la Prévoyance, a osé recourir aux hommes de loi et faire sommer la Société centrale de lui ouvrir ses portes.

Le troisième (*horresco referens* !) est condamné pour délit d'opinion : il n'a pas craint d'écrire que la déontologie était, à l'heure actuelle, une fumisterie, et que sa propre déontologie, à lui, se bornait à ne pas concurrencer ses voisins en faisant des rabais et à éviter soigneusement de porter préjudice à ses confrères.

Quant au quatrième, il fut, paraît-il, condamné, sur la production d'un dossier secret, d'un dossier rempli de ces petits papiers sales qu'un galant homme n'ose pas ramasser dans la boue, même d'une main gantée. Il a été ainsi condamné

comme ses trois autres confrères, sans savoir exactement pourquoi, sans pouvoir produire d'explications ni de défense ; et Bellencontre, dans un beau mouvement oratoire, a adjuré le bureau de la Société de ne pas laisser pareils faits se produire dans un groupement médical à une époque que traverse un large souffle de justice et d'équité. Il ne veut pas croire que, dans une Société médicale pourront être approuvées, ces exécutions sommaires, après procès à huis clos, qui, en toutes circonstances et dans tous les pays, révoltent la conscience des honnêtes gens.

La plaidoierie de Bellencontre resta sans ré-

le 23 mai prochain s'ouvrira à Paris un de ces concours d'agrégation, que plus de 10.000 praticiens les ont réprouvés par deux fois dans les Congrès de Paris et de Lille. Nos lecteurs ne seront donc pas surpris de lire un peu plus loin dans le journal le manifeste que nous a adressé un Comité de protestation, formé de délégués des principaux groupements médicaux professionnels, manifeste qui correspond exactement à nos propres sentiments. (1).

J. Noir.

consiste plutôt dans une gêne au niveau du sternum. Le malade a du coryza, de la trachéite, de l'anorexie, une fièvre modérée ; il se plaint de malaises ; son sommeil est mauvais ; les urines sont souvent diminuées de volume et un peu sédimenteuses. L'examen révèle une respiration un peu rude, souvent humée, et des râles sonores, ronflants et sibilants, disséminés dans toute la poitrine.

A cette période, le traitement consiste dans le repos au lit ; il faut que le malade vive dans une atmosphère humide et chaude : sans courants d'air. L'humidité sera obtenue en faisant évaporer, sinon en permanence, du moins plusieurs heures par jour, de l'eau placée dans un récipient tel que la surface d'évaporation soit assez grande ; ce récipient sera placé sur une lampe à alcool à flamme très basse. L'eau sera additionnée de feuilles d'eucalyptus, d'essence de térébenthine, de teinture de benjoin, ou d'une cuillerée à café d'un mélange dans le genre de celui-ci :

Eucalyptol	15 gr.
Gaïacol	1 gr.
Menthol	1 gr.
Teinture de benjoin	30 gr.
Essence de térébenthine ....Q.S.p.	125 cmc.

qui a un aspect légèrement trouble et qu'il faut agiter (1).

On en peut, au reste, varier les composants. Ce n'est pas seulement dans les bronchites que ces vapeurs humides et plus ou moins antiseptiques rendent des services ; mais dans toutes les affections pulmonaires elles facilitent singulièrement l'issue des crachats.

La respiration sera facilitée par la révulsion faite avec des ventouses sèches, avec des applications de sinapismes ou de cataplasmes sinapisés avec des frictions d'essence de térébenthine, ou avec des badigeonnages de teinture d'iode, qu'on recouvrira d'ouate. On calmera la fièvre avec une petite dose (0 gr. 20 à 0 gr. 30) de bromhydrate de quinine, associée ou non à une égale quantité de pyramidon, s'il y a de la douleur. Il faudra surtout calmer la toux ; on y parviendra grâce à l'opium et ses dérivés ; à l'eau de laurier-cerise, à l'aconit, à la belladone :

Teinture de racines d'aconit Codex 1908)	0 gr. 75
Eau de laurier-cerise (d°)	8 gr.
Sirop diacode	120 c.c.

par cuillerées à soupe toutes les deux heures ; à prendre avec une infusion chaude de tilleul. On faci itera l'expectoration en faisant absorber, dans les 24 heures, la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque	4 gr.
Eau de laurier-cerise	5 gr.
Sirop de codéine	30 gr.
Eau distillée....Q.S.p.	120 cmc.

(1) Le verser dans l'eau froide ou, du moins, à une certaine distance d'une flamme.

Mais les potions ont l'inconvénient de fatiguer l'estomac, de provoquer ou d'entretenir un malaise gastro-intestinal ; il vaut parfois mieux les remplacer par un mélange comme celui-ci :

Teinture d'aconit	10 gr.
Eau de laurier-cerise	80 gr.

ou :

Teinture de belladone	10 gr.
Eau de laurier-cerise	80 gr.

dont on prendra chaque jour une ou deux cuillerées à café, diluées dans des infusions chaudes, par prises espacées, ou bien celui-ci :

Teinture d'aconit	3 gr.
Eau de laurier-cerise	10 gr.
Eau chloroformée ....Q.S.p.	60 c.c.

dont on prendra 4 cuill. à café par jour ; elle durera 3 jours ; ou encore par des pilules :

Codéine	un centigr.
Acide benzoïque	0 gr. 03

en 1 pilule molle ; en prendre 4 ou 5 par jour.

L'opium devra être banni de la thérapeutique chez les vieillards, et la belladone maniée avec prudence.

Il est important que les malades boivent beaucoup ; les boissons chaudes (tilleul, eucalyptus, quatre-fleurs), faciliteront la diurèse et calmeront la toux. Le lait sera la base de leur alimentation ; auquel on adjoindra du bouillon léger ou du bouillon de légumes.

A la période de coction, la toux constitue un phénomène salutaire ; l'expectoration est devenue muco-purulente et jaunâtre et, si la bronchite s'est capillarisée, un peu striée de sang, les râles sont devenus plus humides ; et, si le malade présente à l'une des bases un lieu de moindre résistance, la bronchite s'y localise parfois.

Avec une expectoration abondante ou difficile, un vomitif est souvent indiqué ; on prescrira :

Poudre d'ipéca	1 gr. 20 à 1 gr. 50

à diviser en 3 paquets, à prendre de 10 en 10 minutes avec une cuillerée à café d'eau tiède ; sauf, bien entendu, chez les artério-scléreux, les cardiaques et les vieillards.

On conseillera utilement deux ou trois cachets de vingt à trente centigrammes de poudre de Dower auxquels on pourra associer chaque fois huit à dix milligrammes d'extrait d'aconit ; ou bien le kermès, en pilules, ou en potion :

Kermès	0 gr. 15
Eau de laurier-cerise	2 gr.
Sirop de Tolu	30 gr.
Eau distillée....Q. S.p.	125 cmc.

à prendre par cuill. à soupe dans la journée.

Quand les crachats deviennent plus rares et se détachent difficilement, on s'adresse au benzoate de soude, en même temps qu'aux balsamiques :

Benzoate de soude	6 gr.
Teinture d'eucalyptus	10 gr.
Eau de laurier-cerise	8 gr.
Sirop de Tolu	40 gr.
Eau distillée Q. S.p.	150 c.c.

dont on avalera quatre cuill. à soupe par jour.

S'ils sont, au contraire, trop abondants, on prescrira la terpine, mais en se souvenant qu'elle n'est soluble que dans l'alcool :

Terpine Baume de Tolu	aâ 0 gr. 05

en 1 pilule, en prendre 6 à 8 par jour ; ou

Terpine	2 gr. 50
Benzoate de soude	5 gr.
Eau-de-vie	60 gr.
Sirop de Tolu	40 gr.
Eau distillée	150 c.c.

4 cuill. à soupe par jour.

Il faudra prescrire les balsamiques avec précaution, car leur administration inopportune pourrait déterminer de nouvelles poussées congestives, surtout chez les congestifs ou les suspects de tuberculose, les artério-scléreux ; la même remarque s'applique à la médication sulfureuse, dont nous ne parlons pas à dessein. Chez les scléreux, une petite dose (0 gr. 20 à 0 gr. 30) d'iodure de potassium ou de sodium a une action très heureuse pour rétablir la circulation pulmonaire ; on le prescrira pendant 3 ou 4 jours.

A mesure que les symptômes se seront amendés, on autorisera une alimentation légère : crèmes, potages, purées de pommes de terre, etc.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement précoce des plaies pénétrantes septiques ou simplement suspectes par les injections d'éther iodo-iodoformé.

Nous savons tous quelles inquiétudes nous causent les plaies pénétrantes profondes dues à des clous, à des pointes de fourches, à des poinçons malpropres et quelles sont, en effet, les suites terribles (lymphangite, phlegmon, septicémie, tétanos) de beaucoup de ces blessures.

Or, notre confrère, M. le Dr Crouzel, de La Réole, nous recommande avec preuves à l'appui, l'emploi d'une méthode de traitement, dont il n'a eu qu'à se féliciter jusqu'ici.

Cette méthode consiste à pratiquer, aussitôt que possible, une injection de 20 centimètres cubes d'une solution de :

Iodoforme	5 gr.
Iode	0 gr. 50
Ether éthylique à 65	100 cc.

Aussitôt après avoir poussé l'injection dans la cavité de la blessure, il faut en boucher l'ouverture avec la pulpe du doigt. Par sa tension de vapeur, le liquide éthéré dilate la cavité, écarte les uns des autres les tissus dissociés et les rend accessibles au mélange antiseptique iodo-iodoformé.

Au bout de quelques instants, l'enlèvement du bouchon formé par l'extrémité digitale laisse se produire une fuite brusque de l'excès de liquide volatil. Celui ci entraîne une grande partie des débris de tissus, caillots et autres corps étrangers, capables par leur présence et surtout par leur septicité, soit de provoquer des complications toxiques ou tout au moins d'entraver la cicatrisation rapide de la plaie. L'injection d'éther iodo-iodoformé agit donc, à la fois, *mécaniquement* et à titre pharmacodynamique. La résultante est constituée par l'action thérapeutique désirée.

Les suites sont aussi bonnes que possible, c'est-à-dire sans le moindre incident inflammatoire et sans suppuration.

Pour augmenter les chances de succès de la méthode, on pourrait en combiner le mode opératoire avec les données suivantes :

« Récemment le Dr Legras a établi que *l'hyperhémie passive produite par l'application d'un lien, à la racine d'un membre, permet à un liquide injecté de rester localisé dans ce membre et aux substances actives qu'il contient en solution, d'agir localement et d'une façon particulière ? sur les éléments anatomiques de cette région.* Il se crée, du fait de la constriction un œdème de stase, un milieu favorable à la dilution des solutions qui peuvent y être injectées. Les solutions demeurent localisées dans le membre hyperhémié tant que subsiste la ligature, cause de cette hyperhémie. Elles se diffusent dans tout ce membre, permettant un contact intime entre les tissus et les médicaments injectés, et il semble y avoir du fait de ce contact une action directe, thérapeutique, de ces médicaments sur les tissus.

Pour produire la congestion hyperhémiante, on applique à la racine du membre une bande ou un tube en caoutchouc, modérément serré, de manière à ne pas empêcher les battements artériels. On place le lien une heure avant l'injection et on le laisse deux à trois heures après.

En d'autres parties du corps on peut produire l'hyperhémie avec les ventouses de Bier.

Autant que possible, il vaut mieux ne pratiquer ces injections que dans les régions un peu éloignées des nerfs importants. Malgré la toxicité de l'iodoforme, ces injections ne produisent pas d'accidents, parce qu'on ne les pousse pas, ici, dans des cavités closes. Du reste, la proportion d'iodoforme qu'abandonne la solution éthérée n'est pas suffisante pour inspirer des craintes à l'opérateur.

La thoracentèse.

M. le Dr Milian, médecin des hôpitaux de Paris, a fait récemment une étude sur la thoracentèse dont la *Quinzaine thérapeutique* a donné le résumé. « Les auteurs classiques, dit M. Milian, recommandent de pratiquer la thoracentèse sur le sujet assis, faisant le gros dos, et

d'enfoncer le trocart dans le huitième espace intercostal, au niveau d'une ligne verticale passant par la pointe de l'omoplate.

« Or, cette position est très pénible : elle prédispose à la syncope ; elle favorise les quintes de toux.

« La peau du dos est extrêmement *dure*, la plus résistante de l'économie. Elle se laisse difficilement traverser par le trocart. Le sujet éveillé demande le minimum de douleur. Le tissu adipeux, souvent épais dans cette région, est en outre un obstacle pour repérer exactement l'espace intercostal.

« Il arrive aussi, que le sujet, en se retirant devant le trocart, incurve sa colonne vertébrale et lui imprime une convexité antérieure. Il rapproche ainsi les côtes les unes des autres et coince le trocart entre le bord inférieur de l'une et le bord supérieur de l'autre. Souvent le trocart vient frotter par son bec sur le périoste costal, ce qui est extrêmement douloureux et en tout cas, arrête une fois de plus l'aspiration.

« Enfin, la station assise fait s'accumuler le liquide pleural dans les culs de-sac pleuraux inférieurs, dans le cul-de-sac pleural antérieur même, puisque le sujet est penché en avant ; il est partout, sauf dans la gouttière vertébrale et à la face postérieure du poumon, ou du moins en moins grande abondance et sous la plus faible épaisseur.

« Dans ces conditions, surtout si l'aiguille est dirigée un peu obliquement en haut et en avant au lieu d'être bien normale à la paroi, très rapidement la pointe métallique affleure le poumon et le rencontre au cours de ses incursions respiratoires, d'où possibilité de blessure. Enfin, il n'y a que les épanchements très abondants qui puissent être ponctionnés. Les épanchements modérés qu'on peut avoir intérêt à évacuer, pour une raison ou pour une autre (pleurésie cardiaque, pleurésie suppurée), échappent, à moins de faire la thoracentèse dans une région beaucoup plus déclive que l'espace intercostal classique.

« Le moyen de remédier à ces multiples inconvénients réside dans la thoracentèse pratiquée au creux de l'aisselle, le malade étant dans le décubitus dorsal.

« Le *décubitus dorsal* offre tous les avantages pour le malade. Il y peut rester indéfiniment puisque c'est la position idéale du repos, donc pas de fatigue. Pas de tendance à la syncope, puisque c'en est la position antagoniste. Pas de production de quintes de toux, puisque le malade restera immobile dans cette position commode.

« L'opération se passe avec la plus grande simplicité sans être jamais coupée d'aucune alerte.

« Pour *l'opérateur*, il y a également avantage à pratiquer la thoracentèse dans la région axillaire qu'offre ce mode de décubitus. Là, en effet, la peau est mince ; la graisse sous-cutanée n'est jamais abondante ; les muscles y sont peu importants, les espaces intercostaux sont très larges, à condition, surtout, de faire tenir élevé le bras correspondant du malade, en le priant de mettre la main sous la tête. Toutes ces circonstances favorisent l'opération et facilitent la recherche des points de repère et la pénétration du trocart.

« La TECHNIQUE OPÉRATOIRE est des plus simples. Rien à changer dans l'appareil qui sera, au choix du médecin, l'aspirateur de Dieulafoy ou de Potain, avec les soins d'asepsie absolus.

« Le sujet sera couché bien à plat, la tête à peine surélevée par un oreiller bien égalisé. Il sera placé *tout au bord* du lit, non pas seulement y affleurant, mais dépassant le matelas de quelques centimètres, de manière à ce que le thorax déborde le lit.

« Il faut enfin que le *sujet soit penché du côté à opérer*, ce qu'on aide en aplatissant le bord du matelas sur lequel est couché le malade, si celui-ci ne parvient pas à trouver lui-même une position suffisamment déclive. Il n'est pas besoin de dire que ceci a pour but d'amener le liquide dans la région à ponctionner.

« Le *bras du sujet doit être relevé sur la tête* pour écarter les espaces intercostaux. Pour rendre la chose plus facile et empêcher toute fatigue, il vaut mieux placer la main du sujet sous l'occiput ; de cette façon le poids de la tête maintient la main, et, par suite, le bras en place, et le sujet n'a pas besoin de faire d'effort pour maintenir le membre dans cette position.

« Le *lieu de la ponction* sera la région immédiatement sous-jacente à la paroi interne du creux de l'aisselle, sur la partie latérale du thorax. On pratiquera la ponction à la rencontre d'une ligne verticale partant du sommet de l'aisselle et du huitième ou neuvième espace intercostal.

« Il va sans dire qu'on aura perçuté soigneusement cette région avant de pratiquer l'opération : on aura même fait une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz, pour s'assurer de la présence du liquide en ce point Là plus qu'ailleurs, il faut être certain de son diagnostic, car le diaphragme n'est pas loin et, en l'absence de liquide, il serait facile de le perforer ».

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Prophylaxie de la fièvre typhoïde : La contagion par l'eau ; la question des porteurs de germes ; l'autogenèse ; la vaccination anti-typhique.

Au mois de novembre 1909, à la suite du rapport de M. Vincent sur les épidémies, une discussion fut ouverte à l'*Académie de médecine* sur la *prophylaxie de la fièvre typhoïde*. Cette discussion assez mouvementée, à laquelle de nombreux orateurs ont pris part, s'est poursuivie jusqu'à présent, et vient maintenant d'être close. Avant d'arriver aux conclusions, nous allons présenter une vue d'ensemble des débats, du moins dans leurs principaux traits.

Pendant de nombreuses années, la prophylaxie de la fièvre typhoïde s'est inspirée d'une idée dominante : l'origine hydrique de la maladie. En France, se rangeant à l'opinion de Brouardel, on a attribué toute fièvre typhoïde à l'usage d'une eau contaminée. Les mesures de protection ont eu surtout pour objectif de donner aux populations une eau de boisson pure, protégée contre la contamination.

Plus récemment, en face de la doctrine française, est venue se dresser la doctrine allemande, dite de la contagion inter-humaine par les *porteurs de germes*. Qu'est-ce qu'un « porteur de germes » ? Les recherches bactériologiques poursuivies de l'autre côté des Vosges ont montré que, chez les sujets atteints de fièvre typhoïde et même chez d'autres sujets simplement infectés par le bacille d'Eberth sans avoir eu la fièvre typhoïde, on trouvait pendant un temps variable, très longtemps parfois, dans les excreta (garde-robes, urine) de nombreux bacilles typhiques. Ce sont là les porteurs de germes. Ils éliminent d'une manière intermittente ou continue des bacilles typhiques et constituent, pour l'Ecole allemande, une source très importante de contagion.

Eh bien, la discussion qui vient de se dérouler à l'Académie de médecine, a porté principalement sur le rôle de cette contagion interhumaine et sur les moyens prophylactiques à lui opposer. Faut-il, comme quelques-uns, en Allemagne, paraissent le croire (tel Klinger), faire table rase des autres modes de contagion et ramener essentiellement la genèse du processus épidémique au contact par les malades et par les éberthifères ?

M. Vincent, tout en accordant à l'eau de boisson une large part comme agent de propagation du bacille d'Eberth, estime que les porteurs de germes ne doivent pas être négligés dans les mesures de prophylaxie. Ces porteurs de germes sont de deux ordres : les porteurs malades, atteints ou convalescents de fièvre typhoïde, et les porteurs sains, ceux qui n'ont jamais eu la fièvre typhoïde. Chez les uns et les autres, les bacilles typhiques élisent domicile dans la vésicule biliaire, dans l'intestin, dans la vessie. La bile, les garde-robes, les urines, leur servent de véhicules. Les malades atteints de coliques hépatiques sont souvent des porteurs de germes, le bacille d'Eberth étant habituellement, on le sait, à l'origine de la lithiase hépatique. Les bacilles d'Eberth ainsi abrités sont très difficiles à faire disparaître de l'organisme. Ils sont éliminés d'une façon intermittente ou continue, quelquefois pendant très longtemps (dix ans, vingt ans, quarante ans parfois même) et en nombre considérable : on a pu en trouver de 30 à 190 *millions par gramme de fèces* !

Les porteurs de germes deviennent dangereux pour les personnes avec lesquelles ils ont des rapports directs ou indirects : leurs mains, souillées par l'urine ou les matières fécales, disséminent les germes et, s'ils exercent des professions alimentaires (cuisiniers, domestiques, laitiers, charcutiers, fruitiers, etc.) contagionnent les aliments. Leur urine et leurs garde-robes peuvent aussi infecter le sol, les légumes, les puits.

M. Vincent demande, en conséquence, que l'on organise des mesures de défense contre ces éberthifères. La principale serait la création de laboratoires spéciaux d'épidémiologie chargés d'examiner les fèces des individus suspects. Tout porteur de bacille d'Eberth devrait être averti des dangers qu'il fait courir à son entourage et à la population ambiante. Jusqu'à ce qu'un moyen — moyen encore inconnu — ait été trouvé de le débarrasser de son infection — l'ablation de la vésicule biliaire paraît le seul procédé efficace... mais peu pratique ! — il lui serait demandé d'user de mesures de propreté spéciales, *lavage des mains* après être allé à la garde-robe, après avoir uriné, etc.

M. Landouzy, M. Vaillard se rangent également parmi les évolutionnistes en matière de prophylaxie de la fièvre typhoïde et voudraient que l'on prenne intérêt de la doctrine des porteurs de germes. La théorie hydrique, dit M. Landouzy, n'explique pas tout. Il y a des cas où elle est en défaut et ses *fuites* sont précisément celles qui tiennent à la contagion par les sujets éberthifères. M. Vaillard cite des faits empruntés aux auteurs allemands, où le rôle des porteurs de germes paraît entraîner la conviction. En voici un exemple emprunté à Scheller : dans une propriété située près de Königsberg, 32 décès par fièvre typhoïde se succèdent en quatorze années. Ni les désinfections, ni les autres mesures n'avaient empêché la maladie de se produire. Invité à déterminer les causes de cette endémie, Scheller constate que toutes les personnes décédées depuis 1894 s'approvisionnaient à une laiterie de la dite propriété. En serrant l'enquête, il apprend qu'une femme employée à la laiterie avait eu la fièvre typhoïde dix-sept années auparavant. Les selles de cette femme sont examinées : on y trouve le bacille d'Eberth presque à l'état de culture pure.

L'Ecole allemande attribue donc à ces porteurs de germes, individus en bonne santé, qui vont et viennent dans la vie en exerçant leur profession sans se douter de leur état, un rôle capital dans la genèse des endémies et des épidémies de fièvre typhoïde. Elle conseille — et MM. Vincent, Vaillard, etc., demandent après elle — la création de *laboratoires* spéciaux chargés de rechercher les sujets éberthifères pour prendre contre eux telles mesures jugées convenables. A la vérité, ces mesures — sauf les soins de minutieuse propreté — sont encore à l'état d'étude et de recherche, puisqu'aucun médicament n'est apte à chasser de l'organisme les bacilles d'Eberth qui ont élu domicile dans la vésicule biliaire, l'intestin ou la vessie.

Répondant à M. Vincent, M. Delorme déclare rester fidèle à la vieille théorie hydrique. Elle a fait ses preuves, dit-il, et les mesures prophylactiques qu'elle a fait naître ont amené une diminution telle de la fièvre typhoïde que la mettre au second plan serait une grosse faute d'épidémiologie. Dans toute épidémie, il faut

rechercher l'eau contagionnée : la pureté de l'eau de boisson doit rester la base de la prophylaxie anti-typhoïdique. On a bien objecté que le bacille d'Eberth vivait très peu de temps dans l'eau et que les recherches bactériologiques le trouvaient très rarement dans ce véhicule, mais c'est là une question de finesse d'examen et en tout cas les faits nombreux et probants sont là pour attester la valeur du facteur hydrique dans la genèse des épidémies de fièvre typhoïde.

M. Kelsch est venu soutenir à la tribune de l'Académie une notion pathologique qui ne paraît pas avoir eu beaucoup d'écho, mais qui n'en est pas moins intéressante parce qu'elle est clinique et basée sur des faits bien observés par un épidémiologiste exercé. Cette notion est celle de l'*autogenèse*, autrement dit du développement de la fièvre typhoïde sous l'influence de conditions défectueuses du sujet, surmenage, affaiblissement général, etc. Nous portons en nous les germes typhiques, dit M. Kelsch, mais ils ne se développent qu'à l'occasion de conditions générales, lorsque le terrain devient propice, lorsque la défense de l'organisme faiblit. La prophylaxie, dans ces conditions, devient individuelle et doit tendre à éloigner ces causes d'affaiblissement de l'organisme. Dans l'armée, les cas de fièvre typhoïde éclatent souvent après des marches forcées, ce qui a fait dire en manière de boutade, à certains médecins militaires : « le microbe de la fièvre typhoïde, c'est le colonel ! »

Tels sont donc les 3 facteurs actuellement mis en avant pour expliquer les épidémies et les endémies typhiques : le facteur hydrique, le facteur « porteurs de germes » et le facteur « autogenèse ». Chacun de ces facteurs commande des mesures prophylactiques spéciales : pureté de l'eau de boisson, protection contre les sujets éberthifères (soins de propreté, des mains particulièrement, dépistage par les laboratoires), protection contre les causes d'affaiblissement général.

Il est enfin une mesure prophylactique d'un tout autre ordre : c'est la vaccination antityphique. MM. Chantemesse et Netter s'en déclarent partisans. Bien qu'encore à l'étude, elle semble réellement efficace. Le vaccin de Wright, en particulier, a été souvent utilisé dans l'armée anglaise avec avantage. P. L.

Une nouvelle fonction militaire. — La vieille gaîté gauloise ne perd jamais ses droits et Rabelais est de tous les temps et de tous les milieux.

Un exemple cueilli dans le *Bulletin médical*, qui le tient d'un médecin de régiment.

Le bruit s'était répandu dans ce corps de troupes — sans doute par un écho dénaturé des discussions de l'Académie de médecine — qu'on allait recevoir des *majors spéciaux* pour rechercher le microbe de la fièvre typhoïde dans les selles des hommes.

Tiens ! dit un loustic, on va avoir des fouille—...»

Cambronne ! Tu es immortel ! !

TUBERCULOSE

Généralités sur l'emploi des tuberculines,

(*Troisième partie*)

Par le Dr René Martial.

Exemples.

Voici trois exemples d'emploi de la tuberculine : un de traitement de la tuberculose cutanée un de traitement de la tuberculose pulmonaire et un de diagnostic topographique dans un cas de lupus.

Cas I. — Observation du Dr A. Lassueur (de Lausanne) (1), — C'est un cas d'application de la tuberculine de Béraneck. Il s'agit d'une dame âgée de 40 ans, atteinte d'un lupus tuberculeux datant de 7 ans et ayant envahi l'oreille et la joue gauches. L'état général de la malade est excellent. Début du traitement par la tuberculine de Béraneck le 22 juin 1906. Solutions : A/8 ; A/4 ; A/2, et A : une injection tous les deux jours. guérison apparente extraordinairement rapide; puis solution B, une injection deux fois par semaine. Le 19 décembre, la malade est blanchie En février 1907, cinq petits tubercules réapparaissent disséminés sur la cicatrice du lupus. On reprend les injections d'emblée avec la solution B. Guérison après quatre injections avec la solution (soient 1/10, 2 et 3 4/10es). Le 19 mars, deuxième récidive, solution B ; mais les injections 4, 5 et 10 sont suivies d'élévation de température. Puis injections avec la solution C à raison de deux par semaine ; guérison en avril.

L'échelle de la tuberculine de Béraneck est la suivante :

A/32, A/16, A/8, A/4, A/2, A, B, C, D, E, F, G, H.

La concentration A/32 est la plus faible, la concentration H la plus forte, c'est la tuberculine pure. On commence par un millième de cc. de A/32. S'il y a réaction, on prend une tuberculine plus faible, sinon on augmente de 1/20 chacune des injections jusqu'à 1/2 cc. de A/32 que l'on répète plusieurs fois et, s'il n'y a pas de réaction, on passe ensuite à A/16 en commençant par 1/10e de cc. de A/16. . On augmente ensuite chaque injection de 1/20e cc. jusqu'à 1/2 cc. de A/10, on répète cette dose plusieurs fois et s'il n'y a pas de réaction on injecte 1/10e cc. de A/8. Chez les enfants, les fébriles et les débilités on commence à A/64 ou A/128. Cette technique est celle indiquée par A. Sahli, mais on peut aller plus vite ainsi qu'on l'a vu dans l'observation précédente de Lassueur.

Cas II. — Observation personnelle. — Mlle B., 18 ans. Tuberculose pulmonaire au IIIe de-

(1) Publié in *Revue pratique des maladies cutanées*, tome VI, 1907, Paris, 31, rue La Boétie.

gré (classification de Turban), abcès froids, les uns cicatrisés, les autres en évolution. Tuberculine de l'Institut Pasteur de Lille.

1909. 18 octobre, 1re injection : 1/10e de 1/1000e de milligr. Aucune réaction ni locale, ni générale.

20 octobre, 2e injection : 2/10es de 1/1000e de milligr. Aucune réaction ni locale ni générale.

23 octobre. 3e injection : 3/10es de 1/1000e de milligr. Aucune réaction ni locale, ni générale.

27 octobre : 4e injection, 3/10es de 1/1000e de milligr. Aucune réaction ni locale, ni générale.

30 octobre : 5e injection 4/10es de 1/1000e de milligr. Aucune réaction ni locale, ni générale.

3 novembre. 6e injection 5/10es de milligr. Aucune réaction ni locale, ni générale.

6 novembre, 7e injection, 6/10es de 1/1000e de milligr. Aucune réaction ni locale, ni générale.

10 novembre, 8e injection, 7/10es de 1/1000e de milligr. Le soir 37°6. plus rien le lendemain.

13 novembre, 9e injection, 1/1000e de milligr. le soir 37°5.

15 novembre. Le soir, 37°4.

17 novembre. 10e injection. 8/10es de 2/1000e de milligr. Pas de température ; le lendemain, très légère réaction d'une des cicatrices d'abcès froid.

20 novembre, 11e injection. 8/10es de 2/1000e de milligr. Aucune réaction.

24 novembre. 12e injection. 8/10es de milligr. Aucune réaction.

27 novembre. 13e injection. 8/10es de milligr. 37° 5 le lendemain.

1er décembre. Interruption du traitement par suite du manque d'ampoules ; cette interruption dure jusqu'au 4 décembre. La malade ayant perdu de l'accoutumance durant cette semaine la dose de l'injection suivante devra être descendue. Ce qui a lieu :

4 décembre. 14e injection. 5/10es de 2/1000e de milligr.

Le 6 décembre 37° 6.

9 décembre. La malade signale un retard dans ses règles ; elle a eu un léger degré de température ; la dose de l'injection est encore diminuée.

15e injection. 4/10es de 2/1000e de milligram. 10 décembre, 37°4 ; le 11 déc., 37°4 ; le 12 déc., 37°9, cette dernière température survenant sans cause préalable autre que le retard des règles, néanmoins l'injection est différée ; le lendemain on constate l'apparition d'un nouvel abcès froid qui s'ouvre rapidement.

Le traitement est repris ensuite et continué depuis sans interruption.

Si la température disparaît ou s'atténue fortement les injections à dose croissante de 1/10e de cc. à chaque fois, seront reprises. Chaque dose 1/1000f, 2/1000e, etc., est contenue dans 1 cc. de dilution. Sinon, on attendra, la fin de la réaction et si elle se fait trop longtemps attendre, on reprendra à la dose initiale.

Mais, durant la même période de temps exactement, d'autres malades sont allés sans encombre jusqu'à la dose de 9/10e de 2/1000e de milligr. et jusqu'à celle de 2/1000e de milligr. Avant de passer à la dose supérieure de 1/10e on doit rester durant 3 ou 4 injections à la même dose afin de bien s'assurer qu'elle est supportée sans réaction.

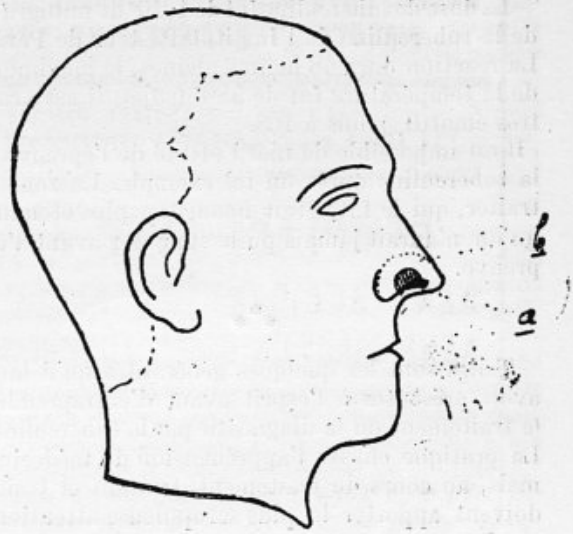


FIG. 1. — Avant la réaction à la tuberculine.

a) Lupus.
b) Zone érythémateuse.

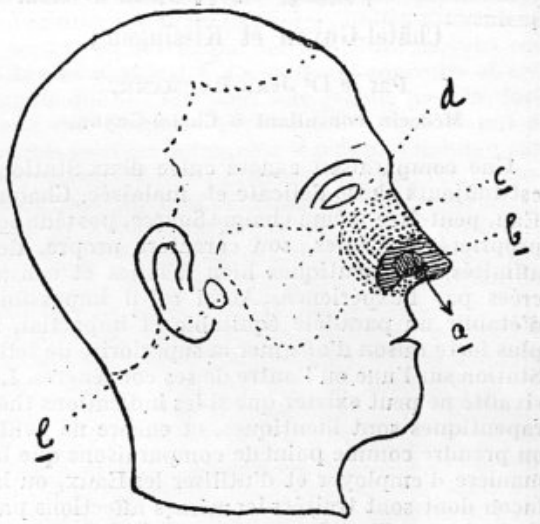


FIG. 2. — Pendant l'épreuve à la tuberculine.

a) Lupus en réaction.
b) Zone érythémateuse infiltrée, en réaction.
c) Erythème réactionnel interne.
d) Zone également en réaction, mais plus légère.
e) Ganglion pré-auriculaire, tuméfié, en réaction.

Cas III. — Observation publiée en collaboration avec Leredde (1). M. B., âgé de 19 ans 1/2,

(1) *Revue pratique des maladies cutanées*, tome VI, 1907.

est atteint d'un lupus minuscule de l'aile droite du nez. Il s'agit de savoir si seule la lésion visible sera traitée ou s'il faut faire porter le traitement sur une plus vaste superficie. Les deux schémas suivants pris avec une grande exactitude, avant et pendant l'épreuve à la tuberculine, sont suffisamment démonstratifs pour que l'on puisse supprimer tout commentaire.

La dose de tuberculine fut de 1/10e de milligr.(1) de la tuberculine de l'Institut Pasteur de Paris. La réaction dura 48 heures pleines, le maximum de la température fut de 38°6 (sujet, il est vrai, très émotif), pouls à 108.

Il est impossible de nier l'utilité de l'épreuve à la tuberculine après un tel exemple. La zone à traiter, qui le fut, était beaucoup plus étendue qu'on n'aurait jamais pu le supposer avant l'épreuve.

***

Telles sont les quelques généralités qu'il faut avoir présentes à l'esprit avant d'entreprendre le traitement ou le diagnostic par la tuberculine. La pratique chasse l'appréhension du médecin ; mais, au cours du traitement, traitant et traité doivent apporter la plus scrupuleuse attention.

HYDROLOGIE

Châtel-Guyon et Kissingen ;

Par le Dr Jean BAUMANN,
Médecin consultant à Châtel-Guyon.

Une comparaison exacte entre deux Stations est toujours chose délicate et malaisée. Chaque Eau, peut-être même chaque Source, possède ses propriétés spéciales, son caractère propre, des affinités thérapeutiques bien définies et consacrées par l'expérience. Aussi est-il impossible d'établir un parallèle équitable et impartial, à plus forte raison d'affirmer la supériorité de telle Station sur l'une ou l'autre de ses congénères. La rivalité ne peut exister que si les indications thérapeutiques sont identiques, et encore ne peut-on prendre comme point de comparaisons que la manière d'employer et d'utiliser les Eaux, ou la façon dont sont traitées les mêmes affections pathologiques. C'est le cas pour Châtel-Guyon et Kissingen.

Ces deux Stations ont à peu près les mêmes indications et presque la même composition ; elles diffèrent cependant par plusieurs points, et ce sont ces différences mêmes qui permettent de les comparer, de les opposer, de discuter et de juger les procédés thérapeutiques de chacune.

Il est donc intéressant de savoir si Châtel-Guyon peut lutter avantageusement avec sa rivale allemande. On serait tenté d'en douter, après la lecture d'un article de M. Bardet, dans le *Bulletin de thérapeutique*, où il relate, d'une façon très complète et très documentée d'ailleurs, ses impressions d'un voyage aux Eaux minérales d'Allemagne et de Bohême. Dans une longue étude consacrée à Kissingen, il prétend que « nous n'avons en France aucune Eau à opposer sérieusement à Kissingen », et l'on sort de son article, avec l'impression que les Villes d'Eaux françaises n'offrent que des ressources insuffisantes, une thérapeutique simpliste, un manque complet d'hygiène et de confort, au regard de la perfection de leurs sœurs d'Outre-Rhin. Châtel-Guyon a la prétention, pour sa part, de posséder une valeur au moins égale à celle de Kissingen, et l'article de M. Bardet fournit amplement matière à justifier cette prétention.

La minéralisation totale des Eaux est sensiblement la même (8 gr. par litre environ). Elles appartiennent toutes deux au groupe des Eaux chlorurées, bicarbonatées mixtes et ferrugineuses, mais avec cette différence qu'à Kissingen, les chlorures sont surtout représentés par le *chlorure de sodium*, dont la puissance thérapeutique est plutôt limitée (5 gr. 82 par litre), alors qu'à Châtel-Guyon, ce sel ne forme qu'une faible part des éléments minéraux (1 gr. 63), lesquels sont surtout constitués par les bicarbonates et par le *chlorure de magnésium* (1 gr. 56) dont on connaît les propriétés très particulières sur les fibres musculaires lisses. En outre, les Eaux de Châtel-Guyon sont chaudes et varient de 26° à 38° suivant les Sources, au contraire des Eaux de Kissingen qui sont froides (10° à 11°).

Ici et là, les indications sont les mêmes. Comme Kissingen, Châtel-Guyon revendique essentiellement le traitement des affections gastro-intestinales par insuffisance ou viciation motrice et sécrétoire, les fermentations anormales, la constipation, les insuffisances des glandes annexes du tube digestif, certains états anémiques, etc. Par surcroît, il est vrai, et comme la plupart des Stations allemandes, Kissingen s'adresse aux affections chroniques les plus variées et d'ordres les plus dissemblables. La spécialisation bien nette de Châtel-Guyon, établie par les résultats cliniques et par les propriétés intrinsèques des Eaux, suffit à son ambition. Il ne semble pas d'ailleurs que l'éclectisme allemand, pratique, mais combien peu rationnel, puisse être heureusement adopté par nos Stations.

L'action physiologique se traduit à Kissingen par une augmentation de l'appétit, et un besoin rapide d'évacuation, en même temps que la circulation est fortement activée. La différence est ici plus sensible ; les Eaux de Châtel-Guyon, donnent aussi cette sensation de faim et cette excitation de la circulation, mais ne produisent pas d'effet vraiment laxatif, ni surtout purgatif, seulement une stimulation lente et progressive de la musculature du tractus gastro-intestinal, réveillant peu à peu les contractions péristaltiques; action lente, parfois longue à se révéler, mais durable et persistante, action bien préférable à

(1) Voir deuxième partie.

l'excitation brutale et irritante des purgatifs.Ce résultat est acquis par l'emploi de doses relativement faibles, 200 à 600 gr. suivant les réactions individuelles, et sans emploi de moyens adjuvants. A Châtel-Guyon, comme dans toutes les Stations françaises, et M. Bardet le constate, on respecte les qualités naturelles de l'eau ; aussi ne viendrait-il jamais à l'idée de renforcer l'action des eaux par l'addition d'Eaux-mères ou *bitterwasser* dont on semble faire à Kissingen un étrange abus. Procédé grossier, puisque les Eaux-mères ne sont que des solutions de sels artificiels ou des Eaux concentrées par évaporation, destinées à illusionner le malade en lui procurant une exonération immédiate. Procédé condamnable, lorsqu'il s'agit du traitement d'entéropathies sur lesquelles il faut agir sans secousses et sans irritation.

La thermalité des Eaux de Châtel-Guyon assure encore leur parfaite tolérance par les estomacs les plus susceptibles ; elles sont toujours bien supportées. A Kissingen,souvent on est obligé de les chauffer au bain-marie pour les rendre plus digestibles. Cela n'est pas sans porter préjudice aux qualités naturelles de l'eau, et de plus, c'est un grave inconvénient dans le traitement de certaines gastropathies sur lesquelles la chaleur exerce un effet sédatif et calmant.

La cure de boisson tient la première place à Châtel-Guyon et suffit parfois à constituer toute la cure. Les moyens accessoires n'y sont pas pour cela négligés.L'hydrothérapie, et surtout le bain d'eau minérale courante carbo-gazeuse, la douche sous-marine abdominale, les irrigations intestinales à faible pression et de quantité réduite, sont les principaux. Les différents Services de Physiothérapie, en tout ce qui concerne le traitement du tube digestif, ont été établis de façon parfaite et aussi exactement appropriés que possible, et ne le cèdent en rien aux installations des Villes d'Eaux étrangères, où cependant, comme à Kissingen, ils sont d'un usage plus large et plus courant.

Serions-nous inférieurs en ce qui concerne l'hygiène alimentaire ? C'est là un point important, car les régimes allemands ou suisses ont profité en France d'une faveur peut-être exagérée, et l'on vante facilement la sévérité des hôtels de cure de l'étranger.

M. Bardet lui-même nous rassure à ce sujet ; loin de professer une admiration sans réserve pour la diététique allemande, il déclare que tout n'y est pas parfait et lui adresse de sévères critiques

Les Allemands en imposent certes par les apparences et la réglementation stricte et absolue des tables d'hôte. Mais d'abord, cette manière forte et autoritaire serait-elle aussi bien accueillie dans notre pays ? Faut-il conclure de notre indépendance envers tout caporalisme hygiénique que nous ne tenons aucun compte des règles diététiques et que l'alimentation de nos malades est soumise au seul caprice des hôteliers ? Il suffit de voir ce que l'on fait à Châtel-Guyon pour constater que les régimes alimentaires y sont strictement observés et que le malade est assuré d'y trouver une nourriture aussi saine et variée que parfaitement adaptée à son état Les efforts réitérés et persévérants de la Société de Médecine ont abouti à faire adopter par les hôteliers des régimes spéciaux, leur indiquant les aliments généralement défendus, détaillant les principaux régimes ordinairement prescrits, et leur permettant d'établir ainsi des menus journaliers où chaque malade trouve des aliments variés, diversement accommodés et conformes à sa prescription individuelle. De cette façon, pas de régimes exclusifs et fastidieux par leur monotonie. Dans un régime, au surplus, on ne doit pas seulement tenir compte de la qualité des aliments, mais surtout de leur mode de préparation, de la ration alimentaire nécessaire à chacun, de la façon de manger (mastication, insalivation), du nombre et de la durée des repas, etc., etc,, toutes choses que nous surveillons attentivement. L'initiative personnelle du malade est ainsi dirigée ; il fait sous nos conseils son éducation et profite plus tard de cet enseignement.

L'hygiène générale n'est pas mise en pratique en France d'une façon moins complète qu'en Allemagne. Il n'est pas un hôtel actuellement, dans lee Stations modernes, qui ne se conforme à ses prescriptions. Le souci du confort,de la santé publique, n'y est pas moins constant. Pour tout dire, il faut reconnaître aux villes allemandes un aspect général plus séduisant,et surtout une propreté des rues méticuleuse et irréprochable. Tout y est aménagé et organisé dans le but de plaire, d'attirer et d'y retenir le baigneur. C'est qu'elles disposent de ressources pécuniaires puissantes et que les pouvoirs publics s'ingénient à mettre en valeur par les meilleurs moyens ces richesses nationales. Ce sont ces concours et ces appuis qui ont fait pour une grande part la fortune des Stations allemandes ; c'est ce qui a permis de créer la fameuse légende, si habilement entretenue, de notre infériorité.Le malade, facilement impressionnable, l'observateur superficiel, sont de suite séduits par ces dehors brillants, comme par l'apparat extérieur dont on sait entourer en Allemagne la moindre prescription, la plus banale application thérapeutique.

En vérité, nous avons peu de chose à envier à nos voisins ; si nous pouvons admirer leur habileté commerciale, n'allons pas en conclure à la supériorité de leur thérapeutique et à l'excellence de leur traitement. Notre manière peut paraître simple, parce qu'elle est limitée à des procédés moins compliqués et moins coûteux, mais elle est basée sur les observations cliniques et l'expérience, Elle a le grand mérite de n'avoir rien de systématique et de varier d'après les réactions individuelles de nos malades. Elle n'en reste pas moins vraiment scientifique, et elle est féconde en excellents résultats. Gardons notre individualité, respectons nos Eaux, et ne nous hâtons pas d'imiter, sans en avoir scrupuleusement contrôlé la juste valeur, des procédés et des usages que certains peuvent admirer avec complaisance, mais qui ne sont conformes ni à nos habitudes, ni à nos traditions, ni à notre esprit, ni à notre caractère

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le Concours de l'Agrégation.

Il s'est formé un Comité d'action, issu des groupements professionnels suivants : Union des Syndicats Médicaux de France, Syndicat des Médecins de la Seine, Syndicat Médical de Paris, Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris, Comité de Vigilance du Congrès des Praticiens, Association corporative des étudiants en médecine de Paris, qui ont, lors du Concours de l'agrégation de 1908, porté aux pouvoirs publics un mémoire résumant les revendications du Corps Médical, mémoire demandé par le Ministre et resté sans réponse.

Devant le défi porté par l'arrêté ministériel qui prétend, sous prétexte de « provisoire », maintenir indéfiniment un concours condamné par les Praticiens et à la veille d'un nouveau concours, ce Comité fait appel à l'opinion médicale et publie le manifeste suivant :

Le Corps Médical est, à l'heure actuelle, divisé en deux parties : l'une comprend le personnel enseignant, la Faculté étroite et fermée ; l'autre se compose de l'immense majorité des Praticiens. Une aristocratie qui n'est pas celle du talent, bien qu'il y ait à la Faculté d'incontestables talents, se forme, ou plutôt une caste se crée, qui prétend satisfaire seule à tous les besoins de l'enseignement et tenir en tutelle les Praticiens. Celui-là qui est à côté d'elle, qui ne vient pas d'elle, est ignoré, sinon vilipendé par elle. En dehors d'elle, point de salut. Elle n'admet pas la concurrence et se refuse à comprendre que nous autres Praticiens, c'est-à-dire consommateurs d'enseignement, puissions avoir des conseils à donner, des revendications à soumettre à ceux qui, en vertu de règlements et de lois surannés, sont les uniques producteurs auxquels on nous oblige à nous adresser. La Faculté monopolisatrice et autoritaire est devenue de ce fait un organisme sans vie, sans activité, *une maison de famille*, dont l'entrée est interdite à ceux qui ne sont pas « nés » quels que soient d'ailleurs la valeur et le talent de ceux-là.

A nous qui, sans ambition, mais parce que cela est notre intérêt, *en même temps que l'intérêt public*, demandons un enseignement pratique et technique, une utilisation meilleure des matériaux, des forces de production, on répond : Cela ne vous regarde pas, ne vous intéresse pas. Laissez-nous tranquilles. Et quand nous demandons, pour tous, les mêmes moyens de s'instruire, on nous jette cette injure : Vous êtes des incapables, « vous voulez le nivellement par en bas ». (Bouchard).

Médecins Praticiens, nous assistons à la grave crise sociale qui sévit sur notre profession, nous sentons qu'une des causes de cette crise est liée à l'enseignement, et l'on nous refuse le droit de combattre cette cause, *le droit de nous occuper de l'« apprentissage » dans notre profession.*

Cela, en effet, ne saurait faire de doute : à mesure que nos besoins d'un enseignement mieux adapté augmentent, à mesure que le champ d'activité du Praticien s'étend, le pouvoir de production du Corps officiel enseignant diminue, parce que la Faculté, oubliant sa fonction essentielle, est devenue une sorte de fabrique de médecins pour Riches dont la marque possède un pouvoir de réclame apprécié.

Accepterons-nous cette division en deux classes du monde médical, division factice, injuste, dangereuse ?

Si nous l'acceptons, apprêtons-nous à la voir s'accuser davantage encore et apprêtons-nous à n'être que des subalternes.

Si, au contraire, nous pensons qu'il ne doit y avoir qu'une seule catégorie de médecins, s'entr'aidant, s'associant *pour la recherche du mieux au point de vue scientifique, au point de vue social et au point de vue professionnel* ; si nous voulons que l'enseignement soit donné pour nous, choisi par nous à des sources diverses ; si nous voulons voir disparaître l'une des causes de la crise que nous subissons, garder notre dignité, et élever encore le métier dont nous avons la fierté de vivre ! alors faisons effort pour faire tomber la cloison qui nous divise ! abolissons l'agrégation.

C'est en effet l'Agrégation qui ferme la Faculté, qui fait la petite chapelle et la caste. L'Agrégation est la clef de voûte du système autoritaire actuel.

***

Le moindre défaut de l'Agrégation est certainement l'immoralité de son concours. Que le favoritisme soit à la base du système, nul ne le nie, parce que cela n'est pas niable. Que l'on modifie ou non la composition du jury, la faveur est une tare que nulle réforme ne peut abolir.

L'injustice, d'ailleurs, ne réside-t-elle pas davantage dans le fait de juger un homme sur *une* composition, d'après l'étude d'une heure ou d'une journée de sa vie ?

Au point de vue enseignement : l'Agrégation, c'est la consécration de la suprématie de l'enseignement théorique sur l'enseignement pratique, car le concours est basé sur des épreuves théoriques, car l'Agrégation donne à l'Agrégé, non pas un service d'hôpital, non pas des matériaux d'enseignement, mais simplement le droit de faire un enseignement théorique, devant des banquettes, et un titre.

Au point de vue scientifique : l'Agrégation est non seulement inutile, mais contraire à la science ; inutile, parce que sa préparation est purement livresque ; contraire, parce que la nécessité de la préparation livresque éloigne des recherches scientifiques, et, ce qui est pis encore, depuis l'épreuve de titres, entraîne aux communications de hasard, hâtives et non mûries, qui peuvent fausser et retarder le travail patient et méthodique de l'exploration scientifique.

Au point de vue professionnel : l'Agrégation conduit forcément —rappelons-le — à la division du Corps médical, elle met entre les mains d'une caste fermée toutes les fonctions d'enseignement, elle s'oppose à la liberté de production, parce qu'en fait, officiellement, son enseignement, même débile, seul compte.

PIPÉRAZINE MIDY

Az H $\langle$ CH² - CH² / CH² - CH² $\rangle$ Az H
Diéthylène-Diamine

GRANULÉE EFFERVESCENTE

Produit défini
plus actif
que ses dérivés ou les
associations médicamenteuses
à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE

LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE

Prix : 5 fr. - La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.

Echantillons : Phie MIDY 140, Faub. St-Honoré, PARIS

Comme préventif : 3 mesures par jour, 10 jours par mois
Crises aiguës : 4 à 6 ..... } *chaque mesure = 0.20 ctg Pip pure*

BIOGÉSINE ROCHARD

SPÉCIFIQUE DE Ier ORDRE

DE TOUS LES ETATS

ANÉMIQUES

NEURASTHÉNIQUES ET CACHECTIQUES

FORME. — La *Biogésine* est présentée sous la forme d'élégantes pilules blanches obtenues par un procédé spécial assurant un dosage rigoureux et une dissociation rapide. D'où administration très facile.

COMPOSITION. — Chaque Pilule contient : 1° Dix centigrammes d'une composition **PHOSPHO-ORGANIQUE** nouvelle à **NOYAU LAXATIF** de **FER** et de **MANGANÈSE**. — 2° Un centigramme d'**ARRHÉNAL**. — 3° Un milligramme de **SULFATE** de **STRYCHNINE**. — 4° Cinq centigrammes d'**EXTRAIT** de **NOIX** de **KOLA FRAICHES** et **STÉRILISÉES : MAXIMUM d'ACTIVITÉ** sous **MINIMUM** de **VOLUME**.

RÉFÉRENCES. — D'après les innombrables attestations médicales que nous avons reçues, la « *Biogésine* » s'est toujours montrée très supérieure, par la **RAPIDITÉ** et la **PERSISTANCE** de son action aux préparations à base de peptonate de fer, hémoglobine, glycérophosphates, etc.

DOSES. — 2 à 6 pilules par jour, aux repas.

Pour Échantillons s'adresser : **Pharmacie ROCHARD**, à Ste-SUZANNE (Mayenne)

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE
Première Combinaison directe et entièrement stable de l'*Iode* avec la *Peptone*
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE

Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme.
Vingt gouttes **IODALOSE** *agissent comme un gramme Iodure alcalin.*

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS : LABORATOIRE GALBRUN, 18, Rue Oberkampf, PARIS.

Ne pas confondre l'Iodalose, produit original, avec les nombreux similaires parus depuis notre communication au Congrès International de Médecine de Paris 1900.

Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Trésorier : Dr GASSOT, Chevilly (Loiret).

SOU MÉDICAL

Pour renseignements, envois de pièces, etc., adresser la correspondance, 23, rue de Dunkerque à Paris.

Pour les adhésions et le paiement des cotisations, au Dr GASSOT, *trésorier*, Chevilly (Loiret).

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

Dr L. à V. à *Concours*. — Je viens, à titre de très vieil abonné et de très ancien membre du *Concours médical* et de la plupart de ses œuvres, vous prier de me donner dans la *correspondance hebdomadaire* du prochain numéro du *Concours* des renseignements sur le sujet suivant.

Très souvent quelque client nous demande des renseignements sur les sanatoria pour tuberculeux, leurs diverses catégories, leur situation, leurs conditions d'admission, les genres de traitement, etc., et, pour ma part, je me trouve souvent fort embarrassé. Je suis surpris que, par ce temps de réclame à outrance, les propriétaires ou administrateurs de ces établissements ne fassent pas plus de réclame auprès du corps médical.

C'est pourquoi, je viens vous demander d'abord si je pourrais trouver quelque part des catalogues, prospectus, ou opuscule quelconque ayant trait à l'ensemble des sanatoria de France et de l'étranger et dans le cas ou pareil document n'existerait pas de vouloir vous-même, si vous le pouvez, y suppléer par une énumération rapide dans le journal avec les principales indications nécessaires pour pouvoir demander des renseigne-

Suite page XII.

Bronchites, Toux rebelles, Catarrhe, TUBERCULOSE

SIROP FAMEL

LACTO-CRÉOSOTE SOLUBLE

Phosphate de Chaux, Codéine, Cocaïne, etc.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS
A MM. LES MEMBRES DU « CONCOURS »

86, rue de la Réunion | PARIS | 86, rue de la Réunion

TRAITEMENT RADICAL **CONSTIPATION**
MIGRAINES -- CONGESTIONS -- MALADIES de l'INTESTIN

UN ou DEUX — **GRAINS DE VALS** — **Le soir avant dîner**

à base de Cascara Sagrada et podophyllin.

ADMINISTRATION : **86, Boulevard Port-Royal, PARIS**

TUBERCULOSES CATARRHES GRIPPES, BRONCHITES — de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon. — **EMULSION MARCHAIS** Phospho-Créosotée — Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions. *Bien tolérée — Parf absorbée*

Au point de vue social : elle est un danger permanent parce qu'elle ne suscite pas l'effort efficace, et contribue au contraire à tarir les sources où tous pourraient utilement puiser.

***

C'est pour ces raisons que le Corps médical, dans ses Congrès, de Paris en 1907, de Lille en 1908, dans ses Syndicats et ses groupements professionnels de toutes sortes (Société de l'Internat des hôpitaux de Paris, Association corporative des étudiants en médecine de Paris) a condamné l'Agrégation.

C'est à l'instigation de ces groupements professionnels que la lutte fut engagée, et c'est grâce à leur action directe que fut supprimé le concours de décembre 1908.

A la suite de ces événements, nous avions pu croire un instant que les pouvoirs publics allaient nous donner satisfaction. On nous reçut, on nous promit....., rien ne nous a été accordé. Et la commission que nous avions demandée, composée mi-partie de Praticiens et mi-partie de Professeurs, n'a pas été créée.

La question se pose donc aujourd'hui à nouveau, dans son entier, comme en décembre 1908. C'est sur nous seuls qu'il faut compter, sur notre action méthodique.

L'existence de l'Agrégation dépend de la volonté des Praticiens.

Jamais ils n'auront occasion plus propice d'agir et d'obtenir de leur effort direct satisfaction plus importante et plus légitime.

Comme nous ne voyons aucun autre moyen légal de combattre l'agrégation que d'engager les médecins à se présenter au prochain concours, nous publions aussi l'avis suivant, rédigé par le Comité, pour ceux qui voudraient y prendre part.

Avis aux candidats.

Le Comité *recommande instamment* aux candidats de se faire inscrire le plus tôt possible dans les sections suivantes :

Médecine générale ;
Chirurgie générale
Obstétrique.

De nouveaux avis seront ultérieurement publiés pour les candidats.

Le prochain concours d'agrégation.

Le Concours d'agrégation ouvrira le 23 mai à la Faculté de Médecine. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 22 mars à l'Académie (Sorbonne, rue des Ecoles, bureau VI, au premier étage).

Les pièces à fournir sont :

1° Une demande d'inscription écrite sur papier timbré à soixante centimes (1) ;

2° Le diplôme de docteur en médecine ;

3° L'acte de naissance sur papier timbré ;

4° Exposé des titres sur papier libre (1), et remise de la thèse.

(1) Monsieur le vice-recteur de l'Université de Paris,
J'ai l'honneur de vous demander mon inscription comme candidat à l'agrégation (*indiquer la section* : médecine générale, chirurgie générale, obstétrique, anatomie pathologique, ophtalmologie, physiologie, anatomie, etc., et la Faculté pour laquelle on se présente).
Veuillez agréer...
Ne pas omettre le nom et adresse.

La Réforme de l'enseignement médical

A propos du Concours d'agrégation

Le prochain concours d'agrégation s'ouvrira à Paris à la fin du mois de mai. Et déjà l'on craint qu'il ne sombre, comme le précédent, dans le tumulte.

Paris n'est pas content. Les juges sont tirés au sort, et chaque faculté ne peut avoir plus de trois voix sur neuf. La province imposera donc ses volontés à la capitale ? se demandent avec anxiété les maîtres et les élèves de notre faculté. Déjà, dans les services de clinique, on murmure : un candidat de Paris en vaut dix de province — le contraire pourtant s'est vu — le sort de nos meilleurs candidats va être entre les mains d'un tel ou un tel, qui ne lui atteint pas à la cheville — ; et on cite les noms de tel professeur de province que l'on affecte de mépriser.

La majorité des candidats sera mécontente. N'oubliez pas que l'on va donner des points après chaque épreuve. Il y aura probablement cent cinquante candidats pour une quarantaine de places. Dès les premières épreuves, on connaîtra ceux qui vont être nommés. Que diront et surtout que feront les autres ? Par ce temps d'arrivisme, il n'y a plus de résignés.

Il faut encore compter avec les internes, les anciens internes et les praticiens qui persistent dans leur opinion première. Ils ne veulent plus du concours de l'agrégation, les uns par conviction sincère, voulant détruire un mandarinat qu'ils jugent néfaste à l'enseignement, les autres parce qu'ils détestent un titre auquel ils ne peuvent prétendre.

Le prochain concours de l'agrégation, comme le précédent, aura contre lui à la fois les conservateurs, les progressistes, les arrivistes et les utopistes.

Pour manifester leur mécontentement, l'occasion leur est favorable. Le concours d'agrégation va être divisé en onze spécialités. Onze jurys siègeront simultanément, ou à peu près, en onze salles différentes. Comment monsieur Landouzy, notre sympathique et dévoué doyen, arrivera-t-il à assurer l'ordre, lui qui répugne aux mesures de rigueur, lui dont le libéralisme se refuse, avec raison, à admettre la police dans l'Université. Son tact et son aménité réussiront-ils où échoua l'autoritarisme de M. Bouchard.

On s'inquiète en haut lieu. Les bureaux du ministère ne sont pas rassurés, M. Liard est inquiet, M. Bayet lui-même se départit de son souriant

(1) Pour l'exposé des titres, l'annonce du titre de la thèse suffit. Ajouter : décorations, fonctions remplies, cours libres, dignités officielles ; mais il faut remettre un exemplaire de la thèse.

optimisme. Diverses propositions ont surgi ; on on a même parlé de faire passer le concours à Versailles.

Ce qui adviendra, nul ne le sait. Mais il m'étonnerait fort que tout se passât sans incidents.

FÉLIX REGNAULT.

(In *Avenir médical et thérapeutique.*)

Le médecin de campagne et l'exercice de la spécialité,

Par le Dr Paul BOUDIN,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

L'art dentaire.

Le médecin de campagne peut-il utilement faire de la dentisterie ? La question est très controversée et, pour la résoudre, j'ai tenu à m'entourer d'avis très autorisés.

D'ailleurs, beaucoup de médecins, désireux, à juste titre, de tirer profit de toutes les branches de leur art, m'ont écrit de nombreuses lettres sur ce sujet. Ma réponse est tardive ; mais je tenais à la faire à la fois pratique et véridique.

Avantages. — L'art dentaire est accessible à tous ; soigner une dent, faire une extraction correcte n'est pas très difficile et, en quelques séances, on peut facilement acquérir le tour de main.

Le matériel est peu onéreux ; l'outillage assez simple. La manière de s'en servir, la technique sont aisées, sans présenter de grandes difficultés.

Opérations à pratiquer. — A la campagne, lorsqu'un malade se présente dans le cabinet du médecin, se plaignant d'un mal de dent, on ne peut que lui proposer l'extraction. En effet, le patient a déjà couru dans les officines les plus voisines, pour demander au pharmacien des cachets antinévralgiques ou des boulettes dentaires, qui, bien entendu, ont totalement échoué.

Combien de fois, cependant, cette dent qui va être arrachée aurait pu être conservée, chose précieuse, car à notre âge, les dents n'ont pas l'habitude de repousser. Ce n'est pas une plaisanterie que je cherche à faire ici, mais la simple réflexion de conserver les dents le plus possible, car nos bons paysans n'ont pas encore pris l'habitude des dentiers et il est triste de voir des bouches dégarnies, chez des sujets atteignant à peine la trentaine.

Le médecin va donc se mettre en devoir d'extraire la dent malade. Heureux s'il ne la casse pas, accident qui arrive souvent.

Ce même médecin aurait eu quelques notions élémentaires de l'art dentaire, qu'il aurait pu, tout d'abord, faire une extraction correcte, ou mieux nettoyer la dent, la fraiser et l'obturer.

D'où le résultat, le praticien apprendrait à arracher proprement, avec dextérité ; puis il saurait ne pas arracher à tort et à travers ; enfin, il enlèverait la douleur d'une dent cariée en faisant une obturation provisoire ou définitive, selon les cas.

Puis enfin, le médecin pourrait guérir, par une méthode rationnelle beaucoup de maladies d'estomac, qui ne sont que la conséquence de dents absentes ou de fermentations pyogènes buccales, laissant par conséquent, arriver dans l'estomac, des aliments mal mastiqués ou déjà infectés.

Inconvénients. — Mais en pratique, tout ne se passe pas d'une manière aussi simple. Parmi les caries dentaires que nous avons l'occasion de voir, nous n'avons à soigner que les lésions des 3e ou 4e degrés. Ce sont des dents dont la pulpe dentaire est à nu ou presque. L'obturation ne sera plus aussi simple, car il faudra creuser, désinfecter, enlever le nerf, puis obturer. D'où séances nombreuses, pansements longs et délicats.

Puis, il faut penser aux insuccès. Combien de dents mal obturées sont encore sensibles, voire même douloureuses, après la dernière séance. Il faut alors enlever le plombage, opération assez délicate et recommencer l'obturation.

Le client pardonne mal cet échec.

Les causes d'insuccès sont fréquentes ; ce sont des fermentations dans la cavité mal nettoyée ; ce sont des gaz inclus dans la racine ; c'est un nerf mal détruit et incomplètement enlevé ; ce sont des caries postérieures, mal accessibles ou ayant passé inaperçues ; des caries du collet et à marche sans cesse envahissantes tant que la dent n'est pas morte, c'est-à-dire avec une pulpe détruite ; ce sont des fistules secondaires, des kystes de l'apex, etc.

J'en arrive donc à conclure : praticien, vous voulez faire de l'art dentaire, c'est très bien ; mais que voulez-vous exactement faire ? Est-ce de la vraie spécialité ou n'est-ce qu'une pratique élémentaire, d'urgence, si je puis ainsi m'exprimer ?

La conduite à tenir est, en effet, très différente, selon les deux cas et je vais les passer en revue.

Art dentaire de pratique très simple. — Nous ne pourrons envisager, ici, que l'extraction plus ou moins difficile et les obturations provisoires.

Le médecin de campagne n'est appelé qu'à voir des dents déjà bien compromises. Il ne pourra que rechercher à enlever la douleur, sans que son traitement ait l'intention d'être définitif. A cela, plusieurs raisons. Il faut des pansements fréquents, longs, ce qui cadre mal avec la vie très occupée du médecin rural.

En second lieu, mal outillé ou peu expérimenté, n'ayant pas la grande pratique des spécialistes, le praticien ne devra faire qu'une obturation provisoire, puisque, son traitement ne pourra pas avoir la prétention d'être complet. L'obturation ne sera donc faite qu'à la gutta, pour pouvoir être facilement enlevée.

Ultérieurement, un dentiste de profession pourra voir la dent et en terminer le traitement.

Le praticien de campagne, ce faisant, n'a institué qu'un traitement d'urgence qui n'a rien de définitif.

Mais, que demander pour cela faire ? A cinq francs la dent, le médecin y perd, car pour obturer une dent, il faut au moins 3 ou 4 séances ; il

faut également acheter les fournitures diverses, les médicaments pour les pansements. 5 francs pour une dent, c'est trop peu. Il faut demander au moins dix francs. Trouvera-t-on alors beaucoup de paysans qui se laisseront soigner à ces prix ?

A cela on pourra m'objecter qu'à l'occasion d'une dent très malade, on pourrait examiner des caries commençantes et traiter plusieurs dents en une seule séance. J'en conviens ; mais le paysan n'admet qu'une dent est malade que lorsqu'elle lui fait mal, ce qui n'est pas le cas des caries du 1er ou 2e degré.

Spécialisation. — J'en arrive presque à dire : pour gagner sa vie avec l'art dentaire il faut faire autre chose que le simple traitement banal ; il faut pouvoir faire des obturations définitives, par conséquent bien payées et surtout pouvoir faire ce qui vraiment est seulement intéressant en pratique stomatologique : la prothèse.

Mais celle-ci, très largement rémunératrice, n'est pas accessible à tous ; elle est très délicate et nécessite un apprentissage long et minutieux.

Etudes à faire. — Cela me conduit aux études que le médecin devrait entreprendre pour devenir dentiste.

S'il n'a que le désir de faire de l'art dentaire superficiel, le plus simple et le meilleur consisterait, pour lui, à passer quelques jours chez un dentiste de métier, qui lui apprendrait en une dizaine de jours tous les artifices nécessaires pour exercer correctement. Point ne serait donc utile d'aller séjourner quelque temps à l'école dentaire ; le praticien a besoin de se faire la main ; ou sera-t-il mieux que chez un praticien ?

Veut-il au contraire se lancer dans la grande spécialité ? A sa sortie de l'école de médecine, il se fera inscrire à l'école dentaire, à moins que, pour gagner du temps, il mène de front ses études médicales et de dentisterie, chose très faisable.

Il aura trois ou quatre années à passer, après quoi, il pourra exercer correctement.

Des écoles dentaires existent à Paris et à Lyon, elles donnent de très bons résultats.

Au cours de ses études dentaires, le futur praticien pourra acquérir les capacités voulues et surtout pourra faire des stages comme opérateur de grand praticien, pour acquérir l'habileté voulue. Il pourra également se perfectionner dans l'art de faire de la prothèse, art très difficile et que tous ne peuvent pas maîtriser.

Une fois établi, il pourra faire lui-même ses appareils et dentiers ou bien pourra prendre les empreintes et ajuster les appareils qu'il aura pu faire faire au dehors.

Conclusions. — A mon humble avis, je ne crois pas qu'il soit bien intéressant pour le médecin de faire de l'art dentaire primitif. Cela lui prendra du temps et je ne crois pas qu'il gagnera beaucoup d'argent. D'ailleurs, je le répète ; s'il ne prend que cinq francs pour soigner et obturer une dent, il n'aura aucun bénéfice, à moins qu'il n'ait beaucoup de temps à perdre.

Mais combien intéressant serait, au contraire, l'art dentaire, spécialité exercée par les seuls docteurs en médecine. Jeunes confrères, au lieu de vous précipiter, à la sortie de l'Ecole, au lieu de chercher à gagner maigrement votre vie en vous installant en surnombre dans une région déjà encombrée, sachez que vous gagnerez beaucoup plus d'argent en vous adonnant à une spécialité que nous avons délaissée. Les dentistes gagnent beaucoup plus que nous et ils ont moins d'ennuis.

Tout le monde, me direz-vous, ne peut être dentiste dans la grande ville. J'en conviens ; mais je connais des dentistes, non docteurs, qui se sont établis dans des chefs-lieux de canton ; ils ont à soigner les dents d'une population de dix à vingt mille. Ils se font des honoraires que nous autres, médecins de campagne, nous ne connaîtrons jamais.

Si l'art dentaire vous plaît, si vous ne gagnez pas assez avec votre diplôme de docteur, faites un stage dans une école dentaire, puis exercez la dentisterie à la campagne ; il est temps, car c'est, je crois, la seule profession qui ne soit pas encore encombrée.

Pour terminer, fidèle à mon habitude des articles précédents, je donne ci-dessous la liste de l'appareillage strictement nécessaire pour faire de l'art dentaire élémentaire à la campagne

Devis d'instrumentation.

Un fauteuil	350	fr.
Ou une tétière	50	»
Un crachoir	25	»
Un mortier et pilon	1	»
Une machine à fraiser	120	»
Un angle droit	25	»
25 fraises et forêts	2	50
2 mandrins	1	20
1 brosse acier et mandrin	2	»
1 meulette à racine	2	»
3 fraises flexibles pour le canal	5	»
12 excavateurs	12	»
1 ciseau à émail	1	»
4 instruments à nettoyer	8	»
1 paquet tire-nerf mous	3	»
1 paquet instruments mous	1	»
1 brucelle à pansements	2	50
2 miroirs à bouche	2	50
2 instruments pour amalgame	3	»
1 spatule pour ciment	1	50
1 seringue à eau	2	50
12 daviers et 3 élévateurs	120	»

Soit un total d'environ 390 fr. sans fauteuil, et de 690 fr. avec fauteuil.

NOTE DE LA RÉDACTION. — Nous avons reçu de « la Participation » une lettre en réponse à l'article de M. le Dr Boudin paru dans notre n° 8 sous le titre : « Le médecin traitant n'est pas l'employé de la Compagnie qui assure le personnel de l'entreprise ».

L'abondance des matières nous oblige à reporter l'insertion de cette lettre à un prochain numéro.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE
ET DE LA MUTUALITÉ

Le refus d'agrégation de la « Métropolitaine »

Association Générale des médecins de France.

Paris, le 22 février 1910.

A Monsieur le Docteur JEANNE,

Mon cher Confrère,

Par votre lettre du 29 janvier 1910, vous m'avez prié, au nom du bureau de la commission administrative de la Société dite « La Métropolitaine », de demander au Conseil général son agrégation à l'Association des médecins de France, et l'appui de celle-ci pour obtenir au préalable l'approbation ministérielle.

J'ai le regret de vous faire savoir que, dans sa séance du jeudi 17 courant, le Conseil général, après avoir entendu le rapport fait au nom de la Commission chargée d'étudier cette question, a décidé de ne pas agréger cette nouvelle Société. J'ai l'honneur de vous envoyer ci-joint copie de l'ordre du jour qui a été voté à ce sujet.

Je vous retourne aussi le récépissé de déclaration que vous aviez bien voulu me faire parvenir à l'appui de votre demande.

Si je n'étais retenu par la maladie, j'irais vous expliquer moi-même les motifs divers qui ont dicté au Conseil général le vote que je dois vous transmettre, mais j'ai le ferme espoir que vous userez de votre légitime influence pour faire comprendre à vos collègnes du bureau et aux membres de la commission administrative que, malgré toute sa bonne volonté, il était presque impossible au Conseil général de prendre sur cette question une décision conforme à vos désirs.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Président de l'Association générale
des médecins de France,
L. LEREBOULLET.

Conseil Général

Le Président de l'Association générale a été prié par Messieurs les Docteurs H. JEANNE et J. NOIR, président et vice-président d'une nouvelle Société dite « Société Métropolitaine de prévoyance et de Secours mutuels des médecins praticiens de France », de demander au Conseil général l'agrégation de cette Société à l'Association générale des médecins et l'appui de celle-ci pour obtenir au préalable l'approbation ministérielle.

Le Conseil général :

Après avoir entendu les Docteurs Jeanne et Noir dans sa séance du 20 janvier 1910, après avoir pris connaissance du rapport de M. le Dr de Massary au nom de la Commission chargée d'étudier la question ; après en avoir délibéré dans les séances des 20 janvier et 17 février 1910 ;

Considérant :

1° Que le principal motif invoqué pour justifier la création de cette nouvelle Société, c'est-à-dire la gêne apportée par la Société Centrale au recrutement des candidats aux filiales, n'est pas valable, puisqu'on peut à peine citer deux confrères qui, ayant été refusés, se trouvent dans les conditions d'âge nécessaires pour entrer à l'Amicale ;

2° Que l'agrégation de la « Métropolitaine » qui se déclare prête à admettre les médecins qui sont refusés ou qui ne veulent pas entrer dans la Société locale de leur département, serait une grave atteinte à l'autonomie des Sociétés unies qui, à juste titre, tiennent au droit qu'elles ont de n'admettre que les confrères qu'elles en jugent dignes ;

3° Que ce serait contraire à la règle qui a été admise par le Conseil général en 1904, d'après laquelle aucun médecin ne peut entrer dans une Société unie sans l'avis favorable du bureau de la Société du territoire dans lequel il exerce ;

4° Qu'agréger cette Société serait mal reconnaître le libéralisme avec lequel, depuis la convention avec les filiales, la Société Centrale a admis, sous les réserves rappelées au paragraphe 3, les femmes de médecins que certaines Sociétés ne voulaient pas admettre ou les confrères qui refusaient d'entrer dans leur Société départementale (1),

Regrette de ne pouvoir appuyer la demande d'approbation des statuts de la « Métropolitaine » ni en voter l'agrégation.

Vu : le Président de l'Association
générale des médecins de France,
L. LEREBOULLET.

Un cas de conscience professionnel.

En qualité de membre de l'Association générale et de l'« Amicale » permettez-moi de venir vous soumettre une question à laquelle on s'est bien peu arrêté et bien à tort, il me semble.

En dépit des « misères humaines » il faut reconnaître que depuis un demi-siècle les médecins, mus par un esprit de solidarité magnifique et soutenus par des organisations dignes d'éloges telles que la vôtre, ont su se réunir dans la « lutte pour la vie » en admirables groupements professionnels qui prennent chaque jour plus d'extension. Les grands ont tendu la main aux petits et une solide cohésion a su mettre aujourd'hui le praticien à l'abri des coups de l'adversité.

En dehors du grand organe fondamental qu'est l'Association générale, le médecin peut, grâce à l'Amicale, subir la loi commune de la maladie sans avoir à redouter les jours de gêne et de découragement. La Caisse des retraites assure au prati-

(1) Nous n'ajouterons qu'un mot, celui-ci. Nos confrères n'ont qu'à relire le mémoire du Dr Jeanne publié au dernier numéro pour juger de ce que valent les considérants ci-dessus.

cien vieilli dans l'exercice de sa pénible profession des jours de quiétude naguère inconnus tandis que les jeunes, ardents sur la brèche, soutiennent la lutte. De plus, la compagne des fatigues journalières, la collaboratrice, la véritable « associée », celle-là, peut, grâce à vos institutions, avoir sa place assurée dans l'existence si la destinée, par un de ses coups trop fréquents, la laisse seule dans la vie. Et bien plus, elle peut, agissant par elle-même et pour elle-même, s'affilier, elle et les êtres chéris qu'elle peut avoir. Œuvre superbe faite de prévoyance et d'abnégation à une époque où l'égoïsme farouche règne en maître. Et cependant comme toutes les autres œuvres humaines, la nôtre n'a-t-elle pas sa lacune, sa part d'égoïsme. Si nous avons su porter nos regards vers l'avenir, nous sommes-nous assez retournés vers le passé? Non, peut-être ! Ces parents vieillis à qui nous devons tout ne les avons-nous pas trop oubliés ! Le médecin fait pour le peuple, n'est-il pas le plus souvent un plébéien ? Combien de ces pauvres vieux, voulant leur fils médecin, n'ont-ils pas devancé leurs désirs ? Combien ont accepté de gêne et de privations pour subvenir à leurs études ? Souvent le fruit du travail n'ayant pu suffire, les quelques arpents de terre ont été aliénés, le patrimoine compromis. Mais le jour tant désiré étant arrivé enfin, le docteur, leur orgueil, l'espoir de l'avenir, est revenu s'asseoir au foyer. C'est la joie pour tous, la vie nouvelle, la famille régénérée ; de longs jours de bonheur s'ouvrent devant eux.... Mais là encore il faut compter avec le Destin. L'Elu est brutalement enlevé à leurs chères affections. Ceux qui ont connu la joie et, avec l'aisance, la vie plus facile, retombent lourdement sur le chemin, vieillis, privés de leurs anciennes ressources, heureux si les infirmités ne sont pas venues assombrir leur triste destinée. Ces exemples sont, hélas, trop fréquents ; ils peuvent nous émouvoir, mais nous devons mieux faire. C'est pourquoi je n'ai pas cru pouvoir mieux m'adresser qu'au *Concours médical*. Ne pourrez-vous pas poser cette question dans votre journal ou dans une de vos assemblées où les bons avis de chacun pourraient l'éclairer et peut-être la résoudre ?

Les conséquences du libre choix dans les Sociétés de Secours mutuels.

Nous lisons dans l'*Avenir de la Mutualité* :

Mussidan.

Dimanche 23 janvier, a eu lieu l'Assemblée générale semestrielle de la Société, sous la présidence de M. Thoré, son président.

Le président a présenté un compte rendu de la situation morale et financière de cette Société. Après six mois de conflit avec le corps médical, une entente est intervenue, qui a produit de bons résultats.

Le service médical se fait sous le régime du libre choix du médecin, à la visite, avec participation des malades. Cette participation est obtenue au moyen des tickets ou bons de visites qui sont délivrés aux sociétaires aux prix de 0 fr. 25 pour la visite et 0 fr. 15 pour la consultation, et remis au médecin par le malade.

Le taux de la visite, qui, antérieurement, était de 1 franc, a été porté à 1 fr. 50.

D'autre part, les pharmaciens ont répondu à une vérification trop serrée de leurs comptes par la dénonciation du tarif des Sociétés de secours Mutuels de Bordeaux, sur lequel ils avaient consenti un rabais de 10 %. Le tarif spécial imposé par le corps pharmaceutique de Mussidan représente une majoration des dépenses d'environ 19 %.

Malgré ces augmentations de tous les prix de base, il y a eu une grande diminution des dépenses ; ainsi en 1908, le nombre total des sociétaires (hommes et femmes) était de 278 ; en 1909, 225, différence, 23. En 1908, le nombre des malades de l'année était de 124 ; en 1909, 104 ; différence, 20. En 1908, la proportion pour cent en rapport à l'effectif était de 44 % ; en 1909, 39,5 % ; différence, 4,5 %. En 1908, dépenses de médecins, 1,552 fr. ; en 1909, 1,009 fr. 25 ; différence, 542 fr. 75. En 1908, dépenses de pharmaciens, 1.731 fr. 15 ; en 1909, 1,115 fr. 25 ; différence, 615 fr. 90. En 1908, indemnités de journées, 849 fr. ; en 1909, 584 fr. ; différence 265 fr. Totaux des dépenses : en 1908, 4,132 fr. 15 ; en 1909, 2.708 fr. 50 ; différence, 1,423 fr. 25. En 1908, moyenne par sociétaire payant une cotisation de 12 fr. par an, 14 fr. 85 ; en 1909, 10 fr. 60 ; différence, 4 fr. 25.

En résumé, l'exercice 1909 se clôt sur les chiffres suivants : recettes, 4,262 fr. 60 ; dépenses, 3,465 fr. 60 ; excédent de recettes, 797 fr. Cet excédent a permis de payer le déficit de 1908 et de conserver une encaisse de 121 francs.

De tels résultats prouvent que la participation des sociétaires aux dépenses qu'ils occasionnent est un principe excellent qu'on ne saurait trop recommander aux Sociétés qui ne pratiquent pas l'abonnement et que le système des tickets préconisé par l'éminent docteur Duponchel dans son rapport mutualiste au Syndicat médical de la Dordogne est encore le meilleur moyen d'assurer cette participation, tout en assurant un contrôle parfait.

Nous félicitons la Société de secours mutuels de Mussidan d'avoir mis ce système en vigueur. — 24 X.

Vergt.

La Société s'est réunie en Assemblée générale sous la présidence de M. Combeffreyoux.

La gestion financière pour l'année 1909 se solde par un excédent de recettes de 1.504 fr. Cinq membres du bureau dont le mandat était expiré, ont été réélus par acclamation. MM. Monfumat et Hyvert ont été nommés membres du Bureau en remplacement de M. Laveyssière, démissionnaire, et Puyboube, décédé.

Il est procédé à l'admission de cinq nouveaux entrants. Deux membres honoraires se sont fait inscrire. — 24.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Nous avons reçu la lettre suivante :

Au Docteur Diverneresse.

Alais, le 4 février 1910

Mon cher Confrère,

Entraîné par votre « abominable campagne » dont je vous félicite parce qu'elle vous a valu, comme elle me vaut, de nombreux horions, vous chargez de tous les péchés d'Israël ces « pôvres » Cies chères à Petitjean et à la Presse qui vit si péniblement !!! Vous blâmez les manœuvres et les calomnies infâmes employées par les assureurs et le refus des grands journaux qui menaient la campagne payée, d'insérer loyalement les rectifications des syndicats médicaux. Pour mon compte, je ne les blâme pas ; ces « gens là » sont dans leur rôle. La « finance » organisée et affamée n'a point d'oreill-s, les sentiments ne dépassent pas le portefeuille ; quant aux journaux, ils insèrent les communications des riches syndicats des patrons ou des puissantes compagnies d'assurances contre argent sonnant comme ils insèrent les annonces d'escrocs guérisseurs, des avorteuses et des maîtres chanteurs. Tout s'achète à Paris, il suffit d'y mettre le prix ; il en est du reste de même ailleurs.

Au surplus les articles des journaux n'ont point sur l'esprit des tribunaux une influence bien grande ; ce qui est bien plus dangereux sont les écrits introduits insidieusement dans les ouvrages scientifiques sous des signatures de « pontifes », ouvrages préfacés par des ministres, oui, mon cher !

Parce qu'il était élogieusement annoncé dans le *Concours*, j'ai acheté le « Guide du médecin dans les accidents de travail ». L'un des auteurs de cet ouvrage n'a pas cru devoir ajouter à ses nombreux titres celui de médecin en chef de la Cie du Midi et de médecin des chemins de fer de l'Hérault ; d'ailleurs cela se voit assez à chaque page. Dans cet ouvrage, que j'ai lu soigneusement et dont j'ai payé le droit de critique (8 fr. 65 port compris) se trouvent des citations, et des remarques dignes de la grande Presse. Pour ma part, MM. Forgue et Jeanbrau ont trop emprunté au sénateur Petitjean, directeur de la Cie « Le Globe ».

Lisez, pour vous en convaincre, la page 8 de la seconde édition : vous y trouverez un véritable réquisitoire contre le libre choix. Le médecin indépendant, celui qui n'a pas voulu devenir, à 52 ans le « serviteur » d'un sous-ingénieur, est un médecin de « troisième ordre ». (Que font donc les deux autres ? Le premier est sans doute directeur de Cie, sénateur, médecin en chef de Cie, un expert attitré ; le second ordre est « serviteur » des maîtres mineurs ou des agents d'assurance.)

MM. Forgue et Jeanbrau écrivent sans sourciller (page 8, lignes 22 et suivantes) : « Des médecins inconscients, ou poussés par le besoin, n'ont pas hésité à se faire une clientèle facile en délivrant des certificats de complaisance. » Eh ! eh ! mes chers maîtres, mais c'est un vrai réquisitoire ; il est profondément regrettable d'ailleurs qu'il émane d'un médecin de Compagnies, au pluriel. Il est vrai, n'était le contexte, que cette phrase s'applique de tous points aux médecins d'administrations. Vous croyez qu'il est facile au médecin indépendant de soigner des blessés du travail et surtout de se faire payer ? Demandez un peu à ceux qui n'ont pas voulu supporter le collier patronal et qui, comme le loup du fabuliste, ont mieux aimé être maigres et courir que gros et attachés, demandez à ceux qui ont compris que leur profession *libérale* s'accommodait mal de la fonctionnarisation et du forfait ; demandez-leur s'ils ne sont pas l'objet de l'ostracisme du patron et de l'agent d'assurance ; demandez-leur combien de notes leur sont réglées à la première demande, combien de fois on est venu les payer sitôt le blessé guéri, et cependant ni les Cies industrielles, ni les assurances ne font crédit, ces dernières se font payer d'avance. Facile, dites-vous ! Lisez, je vous prie, la circulaire adressée il y a quelque temps par M. Etienne, ingénieur en chef de la voie au P.-L.-M. à MM. les ingénieurs d'arrondissement. Vous y verrez les mesures de rigueur ordonnées contre les employés usant du « libre choix » (renvoi des journaliers, signalement à l'encre rouge des employés titulaires). Ce qui est facile, au moins pour quelques-uns, c'est de signer « votre serviteur », c'est d'accepter des forfaits compromettants, c'est de souhaiter humblement la bonne année au Directeur pour en recevoir un « pourboire » appelé gratification ou prime, plus ou moins fort selon que les frais pharmaceutiques et les indemnités journalières ont été moins ou plus élevés.

Certificats de complaisance, dites-vous ; lisez les rapports du contrôleur et de l'ingénieur en chef des mines d'Arras qui n'hésitent pas à écrire qu' « il semble que l'optimisme des docteurs (de ' ie) soit exagéré. » Certificats de complaisance !!.. Ah ! certes... Nous avons bien assez de peine à faire accepter ce qui saute aux yeux sans demander ce qui n'est pas mille fois démontrable.

J'habite un pays industriel, il y a dans l'arrondissement près de trente médecins de Compagnies, c'est dire des milliers d'accidents annuels. Jamais le diagnostic de « hernie-accident » n'a été porté. Il est bien probable cependant que, malgré sa rareté, cette affection s'est produite depuis 1898. Alors... ? Exemple. B. M. fait un effort violent ; résultat, une hernie. Les trois médecins de la Cie lui font un bulletin de maladie. Je délivre un certificat de hernie-accident (il m'a été payé 2 fr. trois mois après). Trois experts disent comme moi. Pourquoi l'article 30 de la loi de 1898 n'a-t-il pas été appliqué aux médecins de la Cie ? Ce qui ne m'aurait pas manqué si les experts avaient infirmé mon certificat.

Autre exemple : N. A. est pris sous un éboule-

ment. Diagnostic du premier médecin de l'entreprise : « contusion de l'épaule » (entre nous son auteur n'a pas dû avoir une méningite), diagnostic confirmé par les 3 confrères collègues employés dans la Cie. Je fais un certificat avec comme diagnostic : « luxation incomplète de l'articulation acromio-claviculaire » ; le dit certificat ne m'a pas été payé puisqu'il n'était pas initial et que le blessé qui chômait depuis longtemps n'avait pas d'argent. Trois experts sont nommés ; par hasard ! le chef du contentieux délègue à l'expertise où je n'assistais pas un des médecins de l'usine. Le rapport des experts conclut comme moi. Et cependant tous les médecins de la Cie avaient vu N. A. Comme ils sont au moins de « second ordre » (voir définition classification ci-dessus), *quid* du certificat ?

Au hasard les exemples suivants : T. est déclaré guéri par le médecin de la Cie ; cinq médecins certifient le contraire, ils n'étaient pas tous marrons : R. C. est déclarée guérie par moi à une date déterminée, le patron qui n'a pas fait de déclaration et qui ne s'est pas occupé de son ouvrière pendant le traitement, conteste la date de la guérison. Un expert choisi par le patron conclut comme moi. M. P. est déclaré guéri par le « médecin de l'Assurance », ; je déclare que la consolidation demandera encore une dizaine de jours et qu'il y aura incapacité permanente, l'expertise me donne raison, etc., etc. Le Dr D... fait un certificat initial où il écrit : « Fracture probable de la colonne vertébrale ». Son patron, le Directeur de la Cie, le lui fait refaire. Le médecin en chef de la Cie P. L. M. envoie le 15 octobre 1908 une note circulaire à ses confrères sous ses ordres que je vous recommande. Le Dr B... médecin de la Cie écrit sur le certificat initial : « Contusions violentes du bras » ; le blessé avait une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Le Dr A. soigne pendant 20 jours le nommé R... pour brûlure avec « courbature » comme diagnostic.

MM. Forgue et Jeanbrau écrivent que « les médecins de troisième ordre donneront des soins moins éclairés et viseront surtout à satisfaire la victime de l'accident ». Ne dirait-on pas que le titre de médecin de Compagnie crée la science ; en tout cas ils ne passent pas pour des aigles, auprès de leurs clients forcés et n'ont pas d'ordinaire une grosse clientèle libre, MM. les médecins de Cie. Voici, au reste, ce qui se passe ici ; *ab uno disce omnes*. Une religieuse, la sœur M... et un... employé qui s'intitule le « pharmacien » font les pansements dits « gras » avec une pommade. Ce prétendu pharmacien nommé M... fait les points de suture, pose les agrafes de Michel et souvent les diagnostics. Le Dr A. fait venir dix-sept fois à son cabinet V. L. ; jamais il ne lui fait défaire un pansement et lui ordonne de l'huile camphrée. Le blessé était atteint d'un écrasement des extrémités digitales.

Le.... pharmacien ! « c'est ainsi qu'on le nomme », avait fait le pansement et dit au Dr A... qu'il s'agissait d'une contusion des doigts (à remarquer en passant la fréquence du diagnostic de contusion qui ne signifie rien). Résultat : plaie, suppuration, élimination de séquestres osseux, incapacité permanente. Il n'y a pas une seule plaie qui ne suppure et je suis sûr que les journées d'incapacité temporaire sont augmentées dans de grandes proportions et si les plaies des accidentés du travail sont si longues à guérir, c'est parce qu'il y a des médecins à forfait, car forfait égale sabotage... S. H. a l'annulaire gauche écrasé, pansements gras pendant deux mois par la sœur M...., suppuration, élimination d'une partie de la phalange, amputation. .. C'est un maître d'armes qui fait les massages dans les fractures de la clavicule..... et autres. Le Dr B.... fait une amputation digitale (2 dernières phalanges), il ne se lave pas les mains ; c'est la sœur M.... qui fait les pansements toujours « gras » ; 3 mois après, la première phalange est rongée à moitié par le pus et le blessé garde un moignon gênant, tout couvert de cicatrices, immobile, sans squelette. Il est vrai que ce brillant médecin de la Compagnie ne croit pas à l'utilité des pansements antiseptiques complets. Quant aux médecins qui voudront satisfaire quelqu'un d'autre que leur conscience, je les engage, et MM. Forgue et Jeanbrau me donneront raison, à satisfaire plutôt les riches patrons des Compagnies que l'ouvrier gagnant 3 fr. par jour ; leur budget s'en trouvera mieux. Au reste, à en croire les auteurs du « Guide », on dirait que le titre de médecin des Compagnies est un brevet d'honnêteté, comme si une profession *libérale* telle que la médecine s'adaptait facilement avec le fonctionnarisme, comme si le titre de « médecin-employé » n'était pas un accouplement contre nature.

Aux pages 487 et 488 de leur « Guide », MM. Forgue et Jeanbrau reviennent à la charge et avec une abondance de détails extraordinaire ils expriment les théories chères aux Chovet, Renard et Petitjean. Nous aurions aimé voir ces pages suivies de l'exposé des procédés habituellement employés par les Compagnies : discussion des honoraires les mieux établis, mesures de rigueur envers les ouvriers usant du libre choix, discussion du traitement, etc., etc. Nous aurions aimé qu'au lieu d'être catalogué de « troisième ordre » le médecin indépendant eût été félicité, qu'on eût stigmatisé comme il convient le docteur qui devient un fonctionnaire autrement qu'au concours, toujours susceptible d'être mis en « huitaine » par le patron même après quinze ans de services et sans retraites comme cela est arrivé au Dr B.... Nous aurions trouvé juste et vraiment scientifique que les jugements cités (tous ceux qui ont été rendus) aient été suivis de ceux condamnant les Compagnies à payer des dommages-intérêts au médecin pour retard dans le paiement et insinuations malveillantes ; il est vrai que le volume de l'ouvrage eût été tel que son édition eût demandé plusieurs tomes. Aux longues ceintures de flanelle, peut-être nécessaires (car un expert, fût-il grand professeur, est mal venu de dire après coup quel traitement il fallait appliquer), il eût fallu opposer la longueur des procès et des paperasseries auxquelles nous obligent les Compagnies qui ont

des avocats-employés comme des contre-maîtres employés et qui plaident toujours, car plaider est le propre des Compagnies (exemple : les sommes y employées) ; il faut plaider pour obtenir l'application de l'art. 8, pour toucher un demi-salaire, souvent pour se faire payer sa note d'honoraires, pour faire appliquer le § 2 *in fine* de l'art. 15. Pourquoi, en passant, MM. Forgue et Jeanbrau ne parlent-ils pas aux pages 3 et 313 de leur « Guide » de la fin du § 2 de cet article ? Pourquoi, malgré l'arrêt de la Cour de Cassation, cette fin d'alinéa est-elle restée dans l'encrier de MM. Forgue et Jeanbrau comme elle reste dans celui des assureurs ? Simple coïncidence ? — et pourtant le fait en vaut la peine puisque la Cour suprême s'en est occupée.

A côté du chapitre « Incurie du blessé », page 62, pourquoi n'y a t-il pas un chapitre sur l' « Incurie du médecin de Compagnie » ? c'eût été pourtant fort intéressant : blessés dont le médecin ne défait pas le pansement, pansements laissés aux soins d'un infirmier quelconque, retard mis à se rendre au domicile du malade, examen rapide (plus de 30 à l'heure) des blessés, massage fait par des maîtres d'armes ou pas du tout, défaut d'antisepsie, négligence à employer les moyens physiques (rayons X, mécanothérapie, électrothérapie, etc.), hospitalisation abusive aux dépens du budget des pauvres et du médecin. A la page 489 le « tout-compris » de l'article 4 eût pu être apprécié comme il convient. Le « Guide du médecin dans les accidents de travail » étant, d'après Jean Cruppi indispensable à toutes personnes, signaler l'ignominie du « tout compris » eût été faire œuvre utile au moins pour les pauvres.

Voilà, à mon avis, mon cher confrère, un ouvrage beaucoup plus dangereux, parce que scientifique, que les articles de la Presse. Le *Concours* aurait dû indiquer ces.... lacunes, et cet ouvrage n'en serait peut être pas à sa seconde édition. L'ennemi du médecin est souvent le médecin : *homo homini lupus*.

Croyez-moi votre toute dévoué,

Dr Mosnier, d'Alais,

membre du *Concours*, du Sou, de l'A. G., de l'Amicale maladie, du Syndicat de Nimes, fondateur du Syndicat médical d'Alais et des environs.

CHRONIQUE SYNDICALE

Souscription des Syndicats Médicaux pour venir en aide au Syndicat médical de Valence dans un procès d'ordre général.

Union des Syndicats Médicaux de France	200 fr.
Fédération des Synd. méd. du Sud-Est.	100 »
Sou Médical.....	100 »
Syndicat de la Vendée.....	50 »
Synd. de l'Arrond. de Versailles.....	50 »
Synd. des médecins de la Seine.....	50 »
Synd. de la Vallée du Rhône.....	100 »
Total.....	650 »

Adresser les souscriptions à M. le Dr P. Vallat, trésorier de l'Union des Syndicats Médicaux de France, à Joinville-le-Pont (Seine).

JURISPRUDENCE DU SOU MÉDICAL

Annulation de polices d'assurance souscrites par un médecin à la suite de manœuvres dolosives.

TRIBUNAL CIVIL DE SAINT-CALAIS (Sarthe).

28 *janvier* 1910.

Entre le Dr Renault, demeurant ci-devant à Bessé-sur-Braye, et actuellement à Saint-Georges-le-Gaultier,

Demandeur, ayant Me Rinjard pour avoué,

Et Messieurs les présidents et administrateurs de la Société « le Syndicat des commerçants et industriels de France », dont le siège est à Paris, 19, rue Auber ;

Défendeurs ès qualités ayant Me Fondadouze pour avoué ;

Attendu que le Dr Renault a souscrit le douze juin mil neuf cent huit au Syndicat des commerçants et industriels de France : 1° une assurance-maladie, et 2° une assurance-accidents, s'engageant à payer pour la première une cotisation annuelle de trente-cinq francs ;

Attendu qu'il demande aujourd'hui au Tribunal de déclarer ces contrats annulés et résiliés par application des articles 1116 et 1184 du Code Civil ; qu'il prétend en effet que son consentement a été surpris par dol et que, d'un autre côté, le Syndicat n'exécute pas les engagements qu'il a pris à son égard ;

Attendu, sans qu'il y ait lieu d'examiner le moyen tiré de l'art. 1184 du Code Civil, qu'il résulte des documents et circonstances de la cause que le Dr Renault a été victime au moment de la signature des polices d'assurances dont s'agit de manœuvres dolosives qui ont déterminé son consentement et en l'absence desquelles il n'aurait certainement pas contracté ;

Attendu en effet, que le jour même où il signait ces polices, il acceptait d'être le médecin de la 2333e section constituée par le Syndicat dans la région, à des conditions indiquées et suivant un tarif d'honoraires fixé dans un engagement imprimé qui fut également soumis à sa signature ;

Attendu que le Dr Renault pensait si bien tirer de cette situation une source de profits qu'il tint à y faire insérer une clause aux termes de laquelle il serait le seul médecin du Syndicat pour la commune de Bessé et les environs ;

Attendu que le quinze juin, en même temps que le Syndicat lui renvoyait ses contrats ratifiés, il le nommait membre du Comité et médecin de la 2333e section constituée à Bessé-sur-Braye ;

Mais attendu qu'il est aujourd'hui démontré que la constitution de la 2333e section du Syndicat ne répondait à rien de réel ; que le Syndicat ne peut justifier qu'il ait fait le nécessaire pour la créer, ni qu'il ait des sociétaires dans la région en dehors du médecin et du pharmacien qui devaient précisément profiter de sa constitution ;

Attendu qu'il est au surplus démontré par tous les documents de la cause que le Syndicat des industriels et des commerçants a employé en beaucoup d'endroits les mêmes moyens ne cherchant ainsi qu'à capter les adhésions, notamment des médecins et pharmaciens dont

beaucoup aujourd'hui refusent de payer leurs cotisations ;

Attendu que les manœuvres employées vis-à-vis du Dr Renault, érigées ainsi en système habituel par le Syndicat défendeur, ont un caractère éminemment dolosif ; qu'elles avaient pour but de lui faire espérer dans la région une clientèle sérieuse et un véritable monopole ; et qu'elles étaient de nature à le déterminer à souscrire des assurances à raison desquelles il comptait réaliser par ailleurs un profit certain ;

Attendu qu'il y a donc lieu dans ces conditions de faire droit aux conclusions du Dr Renault ;

Attendu cependant qu'il ne justifie d'aucun préjudice particulier et que sa demande de dommages-intérêts n'est pas fondée ;

Le Tribunal, par ces motifs :

Sans s'arrêter ni avoir égard aux conclusions du Syndicat des commerçants et industriels de France, dans lesquelles il est déclaré mal fondé ;

Déclare annulés pour les motifs ci-dessus les contrats d'assurances signés par le Dr Renault le douze juin mil neuf cent huit et ce à compter du jour de leur signature ;

Condamne ledit Syndicat à restituer au Dr Renault la somme de quatre-vingt-quinze francs versés par lui à titre de primes en mil neuf cent huit, avec les intérêts de droit ;

Dit n'y avoir lieu d'allouer des dommages-intérêts ;

Condamne le Syndicat défendeur en tous les dépens de l'instance.

Ainsi jugé et prononcé publiquement, etc....

SOU MÉDICAL

Extrait du procès-verbal de la séance du 17 février 1910

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont Gaissot, Diverneresse, de Grissac, Noir, Boudin et Dumesny.

Admissions. — Le conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les docteurs :

1572 Galichon, à Lyon, 1, rue de Belfort.
1573 Robert, à Dunkerque (Nord).
1574 Davet, à Philippeville (Constantine).
1575 Durand, à Maubeuge (Nord).
1576 Jallès, à Monistrol-sur-Loire (Haute-Loire).
1577 Fournier, à Angoulême (Charente).
1578 Laborde, à Valdampierre (Oise).
1579 Nurger, à Chaumont (Haute-Marne).
1580 Compin, à Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire).
1581 Magnier, à Ravières (Yonne).
1582 Rambaud, à Pamiers (Ariège).
1583 Laporte, à Oradour-sur-Vayres (Haute-Vienne).
1584 Mézérette, à Mortrée-Argentan (Orne).
1585 Beauchef, à Laigle (Orne).
1586 Feraud, à Philippeville (Constantine).
1587 Coste, à Amiens (Somme).
1588 Schmid, à Nice.
1589 Figuiéra, à Nice.
1590 Vérany, à Nice.
1591 Gibert, à Commentry (Allier).
1592 Joly, à Brus (Ille-et-Vilaine).
1593 Cros, à Pierre-Bénite (Rhône).
1594 Boyer, à Toulouse, 18, rue Pharaon.
1595 Puybaret, à Brive (Corrèze).

Le Dr M. demande que le « Sou Médical » se charge d'une affaire de responsabilité médicale pour laquelle on lui réclame à l'amiable des dommages-intérêts.

L'adhésion du Dr M. au « Sou » étant récente, il y a lieu de lui demander la date de l'intervention qui aurait entraîné sa responsabilité.

Affaire du Dr S. Le conseil vote la somme de 800 francs pour la provision à verser à Me Mornard pour le pourvoi en Cassation décidé dans la dernière réunion.

REPORTAGE MÉDICAL

Un représentant officieux des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de l'Assistance. — Nous apprenons avec plaisir que notre ami le Dr Séailles, ancien président du S. M. S., Membre du Conseil de l'Union des Syndicats médicaux, est nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur. Avec M. le Dr Lande, M. Séailles, représentera officieusement à ce conseil les Syndicats médicaux et les médecins praticiens.

Convocation. — L'Assemblée générale de la *Prévoyance médicale* aura lieu le 6 mars 1910, à l'Hôtel des Ingénieurs civils, rue Blanche. Le Conseil d'administration proposera l'élévation de la retraite à 1.600 francs et la fixation du dividende à 8 fr. ; de plus, il rendra compte de la gestion de l'année et des résultats obtenus dans les départements à l'occasion de la campagne de l'A. G. ; sur 73 sections, dont les votes sont *connus*, 70 se sont *prononcées* contre cette campagne. (*Communiqué*).

Cours d'instruction du personnel de réserve du service de santé — Une importante instruction, en date du 27 décembre 1909 (B. O. R., 1909, n° 57) vient de prescrire que, chaque année, un cours d'instruction sur le service de santé en campagne sera fait aux médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de réserve et de l'armée territoriale, affectés en cas de mobilisation aux formations sanitaires de campagne. Il aura lieu dans les six centres suivants : Paris, Rennes, Limoges, Montauban, Lyon, camp de Châlons, en deux séries.

Première série, pour les officiers du service de santé de réserve (médecins et officiers d'administration) affectés à la mobilisation, aux ambulances et aux hôpitaux de campagne. Ces officiers sont convoqués pour une période d'instruction de vingt jours dont le début est fixé, d'une façon uniforme, au premier lundi de juin.

Deuxième série, pour les officiers du service de santé de l'armée territoriale (médecins, pharmaciens et officiers d'administration), et les pharmaciens de la réserve affectés à la mobilisation aux hôpitaux de campagne, aux hôpitaux d'évacuation, aux trains sanitaires et à la réserve du personnel. Ces officiers sont convoqués pour une période d'instruction de dix jours commençant le deuxième jeudi de juin.

Les groupes d'instruction sont ainsi constitués :

Paris. — Gouvernement militaire de Paris, 2e, 3e et 5e corps d'armée.
Rennes. — 4e, 10e et 11e corps d'armée.
Limoges. — 9e, 12e et 13e corps d'armée.
Montauban. — 16e, 17e et 18e corps d'armée.
Lyon. — Gouvernement militaire de Lyon, 7e, 14e et 15e corps d'armée.
Châlons (camp de). — 1er, 6e, 8e et 20e corps d'armée.

Les travaux comprendront : 1° des *Conférences.* Elles se diviseront en : *a*) conférences communes à tous les officiers et portant, par suite, sur les *connaissances générales nécessaires en campagne à tout le personnel des formations sanitaires de l'avant* ; *b*) conférences spéciales avec démonstrations pour le personnel des diverses formations sanitaires.

2° *Exercices d'application.* — A la suite des conférences, des exercices d'application seront effectués à l'occasion d'exercices de cadres du service de santé, auxquels feront suite des manœuvres de garnison organisées à cet effet. Celles-ci seront conduites de manière à permettre l'entrée en fonctions des différents éléments du service de santé appelés à y prendre part (postes de secours, ambulances, hôpital de campagne, hôpital d'évacuation).

Dans chaque corps d'armée ou gouvernement militaire, les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de réserve et de l'armée territoriale sont informés annuellement, par la voie de la presse régionale, de la date d'ouverture du cours d'instruction, qui fonctionne également comme école d'instruction, pour les officiers du service de santé affectés à des formations sanitaires de campagne.

Ceux de ces officiers qui désirent suivre le cours, à titre bénévole, en font la demande, au moins un mois à l'avance, au directeur du service de santé de la région de corps d'armée à laquelle ils sont affectés. Toutefois, ils ne peuvent être autorisés à suivre que le cours d'instruction le plus rapproché de leur résidence.

Le directeur du service de santé donne avis des autorisations qu'il a accordées au directeur du service de santé de la région de corps d'armée ou gouvernement militaire, siège du cours.

Ecole de santé militaire. — Conformément à une circulaire du 28 janvier 1910, portant modification aux dispositions prévues par l'instruction du 5 mars 1909 pour l'admission à l'Ecole de santé militaire, le bénéfice de l'admissibilité du premier degré est maintenu. En conséquence, les candidats déclarés admissibles au cours de 1909 seront, de droit, admissibles en 1910 aux épreuves orales d'admissibilité des deux degrés.

Toutefois, ils seront tenus, au même titre que les autres candidats, de faire les compositions de physiologie et d'allemand et les notes qui leur seront attribuées pour ces compositions, en 1910, entreront seules en ligne de compte pour l'admissibilité aux épreuves définitives et pour le classement final.

L'impôt sur les eaux minérales. — A la suite du Syndicat des Stations des Vosges, de l'Union des Etablissements thermaux de France et du Syndicat des Médecins balnéaires et climatiques, le Syndicat d'initiative de Vichy vient à son tour et, en le personnalisant à son profit, de voter à l'unanimité le vœu suivant contre le projet d'impôt sur les eaux minérales :

« Considérant : 1° Que le projet d'impôt sur les eaux minérales a été rejeté par la Chambre en 1875 1887, 1890, 1899, 1903, et que les arguments qui le firent repousser ont encore toute leur force ;

« 2° Que les eaux minérales sont des médicaments et en même temps des boissons hygiéniques, et non des boissons de luxe ; qu'elles sont consommées par les malades pauvres ou riches ;

« 3° Qu'un impôt sur les eaux minérales en ferait diminuer fortement la vente, ce qui causerait un énorme préjudice commercial aux sourciers et aux diverses industries (bouteilles, bouchons, capsules, étiquettes, compagnies de transport, etc.), auxquelles le commerce des eaux minérales donne un travail qui fait vivre un grand nombre d'ouvriers ;

« 4° Que les villes d'eaux et par suite tous leurs habitants et commerçants en subiraient une fâcheuse répercussion, par suite de la diminution de la réclame qui résulte de la vente des eaux minérales et du nombre des étrangers ;

« 5° Qu'en particulier pour Vichy, la Compagnie fermière voyant diminuer énormément la principale, pour ne pas dire la seule source de ses bénéfices, diminuerait en proportion les dépenses, qu'elle fait largement à Vichy et au dehors, pour le théâtre, la réclame, la distraction, etc., et s'en tiendrait strictement à son cahier des charges, ce qui serait déplorable et entraînerait pour notre ville une déchéance funeste de son renom artistique et mondain ;

« 6° Que la question est d'intérêt général pour tous les propriétaires et commerçants de Vichy. »

Le Comité du S. I. V. émet à l'unanimité le vœu que tout projet d'impôt sur les eaux minérales soit repoussé par le Parlement.

Accidents du travail. — M. Delmas, directeur de la Compagnie d'assurances la Préservatrice, a été nommé membre de la commission chargée de l'élaboration du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en cas d'accidents du travail.

Médecins des asiles d'aliénés. — Arrêté ministériel du 15 février 1910. — Art. 1er. Un concours s'ouvrira au ministère de l'intérieur le 18 avril 1910 tant pour l'administration aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé.

Le nombre des postes de médecin-adjoint d'asiles publics mis au concours est fixé à douze.

Art. 2. — Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'intérieur une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques (7, rue Cambacérès) du 28 février au 19 mars inclus.

Chaque postulant sera informé, par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Le Directeur-Gérant Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 11 Dimanche 13 MARS 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

SOMMAIRE

A propos du Referendum..... 221
Propos du jour
Le Syndicat national de médecine sociale est-il à l'avant-garde des syndicats médicaux ? Une protestation légitime : Liberté de confiance et liberté de conscience. — La profession de foi d'un médecin anti-syndicaliste.— Nos bons juges..... 221
Clinique thérapeutique
Traitement de la dyspnée des tuberculeux..... 224
Revue des maladies des organes génito-urinaires
Comment peut-on déterminer la valeur fonctionnelle des reins ?..... 227
La semaine médicale
L'acide thyminique ou solurol. — Traitement de l'hémarthrose du genou par la ponction et le mouvement. — Le réflexe cornéo-conjonctival dans l'hémiplégie. — Les albuminuries transitoires et orthostatiques fonctionnelles..... 229
Revue des sociétés savantes
Gangrène diabétique traitée par l'air chaud. — Matières colorantes employées dans la fabrication des produits alimentaires. Traitement de l'épithélioma par le formol. — Goitre exophtalmique et rhumatisme articulaire aigu. — Pleurésie syphilitique..... 232
Formulaire raisonné
La digitale..... 233
Médecine infantile
Les flueurs blanches des petites filles..... 234
Thérapeutique
Considérations sur le traitement de la pneumonie lobaire 235
Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel
Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — Séance du Comité directeur de février 1910.. 236
Chronique professionnelle
La Faculté contre les médecins..... 237
Chronique syndicale
Pour le Syndicat de Valence..... 237
Correspondance
Contre l'encombrement. La limitation du nombre des étudiants en médecine. — A propos de l'encombrement. — L'organe et la fonction..... 238
Bibliographie..... 241
Reportage médical..... 241
Nécrologie..... 242

A PROPOS DU REFERENDUM

Paris, le 4 mars 1910.

Mon cher confrère,

L'article publié dans le dernier numéro du *Concours Médical* à l'appui d'un *Referendum*, est signé du *Conseil d'administration de la Caisse des Pensions*. Pour beaucoup de vos lecteurs, qui savent que j'ai l'honneur de faire partie de ce *Conseil*, ma responsabilité est ainsi implicitement engagée. Permettez-moi donc, en ce qui me concerne personnellement, d'établir nettement la situation.

Membre, depuis de longues années, du *Conseil général* de l'A. G., membre fondateur de la *Caisse des Pensions*, qui a bien voulu user de ma collaboration soit comme Président du Comité des Censeurs, soit comme membre du Conseil d'Administration, j'ai donné toutes mes sympathies et consacré mes modestes efforts à l'extension et à la prospérité de ces deux œuvres confraternelles. J'ai particulièrement applaudi au contrat qui, il y a quelques années, a cimenté entre elles une union que j'ai jugée devoir être des plus fécondes pour l'une et pour l'autre. Aussi, je suis en principe opposé à tout ce qui pourrait créer entre elles deux un germe de division.

Voilà pourquoi, si j'avais été appelé à donner mon avis dans la réunion du *Conseil d'administration de la Caisse des Pensions* qui a adopté le projet du *Referendum* en question, j'aurais combattu ce projet et voté contre.

Vous serez bien aimable, mon cher confrère, de publier cette lettre, dans le prochain numéro du *Concours médical*, et je vous prie d'agréer d'avance tous mes remerciements,

Dr F. DE RANSE,
38, avenue de Wagram.

PROPOS DU JOUR

Le Syndicat national de médecine sociale est-il à l'avant-garde des Syndicats médicaux ? Une protestation légitime : Liberté de confiance et Liberté de conscience. — La profession de foi d'un médecin antisyndicaliste. — Nos bons juges.

D'abord, efforçons-nous, en quelques lignes, de dissiper les inquiétudes de notre excellent ami et collègue le Dr A. Coppens, qui ne consacre pas moins de trois colonnes de son *Petit Praticien*, dans une lettre ouverte, à nous prémunir contre un danger.

Ce grand danger consiste à placer la section parisienne du Syndicat national de médecine sociale à l'*avant-garde* des Syndicats médicaux, ce que nous, secrétaire général de l'Union, avons eu l'imprudence de faire, sans en exposer les motifs dans un récent *Propos* du *Concours*.

Nous avouons que ni nous, ni aucun de nos amis, n'avions ajouté à cela la moindre importance. Mais puisque M. Coppens craint que nous ne jettions ainsi « dans la balance le poids de notre opinion de secrétaire général de l'Union sans l'avoir motivée » dans une aussi grave question, nous n'hésitons pas un instant à rectifier. La section parisienne du Syndicat national, c'est entendu, ne marche pas à l'avant-garde des Syndicats médicaux, elle marche en dehors d'eux, mais bien en avant. Elle se place, si on nous permet d'avoir recours au style politique, à l'extrême gauche de tout le corps médical parisien. Ceci n'est pas une *opinion*, car c'est un *fait*, une constatation. Si le terme *avant-garde*, sous notre plume, désoblige M. Coppens, nous n'hésitons pas, nous le supprimons.

Mais cessons cette querelle de mots. Si nous ne connaissions tous bien la droiture, la franchise et la sincérité de M. Coppens, nous croirions qu'il veut nous entraîner dans une de ces disputes interminables et inutiles où, pour amuser la galerie, nous perdrions notre temps et énerverions nos forces. Ne prenons pas exemple sur les habitants de cette Byzance du XVe siècle, qui, pendant que les canons turcs démolissaient les remparts de la ville, ergotaient sur la lumière incréée du Thabor.

***

D'autres questions plus graves se posent devant le public médical, et nous avons reçu récemment la lettre suivante, du Syndicat des médecins de Sarlat, qui intéressera plus vivement, nous en sommes sûr, M. Coppens et tous nos collègues syndiqués du département du Nord.

A Monsieur le Dr Noir,

Secrétaire de l'Union des Syndicats,

Mon cher confrère,

Par le plus grand des hasards, un article de la *Revue moderne de médecine et de chirurgie* (no 1 de janvier 1910), sous la signature du Dr Helme, me tombe sous les yeux.

Cet article a trait à une restriction du libre choix des médecins, imposée aux indigents du département du Nord.

Le Conseil général de ce département a admis le libre choix, mais en adoptant un amendement d'un certain M. Sirot ! « tendant à ce que le Préfet ne puisse désigner que les médecins sortant « de la Faculté de l'Etat ». Ceci, au détriment de certains confrères sortant d'une faculté ayant existence légale, mais s'intitulant « Faculté catholique de Lille ».

Avec la plus grande énergie, le Dr Helme s'élève contre cet ostracisme étrange « frappant toute une catégorie de praticiens pour la seule raison qu'ils ne suivent pas l'Evangile du jour ».

Il n'est certes pas le seul à s'étonner d'une telle aberration, qui indique bien l'état mental particulier des politiciens dans notre beau pays de France !

Mais ce qui serait à surprendre encore davantage, ce serait de voir le corps médical, quelles que soient les opinions confessionnelles ou autres de chacun de ses membres, ne s'élevant pas tout entier contre une interprétation aussi abusive des droits et devoirs de chacun.

La porte est ouverte à tous les dénis de justice à notre égard, si le corps médical accepte sans protester une semblable décision d'une assemblée départementale.

Bientôt, en effet, dans d'autres régions, on exclura, avec autant de raison d'ailleurs, de tous services publics ou dépendant d'une administration quelconque — assistance médicale, hôpitaux, et hospices, etc. — tel médecin non seulement parce qu'il sortira d'une Ecole ou Faculté ne plaisant pas au tyranneau ou délégué local ; mais il est à prévoir qu'on ira encore plus loin dans cette voie d'ostracisme imbécile.

Prenons-y bien garde !

Aujourd'hui, il s'agit, dans une région localisée, d'opprimer certains membres appartenant à une association confessionnelle quelconque. Demain une mesure semblable peut se généraliser ; et ce sera notre tour — de tous ceux tout au moins dont l'échine n'aura pas une souplesse jugée suffisante !

Faudra-t-il donc que chacun de nous, avant d'être jugé apte à exercer sa profession, montre un certificat de civisme pour lui-même, sa femme, ses enfants, ses proches, en confraternité avec les opinions des politiciens au pouvoir ?

Non ! nous ne devons pas accepter que, pour des opinions personnelles, qui ne regardent que la conscience de chacun, des confrères qui n'auraient pas démérité d'ailleurs, soient comme dit Helme, traités en exilés à l'intérieur, et bannis de la profession !

Voyons ! Il y a, ce me semble, des Syndicats médicaux dans le Nord. Il existe une Union des Syndicats médicaux de France !

Et ces Associations laisseraient sans riposter énergiquement, de telles atteintes au libre exercice de notre profession ?

Ne croyez-vous pas que voilà certes une question vitale entre toutes — l'indépendance morale du médecin vis-à-vis des pouvoirs publics ; et je suis certain, mon cher confrère que, par votre intermédiaire, la question sera posée et débattue dans une prochaine réunion du Conseil de l'Union des Syndicats.

Croyez à mes sentiments de meilleure confraternité,

Dr Franc.

Je pense que, dans un milieu syndical, la discussion de doit pas être longue. Toutes nos sociétés médicales, tous nos Syndicats, tous nos Congrès ont proclamé l'indépendance et l'égalité des praticiens, tous ont protesté avec énergie quand des restrictions ont porté atteinte aux droits que confère le titre de docteur en médecine. Pour nous, libre penseur dans le sens le plus large du mot, défenseur ardent de la liberté de confiance et de toute autre liberté, nous n'aurions jamais cru que les passions politiques, ou autres, eussent pu faire dévier à ce point le sens droit d'une assemblée élue et la porter à faire un aussi bon marché de l'égalité et de la justice. Si nous avons attendu pour faire entendre à ce propos notre protestation sincère et indignée, c'est que nous avons cru qu'il était plus cour-

tois de laisser à d'autres l'honneur de cette initiative. C'est que nous avons pensé qu'il convenait, dans cette question, qui est et restera, nous l'espérons, une question toute locale, de laisser aux confrères voisins des praticiens lésés le soin de les défendre. C'est que nous attendions de Lille, d'où était naguère partie l'étincelle qui mit le feu aux poudres lorsque le certificat médical supérieur menaça de scinder officiellement en deux classes le corps médical français, le signal de la révolte contre le vote d'un Conseil général. Mettant aujourd'hui à l'index les médecins catholiques, il peut proscrire demain les praticiens socialistes, en attendant l'exécution prochaine des protestants, israélites, radicaux et francs-maçons. Nous avons une horreur instinctive de ces sortes d'excommunication. Il y a quelques années, nous avons protesté avec énergie contre la tentative avortée de quelques médecins catholiques qui, dans une association secrète, voulaient monopoliser à leur profit la clientèle de tous ceux qui partageaient leurs opinions. Nous devons à la vérité de reconnaître qu'ils n'ont pas été suivis par ceux de nos confrères sur lesquels ils étaient en droit de compter. Aussi nous nous élevons aujourd'hui avec non moins de vigueur contre cette limitation du libre choix organisé dans le Nord, selon un système digne du projet du Sénateur M. Petitjean, limitation qui consiste à exclure les médecins sortis des universités catholiques. Dans ce pays de France, berceau de toutes les idées généreuses d'emancipation et d'indépendance, dans ce pays qui donna aux autres peuples l'exemple de la Révolte contre la tyrannie, nous considérerons toujours comme un crime de lèse-nation toute atteinte portée à la liberté. Aussi ce n'est pas seulement comme médecin, mais comme citoyen, comme libre-penseur et comme homme, que nous flétrissons l'ostracisme imbécile dont le Conseil général du Nord frappe les médecins sortis de la Faculté catholique de Lille.

***

Si tous les vrais praticiens sont sur ce point, nous le présumons, d'une opinion unanime, il n'en est pas de même sur la question syndicale, et celle du relèvement des honoraires.

Un médecin de Romorantin, M. le Dr Jossiolévitch, étranger d'origine et de sentiments, a, dans la presse locale du département du Loir-et-cher, publié une lettre ouverte à notre ami le Dr Boëlle, qu'il qualifie avec raison d'apôtre du syndicalisme médical et dont il se proclame un adversaire. Cette lettre est un véritable programme antisyndicaliste.

Les arguments du Dr Jossilévitch ne sont pas nouveaux ; il trouve, comme il y a quelque trente ans, les membres du Conseil de la Société centrale de l'A. G., que Syndicat et médecins sont deux mots qui lui « semblent hurler d'avoir été accouplés ». Il ne veut pas faire du « médecin un vulgaire marchand de soins au poids et sur mesure ! » Il trouve l'étalage de prix des nouveaux tarifs scandaleux. Et il termine en dénigrant quelque peu un corps médical où il n'a pas craint de venir de très loin s'insinuer.

Pauvre confrère ! — si toutefois, dans votre absolue ignorance de nos mœurs et de nos coutumes, nous pouvons employer ce terme sans craindre de vous offenser —, vous qui avez un tel souci des souffrances de l'humanité, qui avez plein la bouche des beautés de notre profession, et qui désirez, dites-vous, la garder belle, qui parlez de vocation et de feu sacré, « qui ne vous plaignez pas de la vie chère », pourquoi n'êtes-vous pas resté chez vous ? Vous nous dites, à nous, qui n'en avons nulle envie : « Allez dans les pays pauvres, comme la Russie, la Bulgarie, la Galicie, etc., vous y aurez les vivres presque pour rien, mais je vous assure, les médecins n'y sont pas nombreux, et ils y vivent encore plus péniblement qu'ici ». Pourquoi n'y êtes-vous pas resté ?

Comme dans la fable, vous montrez ici le bout de l'oreille sous la peau de lion, qu'en bon comédien, vous avez revêtue, ô Confrère désintéressé ! Nous ne voulons pas douter que si vous avez quitté les steppes glacées de votre pays pour les bords plus doux de la Loire, c'est dans le seul but de faire bénéficier nos compatriotes de vos talents et de votre haute probité ! Vous faites montre de sentiments dont il ne convient pas de faire éloge dans un pays civilisé. Mais puisqu'élevé hors de France, il vous est difficile d'y bien saisir toute la délicatesse de nos coutumes et de nos mœurs, souffrez de notre part un conseil.

Ouvrez les fables de La Fontaine, méditez l'histoire de ce loup qui eut la naïveté de croire que pour être pris pour le berger, il lui suffirait d'écrire sur son chapeau :

C'est moi qui suis Guillot, gardien de ce troupeau,

et craignez d'être traité comme lui par ceux-là même, bon apôtre, dont vous prenez si vivement les intérêts qui ne sont pas menacés.

La lettre de M. Jossilévitch ne méritait pas la réponse indignée du Dr Boëlle. Nous aimons mieux voir certaines gens ailleurs que dans nos syndicats. Et si ce médecin immigré trouve les raisins trop verts, dédaigne et dénigre la treille syndicale, contentons-nous de hausser les épaules. Répétons le proverbe arabe : « Laissez les chiens aboyer, la caravane passe ». Et, à notre tour, passons.

***

Le médecin russe de Romorantin fait fi du syndicat et des tarifs, souhaitons-lui de n'avoir besoin ni de l'un ni des autres. Les tarifs sont nécessaires tout au moins pour guider les juges de paix en cas de contestations d'honoraires. Ce qui ne les empêche pas de rendre parfois des jugements bien singuliers.

Nous avons, il y a quelques mois, relaté le considérant d'un juge de paix du Midi, qui qualifiait un certificat médical de document sans importance au bas duquel une signature était

apposée et qui trouvait abusif du médecin de réclamer pour si peu des honoraires ; mais le Soleil du Midi influence sans doute les magistrats de cette région, et nous réserve d'autres surprises. Marseille, ne voulant pas mentir à la légende, a aujourd'hui encore mieux à nous offrir.

Voici les faits :

Un médecin soignait un enfant atteint de néphrite scarlatineuse ; cet enfant fut frappé à 5 heures du matin d'une crise d'urémie ; on courut chez le docteur ; il était absent, retenu, paraît-il, auprès de sa grand'mère malade. Un autre praticien appelé donna les soins nécessaires et quand à huit heures, c'est-à-dire trois heures après avoir été appelé, le médecin vint rendre visite à son petit client, il apprit qu'il venait de succomber.

A la réception de la note d'honoraires, le père de l'enfant décédé refusa de payer les soins antérieurs du médecin. D'où poursuites devant le juge de paix qui débouta notre confrère avec les attendus suivants :

« Attendu toutefois qu'il n'est pas contesté que le Dr R. se soit absenté de son domicile la veille du décès du jeune M., et qu'en ne donnant pas son adresse ou en n'assurant pas son service par un remplaçant *il a commis une très légère négligence* ;

« Attendu qu'il paraît équitable et humain, dans ces conditions, d'exonérer le sieur M. du paiement de la petite note de 48 francs d'honoraires que réclame le Dr R. ;

« Par ces motifs, statuant contradictoirement et en dernier ressort,

« Disons la demande de M. le Dr R. insuffisamment fondée, l'en déboutons.

« Le condamnons en outre aux intérêts judiciaires et aux frais et dépens de la présente instance ».

Et ce juge a statué en dernier ressort. La Cour de Cassation elle-même n'y peut rien. C'est parfait. Tout commentaire, toute réflexion seraient ici superflus, le texte seul de ce jugement est assez instructif.

Médecins du Midi, méditez et appréciez la justice de votre pays !

J. Noir.

Fédération des Médecins de la Seine.— La Fédération des médecins de la Seine, qui groupe toutes les Sociétés de praticiens de Paris et de sa banlieue dans le but de résoudre par une entente unanime quelques questions professionnelles et tout d'abord celle de la Mutualité, a nommé son bureau :

Il comprend : M. le Dr Cayla, président ; MM. Noir et Descouts, vice-présidents ; Chapon, secrétaire général ; Piou, secrétaire adjoint ; Tourtourat, trésorier ; Régis et Guérin, secrétaires.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le Professeur A. Robin.

Traitement de la dyspnée des tuberculeux.

Nous avons eu dans les salles quatre malades tuberculeux qui, tous quatre, ont présenté un symptôme dominant : la dyspnée. C'est contre ce symptôme que nous avons dû porter notre effort. Eh bien, qu'avons-nous fait et que doit-on faire en face d'un tuberculeux dyspnéique ?

La première chose réclamée par le malade est de le soulager. Il y a là une indication pressante, une médication d'urgence, symptomatique. Possédons-nous des agents capables de diminuer la dyspnée ? Nous en avons un grand nombre. Il est utile d'en avoir beaucoup, car, parmi eux, plusieurs sont incertains. Et puis leur action s'épuise, et il devient nécessaire de varier si l'on ne veut pas être amené à augmenter les doses. Il faut que le médecin ait, en pareille circonstance, un luxe de médicaments. Je vais énumérer la liste des principaux, de ceux dont vous pouvez vous servir dans cette médication palliative à superposer à la médication du symptôme. Ce sont :

L'oxycamphre qui s'emploie en cachets, ou en solution alcoolique à 50 %, à la dose de dix à vingt gouttes sur du sucre ou dans de l'eau. Il n'est pas toxique et on peut en répéter les doses.

Le validol, valérianate de menthol. C'est un liquide huileux dont on donne dix gouttes sur du sucre, 7, 8, 10 fois par 24 heures si c'est nécessaire.

La liqueur ammoniacale anisée de la pharmacopée anglaise, à la dose de 20, 30, 50 gouttes, dose qui peut être renouvelée souvent.

L'éther acétique, plus actif que l'éther sulfurique. On le prescrit : vingt gouttes dans une potion de 120 gr. prise par cuillerées à dessert toutes les heures.

Le carbonate d'ammoniaque, administré sous forme de potion de Van Swieten (ne pas confondre avec la liqueur du même nom), vieille préparation ainsi formulée :

Carbonate d'ammoniaque.....	5 gr.
Sirop diacode.....	50 gr.
Eau.....	250 gr.

par cuillerées à dessert de dix en dix minutes.

L'élixir parégorique. Celui de la pharmacopée nouvelle s'emploie à doses doubles de l'ancien, presque par cuillerées à café au lieu de par gouttes. Comme eupnéique, vous en donnerez 30 gouttes, cinq ou six fois dans les vingt-quatre heures.

Le chlorhydrate d'héroïne, surtout eupnéique en injections sous-cutanées. Il est plus actif que la morphine et s'emploie à doses moindres, cinq

milligrammes, que l'on pourra répéter 2 et 3 fois.

La teinture d'euphorbia pilulifera, quatre doses de 10 gouttes chacune, dans la journée. Elle réussit quelquefois. Il est un euphorbia indigène, l'euphorbia peplus, qui se donne 50 gouttes en une prise, jusqu'à 3 grammes par jour.

L'iodure d'éthyle, en inhalations, 5 à 6 gouttes sur un mouchoir, dix fois par jour si c'est nécessaire.

Les inhalations d'oxygène, enfin, et cet autre moyen peu employé, bien qu'il m'ait réussi, les enveloppements froids du thorax, recouverts de taffetas gommé.

Voilà la médication palliative : il faut la connaître pour la superposer à la médication pathogénique. Vous commencerez par calmer la dyspnée grâce aux palliatifs que je viens d'énumérer, et vous rechercherez alors les causes de cette dyspnée.

Quelles sont donc ces causes ? Je vais les diviser en groupes :

1er groupe. *Causes tenant à des conditions locales diverses.*— Elles sont au nombre de cinq.

a) Dyspnée due à la tuberculose laryngée. Elle est assez facile à reconnaître. Pas de traitement, si ce n'est la trachéotomie dans certains cas.

b) Dyspnée due à une pleurésie, à un hémothorax. Comme traitement : la ponction.

c) Dyspnée due à une adénopathie trachéobronchique qui comprime les nerfs, les poumons, les bronches. Elle a des symptômes particuliers ; la toux coqueluchoïde, l'attitude spéciale du malade qui se tient assis, penché en avant, comme s'il voulait empêcher les ganglions d'appuyer sur les organes voisins. Peu de chose à faire. Vous prescrirez la révulsion et les arsenicaux à l'intérieur. L'agent arsenical qui paraît le mieux réussir est l'acide arsénieux. En général, on ne dépasse guère 3 ou 4 milligrammes. Ici, vous pouvez aller à un centigramme. Chose curieuse. Cette dyspnée est calmée quelquefois par les palliatifs de la toux, le bromoforme, l'œthone (30 et 40 gouttes, 3 et 4 fois).

d) Dyspnée de la phtisie à forme asthmatique. C'est une phtisie développée chez un emphysémateux. Chez de tels sujets, la dyspnée prend un type particulier, paroxystique. L'examen des malades révèle de la sonorité à la percussion et une respiration humée à l'auscultation. L'affection s'observe entre 30 et 50 ans et son évolution est lente. En pareil cas, nous avons une médication admirable, l'iodure de potassium. Il est étonnant de voir donner de l'iodure chez un phtisique. Vous en formulerez 10 grammes dans 300 grammes d'eau. Vous l'associerez au bicarbonate de soude et aux opiacés. Prescrivez des suppositoires avec 10 centigrammes de poudre d'opium. Cette association donne des résultats étonnants. Donnez 50 centigr. d'iodure, 2 ou 4 fois par jour, et ajoutez à chaque dose 2 ou 3 grammes de bicarbonate de soude.

e) Dyspnée due à une poussée de bronchite aiguë chez un tuberculeux. Elle se traduit, à l'auscultation, par le bruit de tempête classique. Le traitement consiste, outre la médication palliative, en l'administration de poudre de Dower (0 gr. 40 en se couchant), de poudre de Dower associée au tolu en pastilles. Quand cela ne suffit pas, vous avez recours aux grands expectorants : l'oxyde blanc d'antimoine, à dose forte, 4 grammes dans un looch blanc. Si enfin, la dyspnée est intense, l'expectoration faible et les sécrétions bronchiques filantes, n'hésitez pas à donner l'ipéca :

Poudre d'ipéca..... 1 gr. 50

en 3 paquets, à prendre à 1/4 d'heure d'intervalle, et au besoin, lorsque le malade est encore assez vigoureux, le tartre stibié.

2e groupe. *Causes tenant à des conditions locales de la lésion pulmonaire elle-même.* — Ici, un principe général. La dyspnée est bien plus fonction de l'étendue des lésions et de la rapidité de leur évolution que de leur profondeur. Vous verrez des malades n'ayant presque pas de signes d'auscultation qui se plaignent de dyspnée suffocante. D'autres, avec des sommets creusés de cavernes, n'ont qu'une oppression légère, les lobes pulmonaires inférieurs restant bons.

Enumérons les conditions locales de cet ordre :

a) Dyspnée dans la phtisie aiguë. Je m'en tiendrai à la vieille classification. Dans la phtisie aiguë granulique, la dyspnée peut faire défaut. Quand elle se produit, elle survient généralement à une période tardive. Elle est fonction de la façon dont la phtisie aiguë se réalise. On la reconnaîtra à la fièvre, à la diminution ou à l'absence d'expectoration, à la disproportion entre la dyspnée et les lésions. On l'a rangée aussi dans les dyspnées pseudo-asthmatiques. Elle est facile à distinguer de la forme pseudo-asthmatique de la phtisie dont je parlais il y a un instant. L'une a un processus aigu, l'autre a un processus chronique. Un caractère spécial de cette dyspnée, c'est l'aspect de la face. Il demande à être bien décrit. Nous avons eu un malade, homme de 33 ans, entré il y a 15 jours. C'était un vieux phtisique au troisième degré. Il eut deux hémoptysies presque aussitôt après son admission. A la suite de la dernière hémoptysie, la suffocation commença. Il s'agissait d'une phtisie aiguë. Rappelez-vous l'aspect de ce malade. Il était violet, mais sa face était d'une extrême pâleur. Il existait un contraste entre ses lèvres fortement violacées et le reste de sa face, qui restait pâle. Contre cette phtisie aiguë dyspnéique, nous ne disposons que de la médication palliative. Cependant, quelquefois, on y joindra utilement une énergique révulsion.

b) Il existe une variété de phtisie aiguë dyspnéique. Elle a été décrite par Jaccoud sous le nom de forme suffocante de la phtisie. Elle survient brusquement au cours d'une tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique, ou chez un phtisique emphysémateux. Le patient a, dans ce cas, le facies d'un cardiaque. Il est cyanosé, non sur fond pâle, mais sur fond coloré. Sa suffocation est à la fois continue et paroxystique. Dans la forme précédente, l'oppression survenait par accès (pseudo-asthme). Dans cette forme, le malade ne cesse pas d'étouffer.

Le traitement de la phtisie aiguë suffocante en question dispose de peu de moyens. Une fois, l'injection rectale de sérum de Marmorek a procuré à un de mes malades une accalmie. Une autre fois, les émissions sanguines à l'aide de ventouses scarifiées, les injections de strychnine, ont été utiles. Vous mettrez en œuvre tout le jeu des palliatifs.

c) La dyspnée apparaît aussi lorsque la tuberculose se complique de pneumonie ou de broncho-pneumonie. L'oppression est alors considérable, mais sans cyanose. Vous pouvez constater, de plus, les signes de la pneumonie. Je sais bien que ces pneumonies-là n'évoluent pas comme les autres ; elles ne donnent souvent pas de point de côté. Nous avons eu dans le service, dernièrement, un malade dans ces conditions. Il présentait tous les symptômes d'une pneumonie grave. Nous l'avons traité comme un pneumonique ordinaire, bien que sa dyspnée intense, continue, nous ait frappé. Le malade mourut et l'autopsie révéla qu'il s'agissait d'une pneumonie chez un tuberculeux. Nous avons constaté des deux côtés des blocs de pneumonie ayant à leur centre des cavernes. En pareil cas, nous ne pouvons rien. Si, cependant, nous pouvons quelque chose. L'administration du bichlorhydrate de quinine (0 gr. 60 centigr.), du pyramidon, donne bons résultats : succès sans lendemain, il est vrai !

d) Une autre condition locale de dyspnée, c'est la pneumonie caséeuse. Elle débute quelquefois comme une pneumonie ordinaire, chez des tuberculeux, latents ou non, chez des amaigris. Les signes d'infection sont de suite considérables et la dyspnée est précoce. En même temps, la température s'élève et le patient est couvert de sueurs. C'est donc une dyspnée continue avec signes de pneumonie. On aura recours à la révulsion aussi large que possible et aux palliatifs. J'ai obtenu une fois de bons effets du sérum de Marmorek.

e) Dernière condition locale de la lésion pulmonaire pouvant engendrer la dyspnée : la poussée congestive dans la tuberculose chronique. Alors, l'expectoration augmente, et l'auscultation révèle une zone de râles fins autour du foyer bacillaire. Comme traitement, prescrivez la révulsion, les ventouses scarifiées, la digitale associée à l'ipéca et à la scille :

Poudre de feuilles de digitale.....		
Poudre d'ipéca.....	}	âà 0 gr. 05
Poudre de scille.....		
Sirop simple.....q.s. pour une pilule		

à prendre deux, trois ou quatre dans les 24 heures.

3e groupe. *Causes de dyspnée tenant à une tuberculose développée dans d'autres organes.* — Deux cas : la péritonite bacillaire et la méningite bacillaire.

a) La péritonite bacillaire ne détermine généralement pas de dyspnée. Quelquefois elle en provoque cependant. Le caractère de cette dyspnée est spécial. L'inspiration seule est difficile, l'expiration ne l'est pas. Nous en avons eu un exemple au n° 17 de notre salle des hommes. Le malade était entré avec une dyspnée intense et il avait une péritonite tuberculeuse. L'abdomen reste immobile à cause des douleurs que provoque tout mouvement qui lui est imprimé. Une compression bien faite constitue le meilleur traitement.

b) La méningite tuberculeuse s'accompagne de dyspnée à la condition qu'elle soit bulbaire. Vous avez un signe caractéristique : au fur et à mesure que la maladie progresse, la dyspnée augmente et elle atteint un degré qui ne se voit dans aucune autre affection. J'ai noté, une fois, 90 respirations à la minute, et ce chiffre s'est maintenu 3 jours. Rien à faire en pareil cas. Vous pouvez donner tous les palliatifs que vous voudrez ; tous les traitements sont impuissants.

4e groupe. *Dyspnée, chez les tuberculeux, d'ordre névropathique.*

a) Vous avez, d'abord, la dyspnée simple, fonction des antécédents nerveux. Cette dyspnée est toujours provoquée par quelque chose, une émotion, une peur, une fatigue. On portera le diagnostic par exclusion. Une telle dyspnée sera calmée par le repos au lit, le bromure, le validol. On prescrira le bromure à petites doses :

Bromure de potassium.....	10 gr.
Eau de laurier-cerise.....	10 gr.
Sirop d'éther.....	30 gr.
Hydrolat de valériane.....	120 gr.

Deux à trois cuillerées par jour.

b) Une deuxième cause, très intéressante et assez fréquente de dyspnée, c'est la dyspnée douloureuse.

Elle se voit au cours d'états douloureux des muscles intercostaux. Elle se produit alors, seulement quand le malade respire. Si le malade s'arrête de respirer, la douleur cesse. Aussi, la respiration est-elle courte, coupée. Regardez le malade respirer : un côté, le côté douloureux, reste immobile, l'autre côté seul se dilate. Comme traitement : le pyramidon, l'aspirine (0 gr. 50), la salipyrine associée à 0 gr. 05 de caféine, l'injection de morphine dans les cas plus sévères.

Elle se voit également au cours des petites arthrites des articulations chondro-costales ou costo-vertébrales, ce que l'on croit être une pleurodynie. Pour les diagnostiquer, explorez les côtes, suivez-les et appuyez jusqu'à ce que vous ayez rencontré l'articulation touchée. Gardez-vous bien de faire du massage. La thérapeutique consistera à immobiliser : la douleur cesse et la dyspnée aussi.

La dyspnée douloureuse peut encore être fonction de névralgies intercostales. On la reconnaît aux points douloureux spéciaux de ces névralgies, qui ne sont pas ceux des arthrites. Traitez par les injections de glycéro-phosphate de soude et les pilules de Méglin.

Il me reste, enfin, deux groupes à indiquer.

5e groupe. *Dyspnée chez les tuberculeux d'origine gastrique.* — C'est une dyspnée sympathique. Elle survient par accès, après le repas. L'accès nocturne est indice d'affection gastrique. On l'observe dans 3 cas :

a) Estomac distendu. Il y a clapotage, estomac distendu, douloureux, sensibilité gastrique. On calmera avec la morphine à l'intérieur :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 02
Eau.....	100 gr.

Une, deux, trois cuillerées à café, dix minutes avant la fin du repas.

b) Estomac peu distendu. Pas de clapotage, peu d'appétit. Après les repas, malaise, pesanteur, somnolence. La dyspnée tient à la réplétion gastrique. Pas de morphine. Donnez avant le repas de la noix vomique, dix, quinze gouttes comme stimulant de l'estomac, diminuant la stase, la réplétion.

c) Pas de dyspepsie. La percussion de l'estomac le montre rempli de gaz. Ces dyspnées-là sont souvent dues à l'aérophagie. Surveillez ce défaut, dites au malade de ne pas déglutir à tout propos et donnez, après le repas, une préparation de noix vomique plus forte que la teinture ordinaire, la teinture de fève de Saint-Ignace, huit gouttes.

6e groupe. *Dyspnée d'origine cardiaque.* — Trois causes :

a) Péricardite. Les signes sont nets. Comme médication : vésicatoire précordial.

b) Myocardite. Il y a cyanose comme dans la phtisie suffocante et accès de suffocation comme dans la phtisie pseudo-asthmatique. La face est vi lacée, le pouls très accéléré, et l'auscultation du cœur montre un rythme embryocardique. Prescrire ici la digitaline, à dose massive d'abord (40 gouttes), puis à dose d'entretien.

c) Insuffisance tricuspidienne. Elle survient dans la phtisie fibreuse, lorsque le cœur droit fléchit. Faites une grande saignée qui procurera une heure de paix respiratoire à votre malade et prescrivez la digitale (0 gr. 60 de poudre de feuilles) associée à l'ergotine, à l'acétate de potasse, à l'oxymel scillitique.

Pour terminer, je dois dire ceci : il est rare de rencontrer isolées les causes de dyspnée que je viens d'énumérer. Chez la plupart des malades, tuberculeux dyspnéiques, vous trouverez plusieurs causes réunies. Vous rechercherez quelles sont les dominantes et vous agirez surtout sur elles.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

REVUE DES MALADIES
des organes génito-urinaires.

Comment peut-on déterminer la valeur fonctionnelle des reins ?

Les procédés qui permettent de déterminer la valeur fonctionnelle des reins s'adressent ou bien à l'urine totale, ou bien à l'urine séparée des deux reins.

Parfois, il peut suffire d'étudier l'urine totale pour obtenir des renseignements diagnostiques importants : c'est le cas des malades chez lesquels l'activité d'un des reins est totalement supprimée, comme dans les pyonéphroses.

Mais bien souvent, cette expertise fonctionnelle globale est incapable de nous renseigner sur la valeur du rein supposé sain ; il en est ainsi, par exemple, dans les tumeurs du rein, où, presque toujours, sauf chez l'enfant, il persiste une grande portion de parenchyme rénal intact et en état de fonctionner.

On sépare alors les urines émises par chaque rein, soit à l'aide du diviseur d'urine, soit à l'aide du cathétérisme de l'uretère que l'instrumentation moderne a rendu très simple grâce à quelque dextérité de la part de l'opérateur.

Les procédés employés sont :
L'analyse chimique et microscopique de l'urine ;
La cryoscopie du sang et de l'urine ;
La polyurie expérimentale ;
L'épreuve du bleu de méthylène ;
L'épreuve de la phlorydzine ;
La chromocystoscopie.

Examen chimique et microscopique des urines. — Rappelons que l'on doit, de parti pris, *examiner les urines à l'émission*, de façon à éviter l'erreur due à la présence dans l'urine de sels déposés après le refroidissement.

Urines totales. — En ce qui concerne la réaction chimique des urines, il ne faut pas oublier que les urines tuberculeuses restent longtemps acides après l'émission, et que c'est là un caractère assez particulier, qui les différencie des urines ammoniacales des cystites chroniques non tuberculeuses, par exemple.

La suite de l'examen nous renseigne sur l'élimination des chlorures, de l'urée, des phospha-

✦✦

tes, bref, sur le fonctionnement urinaire total (1), puis sur la présence de l'albumine, du pus, du sang, que l'on décèle par les procédés habituels.

Urines séparées. — Cet examen, basé sur les mêmes principes que celui des urines totales, est plus intéressant, il nous permet de latéraliser parfois les troubles décelés à l'examen total : albuminurie, hématurie, cylindrurie, pyurie, etc.

Cryoscopie. — C'est la détermination du point de congélation d'un liquide, le point de congélation, encore appelé point cryoscopique, variant avec la concentration moléculaire du liquide examiné.

Sang. — La cryoscopie du sang nous permet de contrôler l'activité des reins pendant un long espace de temps, puisque, en recherchant le point de congélation du sang ce n'est pas le travail du rein lui-même que nous mesurons, mais bien le résultat de ce travail, c'est-à-dire les propriétés physiques du sang, qui d'ailleurs ne se modifient pas dans l'espace de quelques h ures.

Si le point cryoscopique (δ) du sang est trouvé normal, cela ne prouve pas que les deux reins sont intacts, mais bien qu'il existe encore dans les deux reins suffisamment de parenchyme pour assurer l'épuration sanguine. Pour savoir, en pareil cas, la part assumée par chaque rein dans ce travail, c'est au cathétérisme des uretères que nous devons le demander.

Normalement, le point de congélation du sang $\delta = 0{,}56$; mais chez les individus anémiques, il peut être de — 0,55 et même de 0,52. Egal — 0,56 ou — 0,59, il indique déjà un mauvais fonctionnement rénal. A partir de — 0,60, une néphrectomie serait même contre-indiquée, (de Graeuwe).

Voici la manière de procéder d'après Kummel : comme instrument, on emploie un récipient en verre pour contenir le mélange réfrigérant qui est remué à l'aide d'un agitateur en cuivre. Un petit vase cylindrique, en forme de tube, sert à contenir le sang ; il est fermé à son orifice supérieur à l'aide d'un bouchon en caoutchouc, percé de deux orifices, dont l'un sert à laisser passer un thermomètre à échelle mobile de Beckmann, et l'autre un agitateur en fil d'argent destiné à maintenir le sang en mouvement pendant toute la durée de la congélation. Enfin un thermomètre ordinaire sert à mesurer la température du mélange réfrigérant.

Après avoir désinfecté le bras du malade et appliqué un garrot, on ponctionne une veine à l'aide d'un bistouri, et l'on recueille directement dans le cylindre en verre 20 centimètres cubes de sang environ. Pendant cette opération, un aide remue le sang à l'aide de l'agitateur en fil d'argent, jusqu'à ce que se soit formé un caillot fibrineux qui adhère à l'agitateur. Le cylindre renfermant le sang est alors recouvert d'un capuchon de caoutchouc et placé dans une glacière jusqu'au moment où aura lieu la cryoscopie, que l'on fera toujours le jour même.

On prépare ensuite le mélange réfrigérant dans le vase cylindrique, que l'on remplit de glace pilée, à laquelle on ajoute 2 ou 3 cuillerées de chlorure de sodium, puis de l'eau. Le mélange est agité jusqu'au moment où la température atteint — 4° et reste fixe ; puis on y plonge le cylindre de verre, muni de son thermomètre et de son agitateur ; celui-ci est mis en mouvement, et l'on aperçoit bientôt le mercure, qui descend, puis brusquement remonte et s'arrête pour ne plus bouger. On note la graduation, puis on recommence la même épreuve avec de l'eau distillée fraîche. La différence entre les deux chiffres obtenus est le point de congélation du sang.

Certaines causes d'erreur doivent être mentionnées ; il faut : 1° employer toujours de l'eau distillée fraîche ; 2° avoir un mélange dont la température = 3° et qui soit préparé avec de l'eau ; 4° agiter le sang autant que possible régulièrement ; 5° enfin il est nécessaire que le cylindre de verre et tous les instruments soient lavés à l'eau distillée et séchés. On n'emploiera jamais, pour cet usage, d'alcool ou d'éther, qui peuvent renfermer des parcelles de sulfate de cuivre.

La méthode est assez compliquée en apparence, mais avec un peu d'habitude, on parvient aisément à faire une cryoscopie de sang en une demi-heure.

Urines. — Qu'il s'agisse de l'urine totale, ou de l'urine séparée des reins, la valeur diagnostique de la cryoscopie est diversement appréciée par les auteurs, car dans certains cas elle donne des résultats faux. D'après Cohn (1907), elle permettrait cependant de vérifier la concentration moléculaire de l'urine, même en présence d'albumine, la molécule albuminoïde n'influençant pas le point de congélation.

Pour l'urine normale, le point cryoscopique (Δ) varie entre — 1°20 et — 1°50.

Léon Bernard compare le δ du sang et le Δ de l'urine, et conclut que l'élimination est insuffisante quand $\Delta : \delta$ est inférieur à 2,30.

Polyurie expérimentale (Albarran). — Ce n'est autre chose que la réaction des reins à l'absorption de quelques verres d'eau (200 gr). Normalement, la quantité d'urine augmente notablement dans les deux reins, et, si l'on recueille les urines par demi-heure, en marquant la quantité que contient chaque ballon (numéroté par 1/2 heure), on peut tracer une courbe d'élimination pendant les 2 heures qui suivent l'absorption d'eau. Chez un sujet sain, la courbe s'élève fortement et rapidement après l'absorption ; *lorsqu'un rein est malade, sa courbe de polyurie se rapproche de l'horizontale,* c'est-à-dire qu'il n'est que peu ou pas influencé.

Pour établir en même temps, chose plus intéressante, les variations de l'élimination urinaire au cours de la polyurie expérimentale, on note encore dans chaque ballon la quantité d'urée, de sucre et au besoin le Δ.

Epreuve du bleu de méthylène. — On injecte sous la peau un cent. cube d'une solution du

(1) Celui-ci doit être regardé comme insuffisant lorsque l'élimination de l'urée, par exemple, tombe au-dessous de 13 grammes par 24 heures ; celle du chlorure de sodium au-dessous de 12 grammes.

bleu de méthylène à 5/100, puis on établit la courbe d'élimination du bleu, ou de son chromogène (mis en évidence par l'addition d'un peu d'acide) en recueillant d'abord les urines toutes les demi-heures pendant 3 heures, puis toutes les heures, toutes les 2 et 3 heures.

L'inconvénient du procédé, c'est la nécessité de prolonger l'examen pendant au moins 24 heures.

Epreuve de la phlorydzine ou glycosurie expérimentale. — On injecte 4 cent. cubes d'une solution de phloridzine, à 1/200 sous la peau ; puis on note la quantité de sucre éliminée en 2 heures pour chaque rein. Normalement, la quantité éliminée est, pour les deux reins ensemble, de 1 gr. 50 à 2 gr. 50 pendant 2 heures. Si l'un des reins est malade, il en éliminera beaucoup moins que l'autre, et il suffira pour cela de lésions rénales très minimes.

Si l'on veut noter d'autre part le moment de l'apparition du sucre dans l'urine, on se rappellera qu'après l'injection d'1 cent. cube de phloridzine, le sucre apparaîtrait dans l'urine au bout de 12 à 15 minutes (Casper, Kapsammer) : s'il s'écoule plus de 30 minutes avant la glycosurie, une néphrectomie est contre-indiquée.

Chromocystoscopie (Walker). — On injecte dans le muscle 20 cent. cubes d'une solution de 40 cent. cubes de carmin cœruleum dans 100 grammes de sérum physiologique ; puis on examine, à l'aide du cystoscope, l'élimination au niveau des uretères. La matière colorante apparaît rapidement dans l'urine (en 10 à 12 minutes), et au bout de 20 minutes, elle atteint son maximum, si les reins sont sains.

Comme tous les procédés fondés sur des appréciations de couleur, cette méthode est assez incertaine, néanmoins les reins qui éliminent la matière colorante après quinze minutes seulement sont déjà atteints de lésions assez étendues.

Dr GEORGES.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'acide thyminique ou solurol.

Dans une récente thèse, M. le Dr G. DUHAMEL, de Paris, a étudié l'acide thyminique ou solurol au double point de vue de sa formation dans l'organisme, et de son action sur l'acide urique.

Cet acide, dit l'auteur, est formé dans l'organisme par désintégration des matières nucléo-albuminoïdes.

Sa formation est parallèle à celle des bases puriques d'où dérive l'acide urique.

Il présente, *in vitro*, à l'égard de l'acide urique, une double propriété :

a) Il le maintient en solution sans le secours d'alcali, ni d'aucun autre corps, et dans des proportions variables avec la température et les quantités mises en jeu, d'eau et de produits.

La solution ainsi formée est stable en présence des acides. Cette solution est le fait d'une combinaison thyminique-urique.

b) Mis au contact, dans une solution, avec un urate soluble, il dissimule l'acide urique de ce sel et empêche ou retarde la précipitation de cet acide par les réactifs courants capables de décomposer l'urate.

L'acide thyminique *physiologique* jouit vis-à-vis de l'acide urique normal de cette même propriété dissolvante et dissimulatrice constatée *in vitro*.

Il existe, dans les cas de diathèse goutteuse, un acide urique de synthèse, indépendant de la décomposition des nucléo albuminoïdes, et qui ne cède pas un dissolvant thyminique naturel. (Schmol).

L'acide thyminique, introduit à dessein thérapeutique dans un organisme en proie à la diathèse goutteuse, y joue, vis à-vis de l'acide urique de synthèse non éliminé, le même rôle que remplit l'acide thyminique normal à l'égard de l'acide urique normal.

Cette action se traduit par des modifications portant sur les symptômes physiques, sur les symptômes fonctionnels, sur les phénomènes généraux, et enfin sur l'élimination des éléments normaux et anormaux de l'urine (en particulier de l'acide urique).

Il est à noter que cet acide thyminique ne produit aucune modification comparable chez l'homme sain, pas plus d'ailleurs que chez l'animal sain.

Ce produit présente une indication thérapeutique nette dans tous les cas où la cause morbide en jeu est l'acide urique.

Il n'a pas encore rencontré de contre indications.

Ce n'est pas un médicament toxique ; on n'observe pas d'intolérance même pour l'ingestion de doses élevées. Il n'a pas encore été signalé d'accidents, ni de cas d'idiosyncrasie relatifs à l'usage de ce médicament.

La *pharmacologie* de ce remède est commandée par ses propriétés physiques et chimiques. Jusqu'à nouvel ordre, les comprimés semblent le moyen idéal d'administration et de conservation.

L'ouvrage se termine par une série de longues *observations* concernant des cas de goutte aiguë, de goutte chronique, de rhumatisme déformant, de coliques néphrétiques, etc. L'auteur a appuyé chaque observation de nombreuses analyses d'urines et de tracés graphiques. Il rapporte également d'intéressantes observations dues au Dr Breton, de Dijon, et concernant les cas les plus divers parmi les indications du nouveau remède.

Il semble désormais qu'après de tels travaux, l'acide thyminique soit appelé à une juste fortune thérapeutique.

Traitement de l'hémarthrose du genou par la ponction et le mouvement.

Longtemps, la thérapeutique s'est bornée, en présence des hydarthroses et des hémarthroses traumatiques du genou, à l'application de sang-

sues, de compresses résolutives et de bandages ouatés. On attendait 15 jours, 21 jours, quelquefois même 4 et 5 semaines pour laisser marcher le blessé, c'était, en somme, un traumatisme sérieux, un accident de travail d'une durée appréciable.

La chirurgie a fait d'importants progrès.

Récemment, MM. Rochard et de Champtassin ont communiqué à la Société de Chirurgie les résultats de leur pratique dans les cas d'hémarthrose du genou.

Ces auteurs ponctionnent immédiatement, puis commencent dès le lendemain les exercices par un appareil de traction fixé au pied du lit avec des poids progressivement lourds.

M. Just Championnière, qui a toujours été l'apôtre de la mobilisation précoce dans les traumatismes articulaires et dans les fractures, approuve la ponction précoce, mais préfère l'ouverture un peu large selon la pratique du chirurgien belge Willems et la marche immédiate.

Voici comment procède le Dr Willems : « Après avoir fait raser très soigneusement le genou et préparer la région comme pour une grande opération, je fais anesthésier à la stovaïne le point choisi pour la ponction. Ce point sera au bord externe ou au bord interne de la rotule, selon que la quantité du liquide intra-articulaire est plus ou moins forte. Quand cette quantité est abondante, je ponctionne au côté externe de la rotule, afin d'éviter l'artère grande anastomotique, qui court, comme on sait, le long du bord interne de cet os. Mais, quand il y a peu de liquide, je choisis de préférence le bord interne, parce que, pour une articulation peu distendue, il est plus facile de mettre en évidence la fluctuation au bord interne de cet os qu'à son bord externe.

Le point choisi pour la ponction étant anesthésié, je refoule de la main gauche vers le bas, de manière à soulever la rotule et à faire bomber les parties molles sur ses bords. Je plonge ensuite un bistouri pointu dans l'articulation, et tout en l'y maintenant, je lui fais exécuter un mouvement de rotation d'un demi-cercle, afin de faire bâiller la petite incision. Aussitôt le liquide jaillit en jet noirâtre, liquide, sans caillot s'il s'agit d'une hémarthrose, en jet séreux, ou plus souvent épais, gélatineux, blanc ou jaunâtre, s'il s'agit d'une hydarthrose. Par des pressions méthodiques, je vide la synoviale aussi complètement que possible et j'applique un pansement aseptique maintenu par une simple bande, sans aucun appareil d'immobilisation.

« J'invite alors le blessé à descendre de la table et à marcher immédiatemont. Il constate, à son grand étonnement, que la douleur a disparu ou a considérablement diminué, et que l'articulation a retrouvé en grande partie sa fermeté et sa souplesse. La marche est devenue, du coup, incomparablement plus facile qu'avant la ponction, et tel blessé qui avait été amené en voiture, ou se traînait péniblement, rentre allègrement à pied à son domicile, souvent très éloigné.

« A partir de ce moment, il a la consigne de s'exercer à la marche, pendant une grande partie de la journée, et de faire exécuter à l'articulation le plus de mouvements possibles.

« J'ai soigné de cette manière 24 hémarthroses et 10 hydarthroses aiguës, soit 34 blessés, et voici les résultats que j'ai obtenus.

« J'ai d'abord constaté que plus la quantité de liquide était abondante, plus le soulagement était immédiat et complet. Cela s'explique parce que, dans les épanchements aigus, la douleur et l'impotence fonctionnelle résultent de la distension articulaire et que leur intensité est en raison directe du degré de cette distension. On conçoit donc que la ponction, qui fait cesser brusquement cette distension, fasse disparaître, du coup, tous les symptômes ou à peu près. Lorsque, au contraire, la quantité de liquide est relativement faible, ce sont les signes de la contusion qui prédominent ou ceux de l'entorse simple, et la ponction, bien qu'encore utile, soulage moins complètement et moins vite.

« J'ai observé aussi, qu'à quantité égale de liquide, le résultat thérapeutique est moins immédiat et moins complet dans l'hydarthrose aiguë que dans l'hémarthrose.

« Les suites immédiates de mes interventions ont été constamment d'une bénignité absolue. Aucun accident n'est survenu ».

Bien entendu, il est indispensable de se conformer aux règles de l'asepsie la plus absolue, propreté méticuleuse de la peau de l'opéré, des mains de l'opérateur, de ses instruments et des objets de pansement, si l'on ne veut pas s'exposer à des catastrophes irrémédiables.

L'auteur n'a jamais observé la moindre réaction de la part de la synoviale. Tout au plus peut on considérer comme réactionnaire la récidive de l'épanchement qu'il a vu se produire à un degré différent, dans 10 cas. 7 fois, la récidive étant légère, le liquide se résorba rapidement sans avoir provoqué la réapparition de la douleur et de l'impotence. Dans 3 cas seulement une nouvelle ponction fut nécessaire.

La durée de l'affection se trouve singulièrement abrégée par ce mode de traitement.

D'après M. Wiliems, la moyenne de durée d incapacité de travail est de 5 à 9 jours. C'est un progrès considérable.

Le réflexe cornéo-conjonctival dans l'hémiplégie.

M. le Dr Ch. MEUNIER, de Tours-sur-Marne (Marne), a étudié dans sa thèse le réflexe cornéo-conjonctival chez les hémiplégiques récents et anciens, comateux et non comateux.

Voici les résultats de ses recherches dans 25 cas :

Dans 5 observations d'hémiplégiques comateux, l'auteur a relevé 5 fois l'abolition complète de ce réflexe du côté paralysé, tandis que, du côté sain, le réflexe persistait et demeurait très sensible.

Cette abolition unilatérale du réflexe du côté paralysé est un symptôme net et facile à mettre en évidence ; il pourra, dans bien des cas, offrir

ter le médecin vers le diagnostic d'hémiplégie organique.

Chez les hémiplégiques récents non comateux, dont on a pu attribuer d'une façon certaine, la paralysie à une lésion organique, le réflexe cornéo-conjonctival était aboli complètement 4 fois, très diminué 2 fois du côté paralysé.

Dans un cas d'hémiplégie d'origine hystérique certaine, le réflexe était aboli des deux côtés, ce qui était à prévoir chez de tels malades où l'anesthésie des muqueuses est la règle.

L'abolition de ce réflexe ou sa grande diminution du côté paralysé est un symptôme qui a paru constant dans l'hémiplégie d'origine organique, il pourra fournir un renseignement utile pour le diagnostic de l'hémiplégie, au même titre que le signe du peaucier, le signe de la flexion combinée de la cuisse et du tronc, le signe de Babinski.

Sur 16 cas d'hémiplégie ancienne, le réflexe était aboli du côté paralysé 1 fois, très diminué 2 fois, normal ou légèrement diminué 13 fois.

Les troubles de ce réflexe ont donc tendance à s'atténuer à mesure que l'hémiplégie vieillit et même, le plus souvent, le réflexe redevient normal.

Les albuminuries transitoires et orthostatiques fonctionnelles

La question des albuminuries transitoires, intermittentes, cycliques, des adolescents est toujours un sujet d'études d'actualité et les auteurs qui cherchent à pénétrer ce problème sont toujours très nombreux.

Récemment, M. le Dr Nobécourt a fait une leçon sur l'albuminurie transitoire des adolescents à la clinique des enfants malades, que nous trouvons reproduite dans la *Gazette des Hôpitaux*.

« Depuis longtemps, dit-il, l'apparition momentanée de l'albumine dans les urines de certains sujets sous l'influence de la station debout a attiré l'attention des médecins. De nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet. L'accord n'est pas encore fait sur la valeur de ce symptôme ; pour les uns, les albuminuries orthostatiques sont toujours dues à des lésions rénales, à des néphrites parcellaires ; pour les autres, elles sont toujours fonctionnelles.

En réalité, ces deux opinions ont leur part de vérité. Les albuminuries orthostatiques comprennent en effet deux catégories de faits :

1° Il y a des albuminuries intermittentes orthostatiques liées à des néphrites. Tantôt elles sont des séquelles d'une néphrite aiguë, de scarlatine, de diphtérie, de fièvre typhoïde, etc., des *albuminuries résiduales* ; elles disparaissent en général au bout de quelques semaines ou de quelques mois et leur pronostic actuel est bénin ; mais il faut faire des réserves pour l'avenir. Tantôt elles constituent le stade primitif d'une néphrite consécutive à une maladie infectieuse et sont alors plus discutables ; il faut, en effet, tenir compte des albuminuries intermittentes antérieures à la maladie infectieuse, qui disparaissent pendant l'évolution de cette dernière sous l'influence du repos, puis se manifestent de nouveau quand l'enfant se lève.

2° Il y a des albuminuries intermittentes, orthostatiques fonctionnelles indépendantes de lésions rénales. On a dit à tort que c'étaient des albuminuries physiologiques. En réalité, elles relèvent toujours d'états pathologiques. Mais la clinique, la physiologie pathologique, l'anatomie pathologique (comme le prouve une autopsie du professeur Heubner), ont établi leur existence d'une façon indiscutable.

Il importe, dans chaque cas particulier, de faire la distinction entre ces deux variétés d'albuminurie.

La position debout a une influence incontestable sur l'apparition de l'albumine.

Parmi les causes locales, on range une disposition particulière du pédicule des reins, leur mobilité anormale, qui facilitent la torsion des vaisseaux dans la position debout, la lordose, sur laquelle M. Jehle a attiré l'attention, mais qui est loin d'avoir une influence constante.

Les causes générales sont : la dilatation et la ptose du cœur, la faiblesse de la pression artérielle, l'asthénie vaso-motrice.

Ces différentes causes sont parfois assez nettement isolées ; plus souvent, elles s'associent.

Il est bon de remarquer que ces albuminuriques intermittents deviennent assez facilement des tuberculeux, car leur mauvaise nutrition facilite singulièrement le développement du bacille de Koch, et chez eux la tuberculose marche parfois vite. Mais, s'ils sont placés dans de bonnes conditions, s'ils sont soignés, ils ne deviennent pas tuberculeux, et dans ce cas on voit, après l'adolescence, l'albuminurie se produire de moins en moins facilement et finalement disparaître. Peut-être, ces malades deviennent-ils parfois des néphrétiques, mais c'est une éventualité à coup sûr exceptionnelle.

L'auteur termine par les conclusions suivantes : On ne doit pas considérer les enfants albuminuriques intermittents comme des néphrétiques, mais comme atteints d'un trouble de leur nutrition générale. Aussi, ne les mettez ni au régime lacté, mal toléré par leur estomac et débilitant, ni à un régime déchloruré, puisqu'ils éliminent bien le sel. Réservez-leur un régime alimentaire en rapport avec l'état de leurs fonctions digestives et reconstituant : viandes rôties et grillées, poissons, œufs, féculents et farineux. Stimulez leur nutrition par des douches et des frictions. Faites-les vivre à la campagne, à la montagne ou à la mer, en tenant compte des indications particulières pour chacun d'eux et ne les faites pas trop travailler, ni intellectuellement, ni physiquement. Qu'ils évitent les exercices violents et se reposent après les repas, pour que leur digestion gastrique soit facilitée. Surveillez leur fonction digestive. Donnez-leur des préparations phosphatées, du fer et de l'arsenic, qu'indiquent

souvent leur état anémique. Enfin certaines cures hydrominérales sont parfois utiles : Saint-Nectaire, par exemple, s'est spécialisée dans le traitement de ces albuminuries fonctionnelles.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Gangrène diabétique traitée par l'air chaud. — Matières colorantes employées dans la fabrication des produits alimentaires. — Traitement de l'épithélioma par le formol. — Goitre exophtalmique et rhumatisme articulaire aigu. — Pleurésie syphilitique.

M. DIEULAFOY présente à l'*Académie de médecine* l'observation d'un cas de *gangrène diabétique* du pied et de la jambe qui fut traitée par des applications d'air chauffé à haute température. Le régime anti-diabétique le plus sévère fut d'abord ordonné. On fit préparer des jaunes d'œufs battus dans du bouillon riche en jus de viande et on administra ce breuvage par cuillerées. L'eau de Vichy fut prescrite. On pratiqua des injections de 2 à 3 centigrammes de cacodylate de soude et on donna l'antipyrine bicarbonatée. Afin de procurer un peu de sommeil et afin de calmer les souffrances, on eut recours au véronal à la dose de 30 à 40 centigrammes et aux piqûres de morphine à la dose de 1 centigramme.

La gangrène fut attaquée par les douches biquotidiennes d'air surchauffé projeté sur les tissus en voie de mortification. L'appareil utilisé fonctionne à l'aide du courant électrique et il permet d'obtenir des températures allant jusqu'à 700 degrés Le débit d'air (fourni par une pompe) et le degré de la température sont réglés par deux curseurs indépendants. L'air surchauffé stérilise les tissus sphacélés et rend ainsi la gangrène inoffensive. Il prévient les lymphangites infectieuses et les résorptions toxiques. Il transforme, en un mot, la partie sphacélée en un tissu momifié sans danger pour l'économie, et donne au chirurgien le temps de choisir son moment, dans les cas où une opération est jugée nécessaire. Chez le malade de M. Dieulafoy, les résultats furent excellents.

— Au nom d'une commission composée de MM. Béhal, A. Gautier, Pouchet, Thoinot et Mosny, M BÉHAL lit à l'Académie de médecine un rapport sur *les colorants employés dans la fabrication des produits alimentaires*, rapport demandé par le Président du conseil, ministre de l Intérieur.

La commission est d'avis qu'il y a lieu de proscrire l'introduction de toute matière colorante dérivée de la houille dans les produits alimentaires proprement dits, pain, viande, lait, huiles, beurre, boissons et liquides, de consommation journalière (vin, cidre, bière, sirops, etc.).

Pour ce qui est du caramel, de l'orseille, de la cochenille et de la décoction de chicorée, consacrés par un long usage pour colorer les eaux-de-vie d'industrie, les vinaigres, les cidres et poirés, ces substances peuvent être acceptées sans inconvénients pour cet emploi.

La commission pense, d'autre part, qne l'utilisation de certains agents colorants dérivés de la houille pourra être tolérée dans la pâtisserie, la confiserie et les liqueurs, tous produits qui ne sont pas consommés journellement et qu'on n'ingère qu'en petites quantités, et cela dans les conditions suivantes :

Les matières colorantes seront reconnues inoffensives à petites doses ; elles seront vendues par les fabricants sous cachet et l'étiquette devra mentionner, à côté du nom commercial, le nom chimique (des corps de même nom ayant souvent des compositions chimiques différentes).

Il serait bon, parmi les sels qui correspondent à une matière colorante déterminée, d'employer les sels de sodium de préférence aux sels de potassium ou d'ammonium.

Suit une liste de substances (éosine, fuchsine acide, vert malachite, violet de Paris, etc.), que la commission serait d'avis de tolérer dans la confiserie et la pâtisserie (sauf pour les pâtes).

La Commission, enfin, ne voit aucun inconvénient à l'azurage du sucre par l'outremer, à la coloration légère des pâtisseries, biscuits et gaufrettes par l'orseille, la cochenille ou le carmin, et permet d'accepter pour la coloration extérieure des fromages les couleurs de la houille sus-mentionnées, ainsi que l'orseille, la cochenille ou le carmin.

— MM. HALLOPEAU et Paul FUMOUZE rapportent à l'Académie de médecine deux observations d'*épithélioma de la face traité par le formol*.

Les auteurs se sont inspirés des succès obtenus avec le formol dans les cas de verrues et de carcinomes. Ils appliquent sur la surface néoplasique un tampon d'ouate hydrophile imprégné de la solution de formol pure du commerce. Les résultats ont été excellents.

Le seul inconvénient de cette médication est la vive douleur qui suit pendant quelques heures l'application du topique. On peut y obvier par des injections réitérées de novocaïne. L'absence de récidive indique que, très probablement, l'action du formol s'étend à distance de la région sur laquelle il est appliqué, sans détruire les tissus. Il faut noter aussi comme particularités, dans ces faits, l'absence complète de réaction locale, les caractères tout spéciaux de l'escarre qui forme un épais magma, et la rapidité de l'action médicatrice.

— M. SOUQUES communique à la *Société médicale des hôpitaux* l'histoire d'un malade atteint de goitre exophtalmique ayant à son origine un rhumatisme articulaire aigu franc. Les cas nets de ce genre ne sont pas encore très nombreux et soulèvent la question des rapports des affections thyroïdiennes avec le rhumatisme aigu.

Les recherches de M. Vincent ont montré l'existence et la fréquence du gonflement du

Urodonal

Dissout l'Acide urique

3 cuillerées à café par jour chacune dans un verre d'eau entre les repas, 10 jours par mois.
États aigus : 3 cuill. à soupe par jour.
Aucune contre-indication.

Constipation **Entérites**

JUBOL

Rééduque l'Intestin

1 à 3 Comprimés le soir en se couchant.
(*Avaler sans croquer*)

Laboratoire, 207, Boulevard Pereire. — PARIS

MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE
ANTIBACILLAIRE & RECONSTITUANTE

ÉMULSION MARCHAIS

PHOSPHO-CRÉOSOTÉE

POUR LE TRAITEMENT RATIONNEL DES

TUBERCULOSES — BRONCHITES
CATARRHES — PNEUMONIES
GRIPPES — ASTHMES

CHAQUE CUILLERÉE A CAFÉ CONTIENT :
Créosote de Hêtre 0,10
Baume de Tolu. 0,10
Glycérophosphate de Chaux 0,20
De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon

Disparition de la **TOUX** et de l'**EXPECTORATION**
Disparition de la **FIÈVRE**
Disparition des **SUEURS NOCTURNES**
Disparition de la **DYSPNÉE**
AMÉLIORATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL
Augmentation de l'**APPÉTIT**
Régularisation des **FONCTIONS DIGESTIVES**
AUGMENTATION du POIDS du CORPS

L'ÉMULSION MARCHAIS
est la meilleure préparation créosotée
Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration.
En desséchant les bronches, l'ÉMULSION MARCHAIS agit d'une manière remarquable sur l'expectoration.
Traité de Médecine. Dr FERRAND.

Correspondance hebdomadaire
(Suite)

cours, ni affilié au *Sou*, car nous n'avons aucune qualité pour prendre votre défense et nous le regrettons bien vivement. Voyez si le Syndicat peut venir à votre secours ?

Pourquoi donc attendez-vous, pour songer aux œuvres de défense, que vous soyez attaqué et poursuivi ? Si vous étiez lecteur du *Concours*, vous y auriez vu traiter cette question de la déclaration. Si vous étiez aussi un adhérent du *Sou*, vous verriez venir les poursuites avec calme, car nos avocats conseils seraient tout prêts à vous porter secours.

Profitez donc de cette leçon qui vous arrive de la Préfecture et joignez-vous aux nôtres, c'est-à-dire à ceux qui n'attendent pas le péril et le danger pour contracter une assurance.

Dr H., à St-S., à *Concours*. — J'ai soigné, en 1908, à 3 kilom., de chez moi, un ouvrier de ferme assuré à la P..,En fin d'année, j'ai envoyé à la Compagnie deux notes différentes *restées sans réponse*.

En juin 1909, nouveau sinistre dans la même maison. Nouvelle note (collective) de 30 francs (15 fr. par sinistre), adressée à l'agent général. Pas de réponse. Un jour, un sous-agent m'écrit pour me dire que l'agent général désire avoir ma note pour me régler ! Nouvelle note.

Plusieurs mois après, le sous-agent me renvoie mon mémoire annoté et corrigé et m'informe qu'il tient à ma disposition *chez lui* (!) la somme de 20 francs et non 30, le tarif de la Compagnie étant de 10 francs par sinistre agricole ! ! ! Naturellement, j'ai répondu que j'exigeais mes trente francs et au plus vite, la Compagnie ne pouvait m'imposer ce tarif puisque je n'ai signé aucun engagement avec elle à ce sujet. Ceci se passait en décembre dernier, et toujours pas de réponse.

Que puis je faire maintenant pour me faire payer ? J'ajoute que le fermier assuré à cette Compagnie est un de mes bons clients et un ami même et qu'il a pris la décision de refuser de payer sa prochaine prime, en raison de la mauvaise volonté de l'agent.

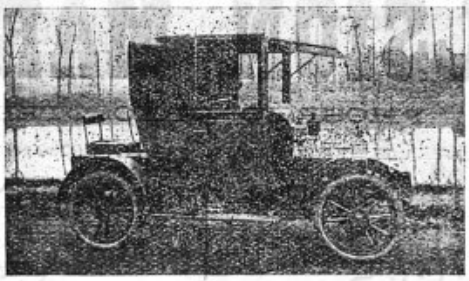
Réponse. — Comme vous n'avez aucun lien de droit avec la Compagnie, c'est au patron que vous devez vous adresser pour le paiement de vos honoraires. Puisqu'il est de vos amis, vous pouvez le pré-

Suite page XII.

Dyspepsie, Gastralgie
Anorexie, Flatuosités
Hyperchlorhydrie
Constipation
MALADIES DE L'ESTOMAC
CACHETS CHARVOZ
DIGESTIFS, TONIQUES ET APÉRITIFS
Quassime, Cannabine, Amers végétaux alcalinisés à 50 % par procédé spécial
Se trouvent dans les principales pharmacies et chez tous les fournisseurs habituels des pharmaciens.
3 fr. la boîte de 40 cachets
Échantillons franco sur demande adressée à la
PHARMACIE CENTRALE
12, Rue Neuve, LYON

CONTREXEVILLE GREAT SOURCE
GOUTTE GRAVELLE, Voies Urinaires, Régularisatrice de la Digestion
Société des Meilleures Eaux Minérales : Contrexéville Great Source à Contrexéville (Vosges)

SEULES EAUX ALCALINES RECONSTITUANTES
ST. LEGER POUGUES
Sans rivales pour le Traitement des
Gastralgies — Dyspepsies — Gravelle — Diabète — Les Convalescences

La véritable voiture du Docteur

Souple, Robuste
Economique
Passant partout
est enfin créée par
ARIÈS
8/10 HP. 4 CYLINDRES
Renseignements sur Demande
SOCIÉTÉ DES AUTOMOBILES ARIÈS, à Villeneuve-la-Garenne
Par L'ISLE-SAINT-DENIS (Seine)

PAIN "ESSENTIEL" "MOFÉOL"
DÉCHLORURÉ CH. HEUDEBERT
en biscottes de 10 grammes chacune
BASE DE LA CURE DE DÉCHLORURATION
Affections valvulaires, Cardioadispose
Albuminuries, Œdèmes.
Littérature et Échantillons sur demande
CAFÉ
des Cardiaques et des Nerv
DIURÉTIQUE
TONIQUE, RAFRAICHISSANT, INOFFEN
Usines & Bureaux à NANTERRE
PRODUITS DE RÉGIME CH. HEUDEBERT, 120, Rue du Faubourg St-Honoré, PARIS. - Téléph. 6

corps thyroïde (ce qu'il a nommé « signe thyroïdien »), dans le rhumatisme articulaire aigu. Ce gonflement, réaction de défense, apparaît dès l'attaque rhumatismale et disparaît ordinairement avec elle, quelquefois même avant, sans laisser de traces sensibles. Mais il peut, pendant la durée de l'attaque, provoquer des phénomènes de thyroïdisme transitoire (tachycardie et nervosisme). Il peut aussi parfois, pendant ou après l'attaque, déterminer un véritable syndrome basedowien. On note d'ailleurs assez souvent — le cas de M. Souques en est un exemple — la mention du rhumatisme dans les antécédents des sujets atteints de goitre exophtalmique.

— MM. Roger et Sabaréanu exposent à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'une de leurs malades qui semble avoir été atteinte de *pleurésie syphilitique*. La patiente, à la fois tuberculeuse et syphilitique, offrait les signes classiques d'un épanchement pleural. L'absence de bacilles et d'albumine dans les crachats, les inoculations négatives du liquide pleural au cobaye, conduisaient à écarter la tuberculose. La réaction positive de Wasserman, les effets curatifs du traitement spécifique ont constitué des arguments en faveur de la pleurésie syphilitique.

M. Sergent, à ce propos, envisage les difficultés du diagnostic de ces manifestations pleurales de la syphilis. La nature spécifique d'un épanchement pleural, dit-il, ne peut être admise qu'avec les plus grandes réserves, pour cette raison que le terrain syphilitique est éminemment favorable à la germination de la tuberculose. La valeur du traitement mercuriel d'épreuve n'est pas démonstrative puisque ce traitement exerce souvent une influence favorable sur les localisations tuberculeuses greffées sur le terrain syphilitique. La réaction de Wasserman, d'autre part, prouve simplement que le sujet est syphilitique, sans permettre d'affirmer que telle affection dont il est porteur est de nature syphilitique. M. Sergent conclut qu'on ne sera fondé à admettre l'existence des pleurésies séro fibrineuses de nature syphilitique que lorsque des autopsies auront établi la réalité de lésions spécifiques de la plèvre dans ces cas ou lorsque l'examen bactériologique aura démontré la présence du tréponème dans l'exsudat.

P. L.

Une automobile dans une rivière. — Le Dr Roux, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, vient de succomber aux suites d'un accident d'automobile.

Le véhicule qu'il conduisait lui-même a été précipité dans la rivière du Furan.

Notre malheureux confrère a eu la poitrine défoncée et la colonne vertébrale brisée par le volant.

Décidément, c'est la série noire pour le corps médical. Voilà la 3e mort accidentelle que nous avons le regret d'enregistrer depuis quelques semaines. Puisse-t-elle être la dernière !

FORMULAIRE RAISONNÉ

La digitale

(1er *article*).

Par le Dr André Lombard.

C'est bien à propos d'elle que l'on peut dire : « tant vaut le médecin, tant vaut le médicament ». Cette plante reconnaît en effet d'assez nombreuses indications ; mais on ne peut pas à proprement parler — sauf pour le rétrécissement mitral — la considérer comme le médicament d'une maladie ; elle est le médicament de divers syndromes ou symptômes cliniques.

L'étude de la digitale a d'abord et surtout été faite par l'école de Strasbourg, et Hirtz (de Strasbourg) en avait précisé les indications ; il en avait même fait la base du traitement de la pneumonie. Depuis lors, elle a donné lieu à de nombreux et savants travaux ; énumérer leurs auteurs entraînerait fatalement des omissions ; mais il semble résulter des recherches de tous que pas grand'chose n'a été ajouté aux indications déjà données. Sans doute, on a isolé la digitaline cristallisée et classé les diverses digitalines plus ou moins toxiques ; de sorte que le thérapeute se trouve aujourd'hui en présence seulement des préparations de feuilles et de la digitaline cristallisée.

Propriétés physiologiques. — La digitale en poudre possède des propriétés irritantes pour la muqueuse gastrique, que l'on cherche à éviter dans son administration. Mais sa valeur thérapeutique est due à son action sur le cœur, sur les vaisseaux et sur le rein. Elle a, en effet, une *action cardiaque directe* ; elle exerce sur les vaisseaux une *action vaso-constrictive*, et élève ainsi la tension artérielle. Ce sont des actions directes ; mais elle agit aussi sur le système cardio-vasculaire : *a*) par le nerf pneumo-gastrique, dont elle est un excitant, et ce nerf est un modérateur cardiaque ; c'est ainsi qu'elle *ralentit les battements cardiaques* ; — *b*) par le grand sympathique, dont elle est aussi un excitant ; c'est ainsi qu'*elle renforce l'énergie de la systole*. Il résulte de tout cela : 1° le ralentissement du rythme cardiaque, l'allongement de la diastole, le renforcement de la contraction du cœur ; 2° la vaso-constriction artérielle et une accélération de la circulation périphérique ; d'où régularisation de toute la circulation.

L'action sur le pouls est variable ; nous aurons à en reparler à propos de l'intolérance de la digitale ou de sa mauvaise administration.

L'action diurétique, à peu près nulle chez l'homme sain, est d'autant plus accusée que les œdèmes sont plus abondants. La digitale agit

surtout en effet en faisant rentrer dans la circulation générale les liquides épanchés dans les œdèmes, les hydropisies ; mais cette diurèse est toujours lente à se produire ; en revanche elle est assez prolongée.

Telles sont les modifications qu'imprime à l'organisme l'administration rationnelle de la digitale à doses thérapeutiques.

Digitale ou digitaline ? — Convient-il d'utiliser seulement la digitaline chloroformique cristallisée, ou d'employer les autres préparations de digitale (macération, infusion, extrait, teinture, sirop) ? Quoi qu'on en ait dit, il est incontestable que l'alcaloïde seul ne jouit pas des mêmes propriétés que la feuille entière ; il a sans doute plus d'action sur le muscle cardiaque ; mais la feuille entière a plus d'action sur le système cardio-vasculaire ; elle est certainement plus diurétique, ce qui prouve que la digitaline n'est pas le seul principe actif et qu'il y a dans la feuille un ensemble de substances synergiques et actives plus ou moins connues, lesquelles substances favoriseraient aussi la solution dans l'eau de la digitaline qui, seule, y est insoluble. Ce sera précisément l'objection des partisans de la digitaline, qui ne voient point qu'entre des mains inexpertes l'alcaloïde est un poison, beaucoup plus que la feuille, et opposent à la fixité de sa posologie l'inconstance et la variabilité dans la richesse des feuilles de digitale ; cette objection perd de sa valeur si nous admettons qu'on utilise en France les feuilles de digitale des Vosges, feuilles de seconde année, récoltées au moment de la floraison, séchées d'abord à l'ombre, puis à l'étuve, sans dépasser 30°, conservées à l'abri de la lumière et de l'humidité, et utilisées dans le courant de l'année. Depuis ces derniers temps, du reste, la pharmacie a à sa disposition des préparations stérilisées de feuilles de digitale des « intraits », qui permettent une préparation plus rationnelle des ordonnances magistrales.

Les différentes doses. — Il importe de ne pas donner de doses trop élevées de digitale ; c'est-à-dire une quantité supérieure à un gramme de feuilles, ou un milligr. de digitaline, à prendre en une seule fois, c'est-à-dire en un seul jour. C'est la dose antisystolique (Potain, Huchard), indiquée au début des insuffisances myocardiques, *quand la fibre cardiaque est peu altérée.* La dose tonique, sédative est plus faible ; c'est la même dose, mais répartie en cinq jours ; vingt centigr. de poudre de feuille en macération, ou un cinquième de milligr. pendant 3 ou 4 jours. La dose d'entretien, dose cardio-tonique, consiste en un dixième de milligramme pendant 10 jours.

Précautions qui doivent entourer l'administration de la digitale. — Pour produire son plein effet, la médication digitalique doit être entourée de certaines précautions ; si les œdèmes sont abondants, on est souvent obligé de pratiquer le régime de la réduction des liquides dans les asystolies avancées. D'une façon générale, il est plus commode, mais il est surtout nécessaire de prescrire d'abord un purgatif drastique :

Eau de vie allemande..... } àà 15 à 20 gr.
Sirop de nerprun..... }

puis de mettre le malade au régime lacté et au repos au lit ; c'est à ces conditions que la diurèse se produit bien.

La digitale est ainsi un médicament de l'asystolie, de la dyssystolie et de l'hyposystolie. Chez certains malades, on la prescrira pendant trois ou quatre jours consécutifs, et plus ne sera besoin de s'adresser à elle ; chez d'autres, cette prescription devra être répétée toutes les trois ou quatre semaines pendant quelques mois. Chez d'autres, au contraire, son usage devra être presque indéfini, toutes les deux, trois ou quatre semaines ; elle constitue le « pain mensuel » du malade, et le patient lui-même s'aperçoit bien à certains troubles (essoufflement plus prolongé, réapparition des œdèmes, irrégularités cardiaques) qu'il a « faim » de digitale. C'est ainsi qu'elle est le médicament de la période préasystolique des affections valvulaires. Et quand les œdèmes sont dissipés, l'action cardiaque de la digitale, action qui s'est très rapidement produite après son absorption, continue à se manifester encore.

MÉDECINE INFANTILE

Un point controversé.

Les flueurs blanches,

Par le Dr GALAND (de Cambrai).

Vous êtes appelé dans une famille. On vous présente une jeune enfant. Supposons-la âgée de 3 à 6 ans. Elle a des « flueurs blanches ». Vous vous rendez compte.

La membrane-hymen est intacte. Pourtant, la chemise est empesée. Vous connaissez le diagnostic classique : la tache est blanche, jaune et verdâtre.

S'agit-il de *vaginisme catarrhal*, possible même après un séjour bref dans une couche maternelle contaminée ? Est-ce que le flux est d'origine onanistique et provoqué par la démangeaison que cause la présence des oxyures ?

Est-ce de l'onanisme, perturbation sexuelle qui, d'un prurit maladif, peut, en cas de dermatite, aboutir à une titillation inconsciente ? La vue, l'examen attentif, le toucher vous fixeront.

Il s'agit de trouver le traitement. Or, c'est le point controversé.

Les parents vous diront : l'enfant perd en

blanc, périclite, tourne à rien. Ses yeux se bistrent, son teint prend des tons d'ivoire.

Or, ces gens sont anxieux. Parfois, ils pleurent.

Qu'allez-vous faire ?

Donner des toniques, des ferrugineux, de l'arsenic, des produits opothérapiques ?

Le plus souvent ce sera inutile !... Mais alors ?

Alors, prenez une sonde de Nélaton, toute petite, du 4 à 16 par exemple, stérilisez-la, vaselinez-la.

Si vous voulez bien vous rappeler que, en dehors de l'*hymen imperforé*, très rare, de l'*hymen foliacé*, source d'erreur pour les médecins légistes appelés à certifier un viol, — il n'existe que trois types d'hymens normaux à vraiment parler, à savoir : l'hymen *annulaire*, le *bilabié* et celui *en croissant*; si vous daignez également vous remémorer qu'il existe, au-dessous du *méat urinaire*, une petite ouverture plutôt ellipsoïdale que ronde, une fente, disent quelques-uns, par laquelle on peut toujours introduire la sonde, maniez-la légèrement, doucement, prudemment ; ne forcez pas ; ne brisez rien !

La canule introduite, sans douleur, avec des paroles qui distraient ou amusent l'enfant, injectez un litre d'eau à 40° boriquée, alunée, boratée ou même permanganatée, suivant les cas.

Ayez en mémoire la posologie de vos solutions.

Il est entendu que le jet ne sera pas percutant et, pour cette raison, vous placerez votre bock, non pas à la hauteur *classique* de 50 ou 60 centimètres, mais bien de 1 mètre au-dessus du niveau de la couche de l'enfant ; tenez la canule obliquement, le bout en haut.

Ce jet balayera sans blesser, et vous verrez se tarir ces « flueurs », désespoir des parents, victimes de préjugés stupides.

THÉRAPEUTIQUE

Considérations sur le traitement de la pneumonie lobaire,

Par le Dr Brimon.

Il est peu de maladies dont le traitement ait été aussi discuté que celui de la pneumonie. Tour à tour actif et passif, immédiat ou temporisateur, ce traitement a passé par toutes les phases, si bien qu'une grande incertitude règne à son sujet et que bon nombre de médecins laissent la pneumonie guérir toute seule et se contentent de l'expectative.

Comme toujours, la vérité est entre les deux extrêmes, et en ce qui concerne l'infection pneumonique, nous estimons qu'il faut faire de l'éclectisme thérapeutique, prendre de tous côtés ce qu'il y a de mieux et qu'ainsi le praticien avisé ne peut se laisser surprendre et obtient dans la plupart des cas de bons résultats.

Et d'abord, en quoi consiste, d'une façon générale, le traitement de la pneumonie ?

Il doit être *prophylactique* et *curatif*. Nous savons bien, à l'heure actuelle, que les crachats servent de véhicule aux microbes que le malade répand au dehors, et, dès lors, comme pour la tuberculose, il faudra détruire la virulence de ces crachats et s'opposer à leur dessiccation; le produit de l'expectoration sera donc reçu dans des récipients renfermant une solution antiseptique.

En outre, on s'opposera au séjour *prolongé* des sujets sains dans la chambre d'un pneumonique et on désinfectera les objets de literie, toilette, etc., comme dans toutes les maladies contagieuses.

Il y a aussi à considérer une autre prophylaxie la prophylaxie *individuelle*. On sait, en effet, que la pneumonie a des récidives fréquentes et que ces récidives sont dues à la persistance du pneumocoque dans la cavité bucco-pharyngée des sujets ayant eu la pneumonie. Donc la désinfection de la bouche et du nez sera longtemps imposée et l'on formulera des pommades et des gargarismes antiseptiques.

Telle est la prophylaxie, dont les règles ne devront jamais être oubliées. Nous ne parlerons pas ici des tentatives de vaccination antipneumonique faites, avec succès d'ailleurs, par Emmerich et Klemperer, chez l'animal et l'homme, mais qui n'ont pu encore passer du laboratoire dans la pratique, et nous envisagerons maintenant la médication *curative* de la pneumonie.

L'ancienne méthode reposait sur l'usage répété de la saignée, du tartre stibié et de l'alcool.

La nouvelle et actuelle méthode repose sur l'action générale et spécifique de la digitale et sur les propriétés antiseptiques pulmonaires et hyperphagocytaires du thiocol.

La saignée avait assurément d'excellents effets sur la circulation qu'elle facilitait, sur l'oppression qu'elle amendait, et sur les accidents cérébraux.

Mais elle épuisait le malade et souvent elle était une cause de mort.

C'est Rasori qui fut le principal défenseur et protagoniste de la médication par l'émétique. Convaincu de l'existence, dans toute maladie aiguë, d'une diathèse de stimulus, Rasori s'efforçait de créer un contre-stimulus au moyen de doses massives de tartre stibié. Il cherchait à obtenir cet état particulier appelé tolérance qui permet aux malades de supporter, sans effets vomitifs ou purgatifs, des doses considérables du médicament. Laënnec vantait aussi les effets de l'émétique, mais on s'est aperçu bientôt que ce médicament affaiblissait l'organisme et fatiguait le cœur.

L'alcool, vanté par Todd, convient surtout aux vieillards, aux alcooliques, aux débilités, mais il faudra le donner à doses fractionnées et d'une façon continue.

Enfin voici la digitale, dont beaucoup de médecins vantent les merveilleux effets dans la pneumonie. A vrai dire, le remède est surtout indiqué lorsque le cœur est défaillant, lorsque la fièvre est élevée. Il ralentit alors le pouls et favorise la circulation pulmonaire et la diurèse, ce qui n'est pas à dédaigner dans une maladie infectieuse comme la pneumonie. Cependant, à part les

vieillards, chez qui la digitale est pour ainsi dire obligatoire, on ne peut ériger en doctrine thérapeutique l'emploi de ce médicament, et la plupart des praticiens préfèrent encore utiliser, contre la pneumonie, le thiocol.

Le thiocol, en effet, n'a pas d'inconvénients, il convient à tous les âges, et il exerce sur l'appareil pulmonaire des effets antiseptiques puissants. Il amène aussi localement une hyperleucocytose favorable à la guérison ; enfin il agit sur la toux, l'expectoration elle-même et l'état général.

Lorsque, en effet, on ordonne le plus près possible du début de la pneumonie 6 à 8 comprimés de thiocol ou 2 à 6 cuillerées de sirop Roche, par jour, on constate un abaissement thermique, rapide, une atténuation de l'oppression et une modification favorable des crachats.

Ceux-ci deviennent plus fluides, plus aérés, et perdent sans tarder leur coloration rouillée ; le médicament n'empêche pas l'expectoration, il la favorise au contraire, mais il atténue ses caractères septiques en détruisant les agents d'infection secondaire.

Une pneumonie lobaire de moyenne intensité traitée par le thiocol guérit presque constamment, en moins d'une semaine, avec une chute brusque de la température. Même dans les cas graves, on se trouve bien de ce médicament, parce qu'à doses élevées (8 comprimés), il atténue la septicité pulmonaire et par conséquent l'infection générale.

Après la période d'acmé, où cette dose est utile, on doit revenir à une dose plus faible et bientôt après, l'expectoration se tarit, le malade est mis à l'abri des récidives.

On a conseillé aussi la vératrine, mais elle n'est plus employée à l'heure actuelle.

Enfin, faut-il parler des bains froids, dont Lebert et Jurgensen ont vanté les heureux effets ? Sans doute, cette médication est favorable contre la fièvre et les accidents cérébraux, elle active la diurèse, favorise la respiration, mais il semble difficile, à part les cas désespérés, de faire accepter cette méthode par les familles et il y a là, de ce fait, un empêchement presque impossible à surmonter dans la plupart des cas.

En vérité, et c'est là qu'il faut en revenir, faisons de l'éclectisme. Dans presque tous les cas, sinon dans tous, les comprimés de Thiocol Roche sont indiqués et paraissent imprimer à la maladie une allure favorable et bénigne. Mais chez les vieillards, utilisons aussi la digitale ou mieux la digalène, qui ne s'accumule pas ; chez l'alcoolique, employons l'alcool. Peut-être dans les cas où la congestion est intense et le sujet particulièrement vigoureux, faisons appel à l'émétique, à la saignée et surtout laissons-nous guider par trois grands phénomènes : le pouls, la température, les accidents cérébraux. N'oublions pas non plus les formes adynamiques. En un mot, laissons au thiocol, sa place prépondérante, puisqu'il est la médication *pathogénique locale*, et faisons, en outre, dans chaque cas, une thérapeutique de symptômes fort importante aussi.

Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel

Caisse des pensions de retraites du corps médical français

Séance du Comité directeur de février 1910.

Etaient présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne, Darras, Delefosse. Excusé : M. Verdalle, trésorier qui a adressé au conseil les pièces relatives au remboursement d'une obligation ancienne du chemin de fer d'Orléans.

Lecture du compte rendu de la dernière réunion du Comité.

M. le Secrétaire général fait part des demandes d'adhésion, des admissions et de la correspondance échangée depuis la dernière réunion du comité.

Admissions.

...., M. le Dr Ch. né le 3 mai 1869, reçu membre de l'A. G. en 1900. Tableau A', une part et contre-assurance (déc. 1909).

.... Mme Ch. née le 30 août 1874, épouse de M. Ch. reçue membre de l'A. G. en 1909. Tableau A' avec une part et contre-assurance.

M. Ch. avait, avant d'adhérer, posé les questions suivantes :

Pour avoir droit à la retraite, il faut avoir versé au moins 15 annuités, est-il dit dans les statuts ; mais si l'on ne verse même pas ces 15 annuités, les annuités versées sont-elles perdues ou remboursées à 60 ans avec déduction bien entendu. Cela lui paraissait très important à connaître dans le cas où, pour maladie ou autre cause, il se trouverait dans l'impossibilité de continuer les versements ? — *Réponse.* Ce qui fait l'avantage de la Caisse sur les compagnies d'assurances ordinaires, c'est que chez ces dernières un non-paiement de primes dans l'année entraîne la déchéance de l'assuré, avec un certain remboursement, il est vrai. Dans la Caisse de pensions, l'adhérent peut suspendre ses versements quand il veut ; quand il les reprendra, il pourra ou verser l'arriéré avec intérêts à 5 % ou faire les versements restant à courir. Exemple : à 40 ans il a fait 10 versements, il lui en manque encore 5 ; il peut faire ces 5 versements dans les 20 ans restant à courir et à 60 ans, il touchera une retraite proportionnelle à ses versements. Supposons qu'il soit resté, au contraire, 5 ans sans payer, il pourra, après ces cinq ans, reprendre ses versements ordinaires en remboursant les 5 non faits. Et cela même après 60 ans. Mais trois points dominent toujours la question.

1° Les sommes versées à la Caisse ne sont remboursables qu'en cas de contre-assurance, lorsque l'associé meurt avant d'avoir touché sa retraite.

2° Il peut cesser, reprendre ses versements quel que soit son âge, mais pour toucher une retraite, il faut toujours, d'après la loi, avoir fait au moins 15 versements et avoir au minimum 60 ans d'âge.

M. P..., né le 14 mars 1882, reçu de l'A. G. en 1908 ; tableau A. avec une part.

M. L.... est obligé pour le moment de suspendre son adhésion ainsi que celle de sa femme, ne faisant pas partie de l'A. G.

M. Pa..., né le 16 sept. 1895, reçu de l'A. G, en 1901. Tableau B.

M. le Dr D..., adhérent ainsi que sa femme avec 1/2 retraite, souscrit deux autres 1/2 retraites avec primes contre-assurées.

M. le Dr D. faisant partie de l'Amicale demande à changer sa combinaison pour entrer à la caisse des retraites afin d'avoir une retraite à 60 ans. On devrait tenir compte des versements antérieurs. Le cas ne s'étant pas encore présenté, le secrétaire général en a référé à plusieurs reprises avec M. l'actuaire Fleury, qui a établi la prime à payer, etc.

Lettres :

Un confrère demande s'il n'est pas nécessaire pour toucher la retraite d'exercer encore la médecine. *Réponse.* La retraite est due à 60 ans quelle que soit la position de l'adhérent à cet âge, et du moment que les conditions fixées par la loi sont remplies.

Un médecin demande comment il faut calculer la prime par rapport à l'année où l'on entre dans la caisse. *Réponse.* L'âge adopté pour le paiement de la prime est celui que le postulant avait au 1er janvier de l'année où il fait sa demande : par exemple s'il écrit au 10 mars et qu'il a eu 27 ans au 1er mars, l'âge est 26 ans.

Le secrétaire général fait part de trois lettres de trésoriers ou membres de bureaux des sociétés locales, demandant des statuts pour la propagande ; il a écrit à ces confrères pour les remercier de leur dévouement à la Caisse et s'est empressé de faire droit à leur demande.

Le secrétaire général donne lecture de son échange de correspondances avec le trésorier Dr Verdalle.

M. A..., qui avait cessé ses versements, demande à les reprendre. L'actuaire a été chargé de calculer la nouvelle prime à verser.

M. L.... a versé 553 fr. pour sa cotisation. Le secrétaire général est chargé de lui demander une lettre d'adhésion.

M. et Mme Ch.... ont versé 758 fr.

M. et Madame D.... ont versé leur nouvelle cotisation.

M. P.... a versé sa cotisation.

La séance est levée, l'ordre du jour étant épuisé.

Le secrétaire général,
DELEFOSSE.

Le Président,
GASSOT.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La Faculté contre les médecins.

Mon cher confrère,

Je vous transmets une copie d'un article pris dans un journal médical :

Affichage de clientèle à la Faculté

« Les syndicats médicaux de Montauban et de La Rochelle sont en délicatesse avec les syndicats mutualistes. Ces derniers demandent un médecin — renard à tout et surtout à bas prix. Ils demandent à la Faculté de Paris l'affichage et ils l'ont de suite.

Les syndicats médicaux demandent celui d'un contre-avis rétablissant les faits : il leur est refusé.

Il faudrait pourtant s'entendre : le tableau d'affichage est-il fait dans l'intérêt des mutualistes ou celui des médecins ? A Bordeaux, la Faculté a placardé l'avis affiché à Paris. Alors ? deux poids et deux mesures ?

Ceux qui décernent encore l'épithète d'*Alma Mater* à notre Faculté de Paris ont l'illusion tenace. Qu'un brave praticien veuille se faire afficher, il faut produire maintes pièces ou demandes légalisées. Mais qu'un socialo, un maire, un capitaine de pompiers se présente : « Comment donc, mon Prince », s'écrie le secrétaire général préposé au petit grillage ! »

Cette façon de procéder de la part de la Faculté est révoltante.

Il faut y mettre un terme.

Que le doyen Landouzy réserve sa grille d'affichage pour l'Union des syndicats médicaux et à personne d'autre.

Parlez-en au Congrès des praticiens si c'est nécessaire. Mais c'est un abus intolérable qu'il faut faire cesser.

J'en ai été victime : grâce à ce procédé, j'ai été gratifié d'un confrère qui fait des visites à 5 km. pour 2 francs ! ! !

Agissez avec énergie.

Il n'est que temps que le médecin soit maître chez soi.

Bien confraternellement à vous,

Dr GUÉNOT.

CHRONIQUE SYNDICALE

Souscription des Syndicats médicaux pour venir en aide au Syndicat médical de Valence dans un procès d'ordre général.

Union des Syndicats Médicaux de France	200 fr.
Fédération des Synd. méd. du Sud-Est.	100 »
Sou Médical	100 »
Syndicat de la Vendée	50 »
Synd. de l'Arrond. de Versailles	50 »
Synd. des médecins de la Seine	50 »
Synd. de la Vallée du Rhône	100 »
Synd. de Gien	25 »
Synd de Bernay	10 »
Total	685 »

Adresser les souscriptions à M. le Dr P. Vallat, trésorier de l'Union des Syndicats Médicaux de France, à Joinville-le-Pont (Seine).

CORRESPONDANCE

Contre l'encombrement. La limitation du nombre des étudiants en médecine.

Mon cher Confrère,

Je vois avec plaisir que l'idée d'un concours à l'entrée de la carrière médicale gagne du terrain de jour en jour. Cela me ravit d'autant mieux que c'est le seul remède spécifique à l'encombrement ; tous les autres moyens ne sont que des palliatifs illusoires, d'autant plus inefficaces qu'ils sont plus nombreux.

On a, je crois, envoyé quelques lettres à des collégiens pour les dissuader d'embrasser une carrière qui ne nourrira bientôt plus son homme. Résultat ! Un professeur a donné comme sujet de dissertation à de nombreux élèves : « Que voudriez-vous être ? Pourquoi ? » Beaucoup de journaux ont reproduit ce referendum et c'est la carrière médicale qui de bien loin a remporté la palme.

Je ne veux pas rechercher aujourd'hui les motifs de cet engouement pour notre profession. Je tiens seulement à vous servir toute chaude une petite conversation que j'eus l'autre jour, en chemin de fer, avec un vétérinaire de mes amis. Nous parlions naturellement de nos professions, de leurs avantages et de leurs inconvénients, et comme je déplorais l'encombrement médical, ce fâcheux encombrement qui oblige souvent les plus fiers d'entre nous à courber la tête, mon ami me répondit : « L'encombrement, docteur, voilà quelque chose qui nous laisse bien froids, nous autres vétérinaires ; lorsque le nombre des extinctions est insuffisant, nous diminuons les admissions à Alfort, Lyon et Toulouse, ce n'est pas plus malin que cela. Et puis vous savez, dans nos écoles, il faut travailler sous peine de renvoi. Aussi je vous réponds qu'en sortant nous savons notre métier, à la différence, soit dit sans vous offenser, car vous avez été interne, de beaucoup de médecins qui débutent sans avoir touché un malade. Du reste, pas mal de recalés des écoles vétérinaires se font inscrire à la Faculté de médecine. Ainsi votre confrère, le Dr X., médecin de l'hôpital de Z., fils de vétérinaire, aurait bien voulu succéder à son père. Il s'est présenté en même temps que moi, mais, refusé, s'est résigné à faire sa médecine. N'ayant pu soigner les animaux de sa ville natale, il en soigne les habitants ! »

Comme des compagnons de compartiment avaient l'air de tendre l'oreille, j'ai parlé d'autre chose ! Mais ne trouvez-vous pas que cette conversation est édifiante ?

Je sais bien que dans notre beau pays de France, dont sainte Routine est la patronne, les timorés trouveront beaucoup de raisons pour s'opposer à une réforme si simple. Il sera parlé surtout de la liberté, mot qui a déjà fait faire tant de bêtises. Liberté pour le premier crétin venu de faire mourir ses concitoyens, après de nombreuses stations dans les brasseries du quartier ! Pourquoi alors, au nom de cette liberté, ne pas demander Alfort pour tous, St-Cyr pour tous, Polytechnique pour tous ! Plus de recalés ! Tout le monde diplômé ! Je ne vois pas pourquoi nous conserverions à la Faculté de médecine le privilège de laisser entrer tout le monde, comme dans un moulin.

Mais pour répondre aux objections et mettre l'opinion de notre côté, il suffirait de dire à Populo, à ce bon Populo, chez qui s'est réfugié le vieux bon sens qui déserte de plus en plus nos administrations : « Pour soigner ton cochon, ton bœuf, ta vache, tu t'adresses à un monsieur muni d'un diplôme qui lui a été accordé après un concours sévère où seuls les bons ont réussi, après des études réelles et des examens qu'il fallait réussir sous peine de renvoi. S'agit-il de te soigner, de soigner ta femme et tes enfants, brave Populo, ce n'est plus la même chose. Un simple instituteur — à condition qu'il vote bien, cela se conçoit, - pourra, tout en faisant sa classe, deviner l'art de te guérir. Des jouvencelles dont le frais minois remplacera la peau d'âne demandée aux mâles — pas à tous — forceront en troupe compacte les portes des écoles de médecine sous l'œil bienveillant d'un directeur sénile. Un papier crasseux, pourvu qu'il vienne de loin et soit illisible, sera le Sésame ouvre-toi qui permettra, bon Populo, à un individu aux cheveux d'ébène de te rédiger des certificats où l'absence d'orthographe n'aura d'égale que le mépris de la syntaxe. Et puis, pourquoi acquérir des diplômes, passer des examens, puisque nos lois n'ont de rigueur que pour ceux qui te soignent avec compétence et que nos procureurs ne se montrent discrets que vis-à-vis des charlatans qui te grugent et t'exploitent. »

Les objections que certains pourraient faire contre la création d'un concours à l'entrée de la carrière médicale doivent toutes tomber devant ce fait qu'un concours semblable existe à l'entrée d'une profession similaire. Il me semble qu'il n'y a rien d'exagéré à demander que les pouvoirs publics prennent pour la santé des hommes au moins les mêmes précautions que pour la santé des animaux.

Croyez, je vous prie, mon cher confrère, à mes sentiments dévoués.

X.

Au moment de fermer cette lettre, je prends connaissance d'un article du Dr Ausset, de Lille, intitulé : « la Crise médicale » (*Bulletin médical* du 12 février 1910). L'auteur, parmi les causes de cette crise, note en premier lieu l'encombrement et en cherche les remèdes. Tout de suite, il cite parmi les palliatifs proposés, le concours et ajoute : « Je regrette vivement de n'avoir pas trouvé les plus véhémentes protestations contre cette idée de vouloir limiter le nombre des médecins en supprimant le libre accès, en instituant un concours à la sortie du lycée. Admettre ce concours d'admission serait enlever à notre belle profession son caractère si noble et si enviable de profession libérale. » Voilà les grands mots lâchés ! Nous l'a-t-on assez fait le

coup du sacerdoce ? Comme si les prêtres eux-mêmes — qui pourtant ne craignent pas l'encombrement — n'étaient obligés pour vivre de faire payer leurs messes ? Je suppose, confrère Ausset, que vous êtes parmi les heureux de la profession ; mais je prétends que les parias de la médecine, ceux qui triment pour manger, et meurent en laissant une femme et des enfants à la mendicité, ne doivent pas la trouver si noble et si enviable cette profession médicale que l'encombrement leur fait si dure. Le sentiment n'a rien à voir devant les réalités de la vie, et nous sommes devant une triste réalité : des médecins meurent de faim !

Le Dr Ausset a peur que, par suite de la limitation, les médecins, certains de ne pas être concurrencés, lâchent les spécialisations qui nécessitent un surcroît de travail. L'objection est peu sérieuse et persisterait d'ailleurs avec le remède que son auteur préconise à la place du concours. Tout d'abord la pléthore existe là comme ailleurs et la limitation y aura son effet utile. Quant à manquer de spécialistes, rassurons-nous. L'exercice des spécialités aura toujours des avantages, que je n'ai pas à énumérer ici et qui tenteront toujours une bonne partie des étudiants.

Passons à une autre objection plus sérieuse. L'auteur de l'article prétend qu'il serait injuste d'écarter par suite d'insuffisance à un concours de mémoire des jeunes gens aptes peut-être à devenir d'excellents médecins. On ne peut juger ces candidats qu'après des examens de médecine. Evidemment, la mémoire joue un grand rôle dans les concours ; mais une défaillance pourra être rachetée, car les candidats auront la faculté de se présenter plusieurs fois et il est bien difficile qu'un élève studieux échoue constamment. Quant à demander qu'un futur médecin ne puisse être jugé que d'après des examens de médecine, c'est demander le contraire de ce qui se passe partout ailleurs. Les candidats à Alfort n'entendent parler d'art vétérinaire qu'après leur entrée à l'école. Est-ce en interrogeant un futur St Cyrien sur l'allemand, le français, qu'il montrera son aptitude à commander plus tard une compagnie ? Les Bordachiens arrivent sur leur bateau sans savoir s'ils n'auront pas le mal de mer toute leur vie. Ne demandons pas l'impossible et par des scrupules exagérés que nous serions seuls à avoir, n'arrêtons pas la seule réforme capable de sauver le corps médical du péril qui le menace.

Après avoir exécuté le concours, le Dr Ausset en arrive au grand remède, selon lui, de l'encombrement, qui est « la limitation par les examens de médecine ». Les étudiants ne seraient examinés que deux fois l'an, par un corps examinant très sévère distinct du corps enseignant. Les échecs répétés entraîneraient des reculs et feraient recommencer les examens précédents. Ce serait le supplice du rocher de Sisyphe.

Un corps examinant n'aurait pas, dit notre confrère, pour les candidats, les mêmes faiblesses que le corps enseignant disposé à ménager des futurs confrères susceptibles d'envoyer plus tard des clients. Et pourtant il existe un corps enseignant qui n'a rien à espérer et qui fait passer les examens avec le désintéressement le plus complet. C'est celui du P. C. N. composé de professeurs de la Faculté des sciences. Néanmoins, le P. C. N. arrête le flot des futurs carabins à la façon d'une écumoire. Il retarde les mauvais élèves, il ne les arrête pas. Et il en sera de même pour tous les examens de médecine.

M. Ausset ne veut pas d'un concours qui écartera — peut-être — deux ou trois candidats sérieux, et c'est le cas de tous les concours. Mais comme il faut tout de même lutter contre l'encombrement, notre confrère remplace ce concours par des éliminations successives. Au lieu d'un unique concours, il nous offre un concours permanent et sévère puisqu'il nous promet un déchet de 25 %. J'admets que les études doivent être sanctionnées par des examens sérieux, et dans les grandes écoles, quelques rares élèves mordent la poussière tous les ans ; mais c'est l'exception. Pourquoi ! parce que, issus d'un concours, les bons élèves y forment l'immense majorité et les défaillances y sont rares. Avec le système du Dr Ausset, qu'arrivera t-il ? Ou bien la Faculté sera impitoyable et les charrettes succèderont aux charrettes ; il faudra, bon gré malgré, éliminer 25 % des élèves ; et comme le piston, les influences, les camaraderies s'uniront pour sauver quelques mauvaises recrues, j'ai bien peur que des innocents fassent les frais de la réforme. Ou bien, ce qui est probable, personne n'osera dire à ces étudiants : « Vous faites de la médecine depuis 4, 5, 6 ans, vos examens ne sont pas bons, allez-vous en. » Et entre parenthèses, je ne crois pas beaucoup me tromper en avançant que ces expulsés de la Faculté iraient renforcer l'armée des illégaux. Les examinateurs les plus féroces renonceront à faire fonctionner cette guillotine sèche. Comme maintenant, ils auront pitié, parce que, de gaieté de cœur, on ne peut jeter à la rue des gens que l'on a laissé entrer chez soi. Il eût été plus honnête de leur fermer la porte, et ce sera précisément là le but du concours.

— Quelques confrères, amoureux du paradoxe sans doute, prétendent que l'encombrement n'existe pas (*Concours* du 20 février 1910).

Je découpe à leur intention l'entrefilet suivant :

« Rodez, 18 février. Par dépêche de notre correspondant particulier. Le tarif des médecins de Millau ayant paru trop élevé aux mutualistes de cette ville, ceux-ci ont fait venir de Nancy et de Montpellier deux docteurs qui ont accepté des honoraires plus réduits. » *Journal* du 19 février 1910.

Si l'encombrement n'existait pas, des docteurs viendraient-ils pour un salaire dérisoire se mettre en tutelle et enlever le pain de leurs confrères ?

A propos de l'encombrement médical

Bourg, le 21 février 1910.

Mon cher Boudin,

J'ai lu hier avec une certaine surprise dans le *Concours* un article signé Dr Gaupillat, oculiste à Chalon-sur Saône. Quelle curieuse opinion.

Ce confrère ne doit avoir qu'une bien vague notion de la clientèle de campagne ou de petite ville et il me paraît ou bien jeune ou bien.... ancien.

L'Etat, nous dit-il, dépense beaucoup d'argent pour que les Français soient soignés. C'est peut-être vrai ; mais que le dit Etat commence par empêcher les dits Français de se laisser estropier par les rebouteurs, sorciers, pharmaciens, etc., et les Françaises par les soi-dis ant sages-femmes avorteuses tolérées, sinon encouragées. Il ne fera qu'user de son droit et remplir son devoir vis-à-vis des fils de bourgeois dont la profession médicale est loin de remplir aujourd'hui l'escarcelle. Cette profession devenant plus lucrative, cessera d'être le monopole des fils de bourgeois et deviendra accessible aux fils des pauvres ouvriers.

Quant à la dentisterie, je connais pas mal de dentistes de petites villes et je ne crois pas, quoi qu'en dise le Dr Gaupillat, qu'il y en ait beaucoup qui gagnent de 10 à 30.000 francs. Quant à ceux des grandes villes, la plupart des heureux qui récoltent les gros honoraires sont docteurs tout comme nous et rentrent dans les 20.000 fils de bourgeois qui constituent le corps médical.

La suppression des dentistes ne portera donc que sur les petits dentistes de petites villes, ceux qui gagnent de 3 à 5000 francs, qui sont le plus grand nombre et se comptent par 10 ou 12 par département, je ne vois pas en quoi leur suppression permettrait de tripler le nombre des médecins de campagne.

Cete suppression des dentistes considérée comme la panacée à l'encombrement médical ne m'enthousiasme pas, d'autant plus que si le confrère Gaupillat avait une plus profonde connaissance de la clientèle de campagne, il saurait :

1° Que le paysan ne sera pas mieux soigné quand il sera à 5 kil. qu'à 10 de son médecin ;

2° Qu'il ne le fera pas appeler plus souvent, car ce n'est pas dans sa mentalité.

Du reste, tous nos confrères de campagne savent qu'ils ne sont pas appelés plus souvent dans les communes à 5 kil. que dans celles à 10 de leur résidence ;

3° Que le paysan ne fera soigner ses dents que lorsqu'elles ne seront plus traitables et ne réclameront que l'extraction.

Quant à l'ouvrier de ville, il n'a jamais hésité à faire appeler le médecin pour la bonne raison que ce n'est pas lui qui le paie, car la plupart font partie de sociétés de secours mutuels, et que l'Assistance médicale n'est pas faite pour les millionnaires.

Du reste quand il y aura trois fois plus de médecins, je ne vois guère ce qu'il y gagnera. Une diminution du prix de la visite, mais alors ?

Nous retombons dans l'encombrement. Quant au médecin qu'y gagnera-t-il ? Deux visites à 5 kil. au lieu d'une à 10. N'est-ce pas la même chose, avec l'ennui d'être dérangé deux fois au lieu d'une. C'est toujours 10 kilomètres à l'aller et 10 au retour, et vraiment je ne vois pas où est le bénéfice et en quoi je supprime cheval ou auto, puisque je fais le même trajet pour le même prix.

Donc je comprends de moins en moins.

Je sais bien qu'il y aura les dents à soigner.

Que peut bien rapporter la clientèle dentaire dans une population de 1000 ou 1500 habitants ? — 2 ou 3000 francs dit le Dr Gaupillat et il compte sur 5 consultations dentaires par jour, soit 1800 par an.

Je connais un confrère qui exerce dans une commune à 30 kil. de tout dentiste et qui fait un peu de dentisterie. Ce confrère m'a dit plusieurs fois : « Les dents me paient mon permis de chasse ! ». Et il a tout un outillage spécial et une certaine habitude qui ne s'acquiert peut-être pas du jour au lendemain.

Je n'insiste pas, il y en aurait encore bien à ajouter, et d'après ces quelques réflexions que je t'envoie à la hâte, tu trouveras certainement une réponse à faire à cet excellent Gaupillat qui me paraît quelque peu extravagant.

Bien cordialement à toi.

Dr Servas.

L'organe et la fonction.

Hautefort (Dordogne), 20 février 1910.

Monsieur et cher Confrère,

On reproche aux vieux d'avoir quelquefois des « toquades » ; mais si j'en juge par moi-même, je crois que ce travers n'est pas l'apanage d'un âge avancé. Aussi, m'excuserez vous de vous faire connaître le mien, à l'occasion d'un de vos intéressants articles du *Concours médical*, et verrez-vous plutôt dans ma lettre la satisfaction de la « marotte » soulagée.

A tort ou à raison, selon moi à raison, je ne puis, sans protester, lire ou entendre le cliché classique : *la fonction crée l'organe* (voir *Journal des praticiens*, 1908, pages 640 et 703) ou des expressions analogues qui s'inspirent visiblement de la première, car j'estime que ceux qui l'emploient, mettent « la charrue avant les bœufs. »

Or, je trouve, mon cher confrère, dans votre article du 30 janvier dernier la phrase suivante :

« Il y a là une manifestation médico-sociale qui naît, une fonction qui se forme, elle exige la création d'un organe pour la remplir. »

De quelle fonction, de quel organe est-il question ?

Si j'ai bien compris, l'organe c'est la clinique ouvrière syndicale ; la fonction, ce sont les services que le médecin doit rendre à l'ouvrier atteint dans sa santé et dans ses intérêts.

Ces services, le médecin ne pourra les rendre d'une façon complète sans la clinique spéciale :

l'existence de celle-ci est donc indispensable à la réalisation de ceux-là.

J'en conclus, ici comme ailleurs, que l'on parle au propre ou au figuré, que l'organe précède la fonction.

Aussi, si vous le voulez bien, en changeant peu de chose à l'ordonnance de votre phrase, et sans en modifier le sens, pourrait on dire :

« Il y a là une manifestation médico sociale qui naît : elle exige la création d'un organe pour remplir cette fonction nécessaire. »

Encore une fois, excusez-moi, mon cher confrère, de venir vous importuner de ce détail au milieu de vos occupations si multiples et d'une portée autrement pratique.

Néanmoins, si vous estimez que j'ai complètement tort, je vous serais reconnaissant de me le dire d'un mot.

Recevez, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

V. Lachèse.

BIBLIOGRAPHIE

Pr Albert Robin et Dr Paul Dalché. — **Gynécologie médicale. Traitement médical des maladies des femmes**, 3e édition, revue et augmentée. (1 vol. 560 pages. Vigot frères, éditeurs. Paris, 1909. Prix : 12 francs).

Cet ouvrage très intéressant et fort bien compris étudie successivement les « fausses utérines », la menstruation normale et les accidents, les différentes maladies du tractus génital de la femme. Il montre que l'intervention chirurgicale, si perfectionnée de nos jours, si utile et même indispensable pour de nombreux cas, ne doit pas être considérée comme l'unique ressource dont puisse disposer l'art de soulager et de guérir. En *gynécologie*, le rôle de la thérapeutique médicale demeure considérable, et la lecture de l'œuvre due à MM. A. Robin et P. Dalché nous montre que le médecin est largement armé pour accomplir, en cette matière, une œuvre utile aux malades.

M. Lachaud, député de la Corrèze. — **Pour la Race (Notre Soldat : La caserne)**. Un vol., 580 pages. M. Lavauzelle, éditeur. Paris, 1909. Prix : 5 fr.

L'auteur s'efforce d'émouvoir l'opinion publique et de démontrer que la diminution de notre natalité et de nos qualités de race a sa principale cause dans la mauvaise hygiène de nos casernes. Les contingents militaires diminuent, le nombre des réformés s'accroît sans cesse ; dans quinze ans nous ne pourrons plus tenir nos régiments au complet, même sur le pied de paix.

Le mal n'est pas sans remède : tout d'abord que l'éducation physique soit rendue obligatoire dans tous les établissements scolaires ; qu'on modifie nos casernes, où trop d'hommes sont agglomérés. Il faut ensuite augmenter notre corps de médecins militaires, leur retirer une administration qui les absorbe ; enfin l'hygiène de nos troupes doit être organisée.

Le Dr Lachaud, envoyé en mission d'études à l'étranger par le ministre de la guerre, décrit, pour notre grand profit, ce qu'il a vu en Suisse, en Belgique, en Hollande, en Angleterre. L'Allemagne lui a rigoureusement fermé les portes de ses casernes.

Diagnostic et traitement des maladies du nez par le Dr J. Garel. (3e édit. Vigot frères, éditeurs, Paris.)

Excellent petit ouvrage écrit par un spécialiste dont les travaux font honneur à la rhinologie française. Dans ce manuel, l'auteur passe en revue, sous une forme succincte mais complète, les principales questions rhinologiques : méthodes d'examen, séméiologie générale, affections des fosses nasales, du naso-pharynx, des sinus, etc. La partie thérapeutique y est, avec raison, plus particulièrement développée et l'on trouve, à propos de chaque maladie, un véritable luxe de traitements.

En somme, bon manuel dont la lecture doit être recommandée au praticien qui désire acquérir une teinture générale de la spécialité rhinologique et de ses méthodes.

REPORTAGE MÉDICAL

Nominations. — Deux nouveaux professeurs à la Faculté de Médecine de Paris : le professeur Widal (pathologie interne) et le professeur Achard (pathologie générale).

Le V. E. M. de 1910. — Voilà trois ans que ces lettres fatidiques, si appréciées de nos confrères, ont disparu de notre rubrique.

Les voyages d'études médicales aux stations hydro-minérales françaises ont été interrompus depuis l'excursion qui s'est dirigée vers les Vosges et le Jura en 1907.

Le docteur Carron de la Carrière a décidé la reprise du cycle, deux fois arrêté par suite des congrès coïncidant avec la date habituelle des voyages, et le V. E. M. de 1910 se fera pendant la première quinzaine de septembre.

Dès aujourd'hui nous pouvons faire savoir à ceux de nos lecteurs, désireux de consacrer leurs vacances à ces instructives et charmantes balades que l'on se dirigera vers la Savoie et le Dauphiné. Ces admirables régions, les plus belles de la France, possèdent dans leurs vallées profondes, leurs gorges sauvages, et aux bords de leurs lacs poétiques, des stations de cure de tout premier ordre.

C'est dire que le V. E. M. 1910 unira à l'agrément d'un voyage dans les hautes montagnes du Dauphiné et de la Savoie les avantages d'une documentation utile sur les ressources balnéaires et physiothérapiques de stations connues.

L'organisation matérielle du voyage est confiée à M. Henri Heuze, dont la grande expérience a triomphé des difficultés techniques rencontrées dans la conduite des caravanes médicales qui, pendant 9 ans déjà, ont sillonné la France sous sa conduite.

Dès que le programme définitif du V. E. M. sera arrêté, nous nous ferons un plaisir de renseigner nos lecteurs sur tous les détails du voyage projeté pour septembre 1910. (*Le Scalpel.*)

Physiothérapie (*Cours de vacances du 8 au 20 avril. Ecole des Hautes Etudes sociales, 16, rue de la Sorbonne.*— Le cours de Physiothérapie est divisé en deux séries de 20 leçons. Le prix de chacune des séries de 20 leçons est de 50 fr.

On peut s'inscrire pour une série ou pour les deux chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine ; chez le Dr Albert Weil, 21, rue d'Edimbourg ou chez le Dr Durey, 16, rue de Logelbach.

Les cours sont divisés de la façon suivante :

Série A.— *Electrothérapie* (dix leçons) : *Dr Albert Weil*, rédacteur en chef du *Journal de Physiothérapie*.— *Radiumthérapie* (trois leçons) : *Dr Domicini*, ancien interne des hôpitaux.— *Photothérapie* (une leçon) : *Dr Degrais*, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.— *Radiothérapie* (trois leçons) : *Dr Albert Weil*.— *Hydrothérapie* (trois leçons) : *Dr Sandoz*.

Série B.— *Massage en général et Massage des membres* (sept leçons) : *Dr Durey*, assistant de physiothérapie du *Dr Tuffier* à l'hôpital Beaujon.— *Massage viscéral* (trois leçons) : *Dr Cautru*, ancien interne des hôpitaux.— *Massage de la face* (une leçon) : *Dr Raoul Leroy*.— *Kinésithérapie gynécologique* (deux leçons) : *Dr Wetterwald*, secrétaire général de la Société de Kinésithérapie.— *Gymnastique* (trois leçons) : *Dr Desfosses*, chirurgien du Dispensaire de la Cité du Midi.— *Rééducation* (une leçon) : *Dr Kouindjy*, chargé du Service de rééducation à la Salpêtrière.— *Mécanothérapie* (trois leçons) : *Dr Kruger*, directeur de l'Institut Zander, de Paris.— *Méthode de Bier* (une leçon) : *Dr Durey*.

Les cours de la série A ont lieu à 6 heures, ceux de la série B à 5 heures. Les jours où les cours ont lieu dans des hôpitaux ou des Instituts, leur horaire est avancé ou reculé d'une demi-heure au moins pour que les élèves d'une série puissent néanmoins suivre les cours de l'autre série.

Les élèves régulièrement inscrits à l'une des deux séries, sont invités à six conférences sur les grandes indications diététiques, climatiques et hydrologiques faites par M. *Bardet*, secrétaire général de la Société de thérapeutique, M. *Martinet*, ancien interne des hôpitaux et M. *Schlemmer*, président de la Société d'hydrologie, médecin-consultant au Mont-Dore.

Ils peuvent prendre part à l'excursion organisée à Vichy avec le concours de la Société Fermière.

Protestation.— La date du 3e Congrès international de la Protection de l'Enfance (Gouttes de Lait), qui devait avoir lieu à Berlin en 1910, ayant été modifiée et reportée à l'année 1911 par les Allemands pour des raisons de convenance purement personnelle, le Comité national français a, dans sa séance du 31 octobre 1909, voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant que nous sommes priés de communiquer à nos lecteurs :

« Etant donné l'article VI des statuts de l'Union internationale pour la Protection de l'Enfance du premier âge ;

Etant donnée la décision prise par le Congrès de Bruxelles, dans sa séance de clôture du 16 septembre 1907, décision qui fixait la date du prochain Congrès en 1910 à Berlin ;

Etant donné qu'il y a déjà, en 1911, plusieurs Congrès se rattachant à la Protection du premier âge ;

Regrette que l'Allemagne, pour des intérêts particuliers, ait demandé de reculer d'une année le prochain Congrès, et ait même refusé de recevoir à Berlin le Congrès, au cas où le Comité français n'accepterait pas la nouvelle date proposée ;

Proteste contre cette prétention ;

Décide toutefois, pour sauvegarder les intérêts scientifiques et humanitaires représentés par l'Union internationale pour la Protection de l'Enfance du premier âge, de prendre part officiellement au Congrès de 1911, à la condition qu'il ait lieu pendant la période des vacances, c'est à dire en août ou septembre. »

Les Archives médico-chirurgicales de Province. (15 *bis*, rue d'Alsace-Lorraine, à Poitiers).— C'est sous ce titre que paraissent depuis 1909, les *Archives médico-chirurgicales du Poitou*. Cette revue mensuelle de 40 pages est publiée par un groupe de médecins distingués de province, dont certains comptent parmi nos correspondants et nos collaborateurs.

La revue de janvier publie un certain nombre d'articles originaux, et donne une importante place à la Bibliographie et aux Analyses. Les rédacteurs y font une sélection minutieuse et éclairée, dans le dédale des publications médicales de tout ordre et de toute valeur, de tout ce qui peut être intéressant ou utile pour le praticien de province.

En un mot les *Archives médico-chirurgicales de province* font œuvre utile et nous leur souhaitons tout le succès qu'elles méritent.

Relèvement des honoraires médicaux. — Les résolutions suivantes ont été adoptées par le syndicat médical de l'arrondissement de Caen :

1° Le minimum de la visite de jour est fixé à 3 francs. Pour les classes aisées, bourgeois et commerçants, le prix minimum de la visite est fixé à 4 ou 5 francs, suivant les cas.

Pour les propriétaires, gros industriels et gros commerçants, le prix minimum au-dessus de 5 fr. est laissé à la discrétion du médecin.

2° Toute visite d'urgence, c'est-à-dire celle qui nécessite le déplacement immédiat du médecin et interrompt par conséquent l'ordre de sa journée, sera majorée de 2 francs.

Il en sera de même pour les visites demandées par le client entre 7 heures et 10 heures du soir.

3° Les visites de nuit, c'est-à-dire celles qui seront comprises entre 10 heures du soir et 7 heures du matin, seront comptées doubles.

Ces résolutions, suivies des noms des membres du syndicat habitant Caen, ont été, comme cela avait été également décidé, portées à la connaissance du public par les journaux locaux.

C'est la tache d'huile qui s'étend progressivement partout. Puisse-t-elle rapporter au corps médical le légitime profit auquel il doit prétendre.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs JACQUIN, d'Homécourt (Meurthe-et-Moselle) ; AUDUREAU, de Cognac (Charente) ; CHOUTET, de la Celle-St-Cyr (Yonne) ; DEFOUILLOY, de Lécluse (Nord) ; FLEUR, de Montereau (Seine-et-Marne) ; DEFAUX, de Puteaux (Seine) et BERNE, de Paris, membres du « Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
13, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 12 Dimanche 20 MARS 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

Association générale des médecins de France
Réponse du Conseil général à la demande d'affiliation de la Société Métropolitaine..... 243
Société civile du Concours médical
Séance du Conseil du 10 mars..... 245
Propos du jour
Appel en faveur du Congrès des praticiens du 7 avril 1908..... 246
Clinique gynécologique
Diagnostic des corps fibreux de l'utérus..... 248
Pratique médicale
La transfusion directe du sang..... 250
La semaine médicale
La hernie et les accidents du travail. — L'origine dentaire de la pelade..... 251
Revue des sociétés savantes
Le diabète pancréatique. — La réaction de Wassermann dans la syphilis au point de vue diagnostique, pronostique et thérapeutique. — Hydarthrose périodique. — Anaphylaxie pulmonaire..... 252
Formulaire raisonné
La digitale..... 254
Thérapeutique
Sur le phlegmon du creux ischio-rectal..... 255
La réforme des études médicales
La crise médicale..... 256
Chronique des accidents du travail
Querelle d'assureurs. Battus et mécontents..... 257
Jurisprudence médicale
Le médecin de l'assistance est responsable des honoraires des soins donnés à l'indigent pendant son absence. 260
Sou médical
Séances du 24 février 1910 et du 3 mars 1910..... 261
Correspondance
Les syndicats et le sou médical..... 262
Reportage médical..... 263
Nécrologie..... 264

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS

DES MÉDECINS DE FRANCE

Paris, le 11 mars 1910.

A Monsieur le Docteur H. Jeanne, Directeur du *Concours Médical*, Président de la Société Métropolitaine, Secrétaire de l'Association Amicale.

Très honoré Confrère,

Le Conseil général, dans sa séance du 10 mars, nous a chargés de répondre à l'article « Referendum » paru dans le *Concours médical* du 27 février 1910, et de vous demander l'insertion de cette réponse aux inexactitudes et aux critiques injustifiées que contient cet article. Bien qu'en réalité notre réponse soit faite pour tous les cosignataires de la lettre, permettez-nous, afin de la rendre plus claire, de nous adresser personnellement à vous.

Puisque les Conseils d'administration de l'Association amicale des médecins français et de la Caisse des Pensions de retraite ont cru bon d'organiser un Referendum sur la question de l'agrégation de la Société dite « Métropolitaine », il est nécessaire de préciser un peu les raisons qui ont amené le Conseil général à refuser cette agrégation.

N'est-ce pas par erreur que cet article est signé, non seulement par le Conseil d'administration de l'Association amicale des médecins français, mais aussi par le Conseil d'administration de la Caisse des Pensions de retraite : nous avons la preuve que ce dernier Conseil n'a pas été consulté, ou tout au moins que plusieurs de ses membres n'ont connu l'article qu'après sa publication ? C'est là sans doute encore un des méfaits de la « hâte excessive » avec laquelle les Directeurs de l'Amicale ont récemment voulu imposer le fait accompli de la création de la Métropolitaine.

S'ils avaient attendu quelques jours de plus, ils auraient su pour quels motifs, le 17 février dernier, dix jours avant la publication de l'article du *Concours médical*, le Conseil général avait voté un ordre du jour qui a été adressé à M. le Dr Jeanne, à la date du 23 février. Il serait assez extraordinaire que M. le Dr Lande, président du Conseil d'administration de la Caisse des Pensions de retraite, qui assistait à la séance du Conseil général du 17 février, qui a pris part au vote,

n'ait pas avisé ses co-signataires de la décision prise.

Il semble dès lors tout à fait incompréhensible que vous ayez cru nécessaire de discuter en termes amers les différentes hypothèses qui pouvaient être émises sur le vote futur du Conseil général, qui était une réalité huit jours avant que vous ayez donné le bon à tirer de votre article.

Examinons les faits avec sang-froid : le Conseil général, saisi d'une demande d'agrégation d'une société nouvelle, chargea une commission d'étudier la question.

La Commission fut d'abord unanime pour reconnaître l'impossibilité de consulter les Sociétés locales par la voie ordinaire, ce qui aurait remis la solution de la question au mois d'avril 1911. Le Bureau de la Métropolitaine manifestait le désir d'avoir une solution rapide ; il ne semblait pas confraternel d'ajourner à plus d'un an la réponse à faire ; ce qui ne vous empêche pas d'écrire qu'on « décide de recourir au maquis de la procédure », c'est-à-dire d'ajourner à 15 mois une réponse qui vous a été donnée aussi rapidement que possible. D'ailleurs, la solution de cette question étant réservée au Conseil général, les Sociétés locales n'avaient pas à être consultées. Fallait-il consulter les bureaux des Sociétés et l'Assemblée générale de 1910 ? Un membre — de ce que vous appelez la minorité du Conseil — fit observer avec raison qu'il n'était guère possible de demander l'avis de l'Assemblée générale et de ne pas le suivre ; et que par conséquent, si le Conseil général avait une opinion ferme, mieux valait prendre la décision tout de suite. C'est à cet avis — contraire à celui qui avait été adopté par la commission — que s'est rallié le Conseil général dans sa séance du 17 février.

La décision est prise, elle ne vous agrée pas : pour la combattre, sans attendre les raisons qui vous sont données dans l'ordre du jour que vous avez reçu le 24 février, vous affirmez que la seule raison qui a décidé la réponse du Conseil général est que les membres de la Société centrale, qui constituent « pour les cinq sixièmes » le Conseil « ne veulent voir dans la Société nouvelle qu'une machine de guerre dirigée contre eux »

Il y a là une erreur matérielle et un fâcheux procès de tendance. Les statuts de l'A. G. stipulent que les 2/3 des membres du Conseil général doivent résider à Paris. Or, sur les 40 membres du Conseil, 16 ne font pas partie de la Société centrale (1).

Vous semblez ignorer que, spontanément, depuis deux ou trois ans, tout en observant le règlement, le Conseil général, pour faire la place la plus large possible aux sociétés départementales, a suscité les candidatures de confrères, tels que MM. Lubet-Barbon, Magnin, qui habitent Paris, mais qui font partie d'autres Sociétés que la Société centrale.

Vous méconnaissez les raisons qui ont guidé le Conseil général dans son vote en les réduisant à une seule : l'hostilité que peut avoir la Société centrale contre la nouvelle société. La question est plus vaste et intéresse toutes les Sociétés locales.

Agréger la Métropolitaine, c'est contribuer à l'émiettement et à l'affaiblissement des Sociétés locales en créant un précédent qui permettrait dans chaque département la constitution de plusieurs sociétés : c'est leur enlever le droit — dont elles sont jalouses — de ne laisser entrer à l'A. G., que les confrères qu'elles en jugent dignes.

Quoi que vous en disiez, en refusant l'agrégation de la Métropolitaine, le Conseil général s'est élevé au-dessus d'une question locale et a envisagé la répercussion que pourrait avoir cette affiliation sur l'avenir des Sociétés locales.

Vous déclarez que le contrat qui lie les Caisses annexes et l'A. G. ne doit pas être influencé par des considérations étrangères à l'objet des Sociétés de secours mutuels. Vous avez raison ; mais en quoi le contrat a-t-il été faussé ? Est-ce que jamais, lorsqu'il s'est agi de payer la cotisation d'un membre des filiales, le Conseil général s'est enquis de savoir s'il appartenait ou non à une Société commerciale ? L' A. G. reste fidèle au contrat qu'elle a signé, tandis que le Président de l'Amicale a déclaré qu'il était prêt à le rompre en admettant — contrairement aux engagements pris — des confrères qui ne sont pas membres des Sociétés locales.

Vous déniez à une Société locale le droit, en refusant un candidat, de l'empêcher d'entrer dans une filiale « qui veut bien l'accepter » ; vous semblez ignorer que ladite filiale a signé une convention par laquelle elle s'interdit de recevoir un candidat qui n'a pas été préalablement admis à l'A. G. Ce contrat n'aurait jamais été approuvé par les délégués des Sociétés locales s'il avait eu pour conséquence d'obliger ces Sociétés à recevoir tous les médecins parce qu'ils étaient candidats à l'une ou l'autre des caisses annexes.

S'il fallait vous en croire, le refus d'admission par deux Sociétés locales de deux ou trois confrères faisant acte de candidature à l'Amicale causerait à celle-ci un grave préjudice ! Et vous osez risquer une pareille affirmation au moment même où le dévoué trésorier de l'Amicale, notre collègue Gassot vient (*Concours médical*, 20 février 1910) — avec chiffres à l'appui — de montrer combien cette très utile Association était prospère.

Dans l'unique question que vous soumettez au referendum des membres des deux filiales, vous demandez s'il y a lieu de faire appel du refus d'agrégation de la Métropolitaine devant l'Assem-

(1) Parmi les 26 membres faisant partie de la Société Centrale, 4 appartiennent en même temps à une autre Société locale, l'un d'eux en est même le président.

blée générale, « même si on prévoit qu'un ordre du jour portant blâme ou défiance atteindra le Conseil général et amènera sa démission. »

Admettons — ce qui est possible — surtout après un referendum dans lequel les confrères consultés sont aussi mal renseignés que ceux qui n'auront lu que le *Concours médical* du 27 février, que vous déposiez un ordre du jour de blâme ou de défiance à l'égard du Conseil général, que cet ordre du jour soit voté à une forte majorité : vous en concluez que le Conseil général en sera atteint et donnera sa démission. Une Assemblée générale de l'A. G. n'est pas une Chambre des Députés qui, par un simple vote, peut renverser son ministère ; elle a le pouvoir de renouveler partiellement chaque année, par cinquième, les membres du Conseil ; elle n'a pas celui, même par des votes de défiance, de forcer les membres du Conseil général ou les membres du bureau à quitter leur poste s'ils jugent de leur devoir d'y rester.

Veuillez croire à l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Le Trésorier :
Dr Ch. Darras.

Le secrétaire général :
G. Lepage.

Le Président ;
L. Lereboullet.

Nous nous sommes empressés d'insérer et en bonne place la lettre qu'on vient de lire.

Négligeant le ton un peu vif des termes dans lesquelles on la trouvera conçue, nous ne l'accompagnons ni de réponse, ni de commentaires, car tout nous prouve que, pour nos lecteurs, la cause est entendue, jusques et y comprise la résolution du Conseil de l'A. G. de fermer crânement l'oreille à un ordre du jour de défiance ! O ma chaise curule ! ! !

La Direction du Concours.

SOCIÉTÉ CIVILE DU " CONCOURS MÉDICAL "

SÉANCE DU 10 MARS 1910

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne, Divernneresse, Noir, Boudin.

Excusé : M. Cézilly.

Le Conseil prend connaissance des résultats du Referendum aux membres de l'*Amicale-Maladie* et de la *Caisse des Pensions*. Il enregistre, d'autre part, les renseignements nombreux qui lui arrivent au sujet des efforts faits par les Bureaux de certaines Sociétés locales dans le but d'amener celles-ci à revenir, par voie indirecte, sur les votes acquis, au sujet de la fameuse participation à des Sociétés commerciales, les résultats de ces votes ayant été le désaveu, à la quasi-unanimité, de l'attitude de magister prise et conservée avec obstination par le Conseil général de l'A. G.

Il constate que ces efforts ont abouti à la division redoutée du corps médical en deux parties, l'une ancrée dans les routines de l'autre siècle, autoritaire et individualiste, l'autre bien décidée à faire de la solidarité égalitaire en respectant le domaine de la conscience individuelle.

Il décide qu'ayant épuisé tous les moyens de conciliation pour éloigner la crise actuelle, il ne peut plus différer de se ranger nettement du côté des hommes soucieux du présent et de l'avenir, des vues, intérêts et besoins actuels et futurs de la masse des praticiens, contre ceux qui ne peuvent appuyer leur culte du passé que sur du pharisianisme démodé.

Nos Comités départementaux.

Le Conseil décide que, pendant la durée du Congrès des Praticiens, l'organisation des *Comités départementaux de propagande* sera continuée activement par MM. Boudin et Jeanne, de concert avec ceux des délégués dont le zèle connu est le meilleur titre à l'admission dans ces Comités.

Nos revendications législatives.

Le Conseil estime que le présent procès-verbal doit rappeler aux lecteurs du *Concours* que le moment est venu de demander aux candidats à la députation des engagements précis et publics sur les conclusions que le Dr Vimont fit voter à nos Assemblées générales.

Il prend connaissance à ce sujet des bonnes feuilles d'un livre qui va paraître prochainement et qui traite à fond l'une des questions d'actualité des programmes électoraux, la réforme de l'assurance et les solutions qu'elle comporte. Il remercie M. le Dr Laurent (de Roanne), député de la Loire, et M. le Dr Sireyjol, député de la Dordogne, de l'effort qu'ils viennent de tenter en faveur du libre choix des assistés, par amende-

ments proposés à la loi de finance : les tentatives de ce genre n'obtiennent jamais le succès dès le premier jour, mais elles le préparent pour un avenir prochain.

Notre participation aux œuvres diverses.

MM. Noir, Boudin, Diverneresse et Jeanne relatent avec détails leur participation aux premiers actes de la *Caisse de Secours immédiat* et de la *Fédération médicale parisienne* et reçoivent approbation entière.

Conformément à la décision de l'Assemblée générale, il est voté une subvention de 100 fr. au Congrès des Praticiens de Paris, c'est-à-dire somme égale à celle qui fut versée au Congrès de Lille.

Les propharmaciens.

Le Conseil estime que la question est posée d'une manière trop étroite et qu'il convient que la révision de la loi de Germinal soit discutée dans toute l'ampleur qu'elle comporte, avec le seul souci des idées de liberté d'une part et, d'autre part, des nécessités de la protection de la santé publique.

Le Conseil maintient d'ailleurs le programme qu'il a dès longtemps formulé et dont les conclusions ont été reprises récemment par le Dr Duchesne : diplôme unique et liberté pour tous.

Le danger syndical.

Le Conseil constate par l'examen d'incidents innombrables connus de lui depuis deux ans, que les groupements syndicaux qui marchent sans user des sanctions, aux jours de défaillance individuelle, sont devenus un véritable danger pour la solidarité dans la défense professionnelle et ont créé de graves et regrettables divisions.

Il décide qu'il convient de tracer à bref délai le programme de l'organisation réelle du vrai syndicalisme médical en France, organisation sans laquelle on restera dans une agitation anarchique stérile et dissolvante.

PROPOS DU JOUR

Appel en faveur du Congrès des Praticiens : Les trois raisons qui le rendent indispensable. — Encore les Concours de médecine : Au sujet d'un concours de chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Le Congrès des Praticiens approche ; il aura lieu les 7, 8 et 9 avril ; aussi croyons-nous devoir adresser en sa faveur un dernier et chaleureux appel à tous les praticiens de France.

Nous savons ce que l'on a objecté à ce troisième Congrès des Praticiens, dont la date paraît un peu trop rapprochée de celle du précédent : « Il ne faut pas, nous a-t-on dit, abuser des meilleures choses, même des Congrès, et l'on risque fort, en les répétant à profusion, de lasser les gens les plus fidèles et les plus zélés ». — « Aux séances du prochain Congrès, a ajouté un autre, les orateurs ne pourront guère que se répéter. Tout a été dit dans les deux derniers en ce qui concerne la médecine professionnelle, la réforme de l'enseignement et l'application du libre choix.

« Ne craignez-vous pas, a-t-on encore objecté, de voir adopter à la légère des vœux par un auditoire de rencontre très restreint, de laisser s'organiser des cabales pouvant provoquer par surprise des votes. Exploités par nos ennemis, ces votes pourront gêner plus tard l'action méthodique et réfléchie de nos groupements organisés de défense professionnelle ? »

Dans toutes ces réflexions, il y a certainement un faible part de vérité, mais nous y trouvons autant de raisons pour engager très vivement nos dévoués syndicalistes à ne pas se désintéresser du IIIe Congrès des Praticiens.

D'ailleurs, ces inconvénients ne sont rien à côté de l'intérêt que présentera cette assemblée si l'on considère l'époque critique où elle se réunira.

Il n'y a pas lieu de réfléchir beaucoup pour découvrir toute l'importance que peuvent et doivent avoir nos prochaines grandes Assises professionnelles.

Elles se tiendront la veille de la réunion de l'Assemblée des délégués de l'Association générale de Prévoyance et de Secours Mutuels des médecins de France, et tous les praticiens savent ce que doit être cette Assemblée. Des résolutions graves y seront prises ; d'elles, dépendront les destinées de la Mutualité dans le corps médical.

L'Association générale continuera-t-elle à se cantonner dans ses habitudes surannées et dans ses tendances rétrogrades ? Se bornera-t-elle toujours à élire une sorte de Conseil des Censeurs qui, disposant des revenus de millions lentement amassés, distribueront comme par le passé à l'un le blâme déontologique, à l'autre l'aumône parcimonieuse ?

Ou secouant hardiment cette poussière de fausse charité qui, depuis un demi-siècle souille d'une couche épaisse son manteau protecteur, reconnaîtra-t-elle la nécessité d'entrer hardiment dans la voie de la véritable prévoyance, de la solidarité utile et féconde ?

Reconnaîtra-t-elle qu'il est honteux pour elle de laisser à d'autres groupements le soin de prendre toutes les initiatives utiles et généreuses et de

n'y concourir tardivement que contrainte et forcée (1).

Pour assister de près ou de loin à cette crise de la Prévoyance et de la Mutualité médicales, il n'y aura jamais à Paris assez de confrères.

En outre, le prochain Congrès se tiendra durant la période électorale législative. Le moment n'est-il pas prospice pour faire entendre puissamment la voix des Praticiens ?

Les médecins français n'ont-ils pas de bonnes raisons pour faire connaître à nos futurs législateurs, avant les élections, qu'ils ne sont pas tout à fait satisfaits de leur sort en leur disant pourquoi ?

En vrais syndicalistes, nous sommes plus enclins à compter sur notre action directe que sur le bras séculier de l'Etat et la Législation du Parlement ; mais si nous sommes convaincus que nous arriverons un jour à organiser notre profession nous-mêmes et à imposer par nos propres forces notre volonté, nous ne sommes pas assez doctrinaires pour refuser dès aujourd'hui l'avance que quelques bonnes dispositions législatives pourraient donner à l'évolution que nous souhaitons à la profession médicale.

Enfin, il est une dernière bonne raison à donner en faveur du Congrès des Praticiens de 1910, il permettra, peu avant le Concours de l'Agrégation, de porter le coup de grâce à l'organisation archaïque de nos Facultés.

L'Agrégation, universellement bafouée, doit sombrer dans le ridicule. Il faudrait un nouveau Molière pour jucher sur les tréteaux de la Comédie les robes rouges et les toques dorées des Pontifes de notre siècle à côté des bonnets pointus de Thomas Diafoirus et de ses collègues.

Adhérez donc, Confrères, adhérez en masse au Congrès des Praticiens, il compte déjà plus de sept cents membres, presque tous provinciaux, ce qui lui assure un suffisant succès, mais nous voudrions voir par milliers les praticiens français s'y inscrire. Un voyage à Paris n'offre du reste rien de bien pénible au printemps, à la fin des vacances de Pâques, surtout quand ce voyage peut s'effectuer (ce que nous croyons probable), dans des conditions avantageuses et que les attractions de la Capitale viendront joindre leurs agréments aux utilités professionnelles.

***

Puisque l'Agrégation sera encore une des préoccupations du prochain Congrès des Praticiens, revenons sur cet inépuisable sujet des Concours de médecine. Ils détiendront toujours le record du favoritisme et de l'iniquité tant que les maîtres seront appelés dans les jurys à apprécier la valeur de leurs propres élèves. Tous ces passe-droits éhontés, ces intrigues sans vergogne, ces désignations des favoris élus avant même le début des épreuves, toute cette écœurante cuisine qui préside à l'élaboration de notre enseignement médical et donne la nausée aux gens les moins délicats, toutes ces choses-là, à notre avis, sont de très humaine nature et ne méritent guère de susciter de véritable indignation.

Qu'arrive-t-il, en effet ? Un maître, qui n'est pas toujours un surhomme, mais qui, peut, néanmoins, être un brave homme et se croit, à coup sûr, un honnête homme, a infusé pendant des années à quelques élèves favoris les doctrines qui lui sont chères et les préjugés auxquels il s'est, durant des années, laborieusement attaché. Ses élèves sont en quelque sorte ses fils intellectuels, ce seront les continuateurs de son œuvre, les propagateurs de ses idées. Un beau jour, un concours s'ouvre et le bonhomme est membre influent du jury ; il a le pouvoir de se choisir des collègues et des successeurs et il doit en conscience faire ce choix parmi les meilleurs. Et vous ne voulez pas admettre que cet homme puisse, avec une parfaite sincérité, donner la préférence aux enfants de sa pensée, et, à l'exemple du hibou de la Fable, trouver ses petits délicieusement parfaits?

Mais le contraire serait absolument contre nature. Il en sera toujours ainsi tant que les maîtres jugeront leurs propres élèves. Il est naïf de se plaindre de la partialité de ces concours.

On aurait pu croire que le mal du favoritisme ne sévissait guère qu'à Paris ; il s'étale, avec la même inconsciente naïveté partout où règne le même système. Nous en trouvons la preuve dans les derniers numéros du *Lyon médical*.

C'est sans le moindre étonnement que nous y avons lu un singulier compte rendu d'un concours de chirurgien des hôpitaux de Lyon. Un des membres du jury y fait, avec une sincérité qui désarme, l'éloge de son propre élève et y montre aimablement avec quelle facilité il écrase ses concurrents. L'heureux élu est, selon son maître, un vrai clinicien, il « a compris, dit-il, qu'il faut apprendre la chirurgie avant de vouloir la réformer ». On ne trouve point sa signature à chaque page « des innombrables publications hâtives qui encombrent et déconsidèrent notre littérature chirurgicale française ».

Nul plus que nous ne juge déplorable les publications hâtives qui déconsidèrent notre littérature médicale et chirurgicale française. Nul ne désire davantage voir en médecine et en chirurgie les saines lumières de la clinique dissiper « le facile mirage d'une vaine pathologie ».

Mais si nous écoutons un autre son de cloche, le dithyrambe, au moins surprenant, du maître, heureux du succès de son élève, pourrait se traduire, en termes plus vulgaires, de la façon suivante. Futurs candidats écoutez la leçon :

Messieurs, pour être favoris, soyez d'abord de bons jeunes gens bien sages. Gardez-vous des initiatives imprudentes qui peuvent, en annonçant un prochain talent, porter ombrage à la suscepti-

(1) Toutes les œuvres vraiment utiles aux médecins ont pris naissance en dehors de l'Association Générale, où nous n'avons vu naître aucune initiative ! Est-ce à elle que le corps médical doit l'Amicale-Maladie, la Caisse des retraites, l'Association Laloguey, l'Association confraternelle de médecins français, la Mutuelle médicale française des retraites, la Maison du médecin, dont nous saluons les brillants débuts, la Prévoyance médicale, les Caisses de secours immédiats, et bien d'autres ?

bilité du maître. Et bien qu'ayant depuis de très longues années abandonné la robe prétexte, sachez vous faire petits, bien petits ; évitez de publier des travaux originaux, évitez, surtout, de faire de la clientèle. Tout candidat sérieux doit être, en un mot, diplomate. A l'exemple de Sixte-Quint, pour attirer les suffrages, il faut faire montre d'une apparente faiblesse, quitte après le succès, à jeter au loin ses béquilles et montrer parfois qu'on est véritablement un homme.

Voilà toute la morale et toute la valeur des concours de médecine ; pour y réussir, il ne suffit pas de savoir, il faut encore savoir faire, il faut de la souplesse et de l'humilité. Par un travers très humain, les maîtres préfèrent relever volontairement la médiocrité jusqu'à eux que de reconnaître souvent la valeur de celui qui est capable de se rehausser par son seul et propre mérite.

J. Noir.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Hôtel-Dieu : Service de M. le Professeur Reclus

Diagnostic des corps fibreux de l'utérus.

(Conférence par M. Picquant, chef de clinique).

Je voudrais vous dire quelques mots sur les principaux signes des fibromes de l'utérus et sur les principales erreurs à éviter dans le diagnostic de cette affection.

On désigne, sous le nom de fibrome, des tumeurs *histologiquement* bénignes, constituées par du tissu musculaire, analogue aux fibres musculaires utérines, et du tissu conjonctif. Ces tumeurs, développées d'abord dans l'épaisseur de la paroi utérine pour constituer le fibrome interstitiel, peuvent rester dans cette paroi. Le plus souvent, elles tendent à faire saillie, soit en haut du côté de la cavité abdominale, soit en bas, du côté du vagin. Du côté abdominal, elles deviennent sous-péritonéales, quelquefois se pédiculisent. Du côté de la cavité utérine, elles deviennent sous-muqueuses et peuvent également se pédiculiser. Vous voyez qu'il existe ainsi trois grandes variétés de fibromes : interstitiel, sous-péritonéal (pédiculisé ou non) et sous-muqueux (pédiculisé ou non). Je ne considérerai aujourd'hui que le fibrome interstitiel et sous-péritonéal.

La femme atteinte de fibrome accuse généralement un certain nombre de symptômes fonctionnels qui sont de trois ordres : 1° des pertes, surtout hémorrhagiques ; 2° des douleurs ; 3° des accidents de compression.

L'hémorrhagie est le symptôme dominant. La femme raconte que ses règles sont plus abondantes, plus prolongées. Ces deux caractères : durée plus longue et abondance plus grande des règles, constituent le phénomène morbide appelé ménorrhagie. Dans la suite, si le fibrome tend à devenir sous-séreux et se pédiculise vers le péritoine, les ménorrhagies diminuent en général. Si, au contraire, la tumeur vient faire saillie vers la cavité utérine, les hémorrhagies augmentent de fréquence et apparaissent dans l'intervalle des règles, ce que l'on nomme métrorrhagies. Ces hémorrhagies, s'accompagnent parfois de pertes séreuses, moins importantes.

Les douleurs revêtent ordinairement un caractère bénin. La tumeur gêne par sa pesanteur. Lorsque le fibrome arrive à se dégager, il peut entraîner les douleurs de compression. Toutefois, les phénomènes douloureux les plus intenses sont ceux qui se produisent dans la forme pédiculisée sous-muqueuse, alors que l'utérus se contracte comme pour expulser la tumeur polypoïde contenue dans sa cavité.

Les symptômes de compression sont irréguliers et inconstants. Le fibrome développé en avant et enclavé peut comprimer la vessie, déterminer des troubles vésicaux, de la rétention d'urine. De même, le fibrome développé du côté du rectum, comprime celui-ci, donne des troubles de défécation. Mais, c'est surtout le fibrome latéral qui, par la compression de l'uretère, peut entraîner des accidents sérieux, susceptibles d'aboutir à l'urémie. J'insiste sur ces phénomènes de compression urinaire qui sont, je crois, une des complications les plus importantes des fibromyomes.

La femme atteinte de fibrome vient donc consulter en accusant des pertes sanguines, quelque fois des douleurs, plus rarement des accidents de compression. Cela suffit, évidemment, pour attirer l'attention du côté génital.

Le premier mode d'examen sera le palper abdominal. Ce palper fournira des renseignements importants lorsque la tumeur est volumineuse On trouvera une masse plus ou moins arrondie, plus ou moins mobile. Les renseignements sont beaucoup moins précis lorsque la tumeur est peu volumineuse.

Le second mode d'examen est le toucher vaginal. Pour le pratiquer, la première chose est de mettre la malade en bonne position. Vous devez savoir toucher des deux mains, car souvent vous aurez à examiner des femmes dont le lit est disposé pour toucher à gauche. En outre, les sensations sont parfois plus exactes lorsqu'on touche des deux mains. Dites à la patiente de se rapprocher du bord du lit, de fléchir les cuisses (pour relâcher la paroi abdominale) et de placer les poings fermés sous le sacrum. Vous touchez avec l'index enduit de vaseline, en ayant soin d'aller d'abord en arrière et de tomber dans le vagin en ramenant

le doigt d'arrière en avant. L'index ayant dilaté un peu le vagin, vous introduisez le médius : le toucher avec deux doigts est plus facile, et pas plus douloureux chez les multipares. Vous allez rencontrer le col de l'utérus. Je vous recommande de bien poser l'avant-bras horizontalement sur le plan du lit. Vous arrivez facilement sur le col. Recherchez s'il est bien placé et explorez les culs-de-sac. Au cas de fibrome interstitiel, vous constaterez que le col est un peu plus élevé. Au cas de fibrome bas situé, vous pourrez avoir des renseignements intéressants. Vous concevez qu'il va repousser la paroi antérieure, s'il est en avant: vous allez butter contre cette masse, avec en arrière le col et en arrière le cul de-sac postérieur très réduit. Dans le fibrome postérieur, les phénomènes sont inverses. Vous terminerez le toucher en déterminant l'état des annexes.

Les renseignements les plus importants sont ceux que procure le toucher combiné au palper. Vous laissez le doigt dans le vagin et, avec l'autre main, vous déprimez les muscles de la paroi abdominale jusqu'à ce que vous arriviez au niveau de l'utérus. Dans ces conditions, vous appréciez les dimensions, la forme, la consistance de la tumeur. Le renseignement capital est le suivant : la tumeur fait-elle corps avec l'utérus ou en est-elle indépendante. Comment le savoir ? Théoriquement, si la tumeur fait partie de l'utérus, tout mouvement qui lui est imprimé se communique à l'utérus et réciproquement. Lorsque vous mobilisez la tumeur d'un côté, le col de l'utérus se déplace en sens opposé. Dans un certain nombre de cas, ce signe est extrêmement net ; mais d'autres fois, il l'est beaucoup moins et, pour être fixé, il faut répéter l exploration plusieurs fois.

Ayant fini avec ces renseignements, vous pouvez faire le toucher rectal. Il est inutile ordinairement. Reste l'examen au spéculum, qui ne donne pas non plus d'indications bien considérables. Vous pouvez trouver un col légèrement augmenté, légèrement entr'ouvert. L'application du spéculum permet une exploration plus utile, je veux dire l'hystérométrie. Vous fixez une lèvre du col avec une pince de Museux, vous introduisez l'hystéromètre auquel vous donnez la courbure de l'utérus et vous mesurez la cavité utérine. Mais, auparavant, vous devez vous assurer que la femme n'est pas enceinte, qu'elle a eu ses dernières règles. L'hystéromètre montrera que la cavité utérine est augmentée, qu'au lieu de 6 et 7 centimètres, elle a 11, 12, 15 centimètres et même davantage. Cette grande profondeur de l'utérus est un signe de premier ordre.

On fera l'examen général de la malade, qui n'offre rien de particulier. Je vous indiquerai seulement l'importance de l'examen du cœur : assez fréquemment, dans ces fibromes, il y a des cardiopathies.

Donc, vous avez pu reconnaître une masse, de volume variable, dans l'abdomen. Il semble qu'elle fait corps avec l'utérus dont la cavité est accrue. Vous avez tous les droits de porter le diagnostic de fibrome. Cependant, il est des affections qui peuvent induire en erreur surtout lorsque les signes n'ont pas une netteté absolue.

Ces cas douteux se groupent en deux variétés ; dans la première, la tumeur ne semble pas faire corps avec l'utérus ; dans la seconde, la tumeur semble faire corps avec l'utérus.

Le fibrome pédiculé, qui ne semble pas faire corps avec l'utérus, peut être confondu avec toutes les tumeurs de la région, fibrome, kyste du ligament large (en bas), hématocèle (en arrière), vessie (en avant). Pour le distinguer on s'orientera sur les signes physiques, le rapprochement de la tumeur de l'utérus, l'augmentation de la cavité utérine, l'âge de la malade (20 à 50 ans pour le fibrome), les phénomènes fonctionnels, les hémorrhagies. Dans tous les cas, d'ailleurs, il y a lieu d'intervenir. Je vous mets en garde contre la consistance de la tumeur : des tumeurs liquides très tendues peuvent être fermes et il est, d'autre part, des fibromes qui sont ramollis, œdématiés, kystiques.

Larroyenne, de Lyon, a donné un signe différentiel. Dans le fibrome pédiculé, il n'y aurait jamais rétrodéviation de l'utérus. Au contraire dans les tumeurs ovariennes, il y aurait toujours rétroversion ou rétroflexion. Ce signe a été vuen défaut.

Pour les tumeurs faisant corps avec l'utérus, les erreurs sont moins nombreuses, mais plus importantes. On peut confondre le fibrome avec la métrite chronique et les tumeurs malignes de l'utérus. L'hypertrophie dans la métrite est moindre, ordinairement, que dans le fibrome. Dans la métrite, il y a plus de douleurs, et des pertes. Les tumeurs malignes, et surtout le sarcome, peuvent simuler, au moins au début, le fibrome. Lorsque vous hésiterez, vous dilaterez l'utérus, vous introduirez le doigt dans sa cavité pour examiner la muqueuse et au besoin détacher une partie du néoplasme en vue d'une biopsie.

Arrivons maintenant à ce que nous considérons comme le point capital, je veux parler du diagnostic du fibrome et de la grossesse. *A priori*, il est facile et il semble que la question ne se pose même pas. Dans le fibrome, il y a des hémorrhagies ; dans la grossesse, il y a arrêt des règles. Le fibrome est une tumeur dure, la grossesse donne une tuméfaction de consistance élastique. Dans la grossesse, il y a des signes sympathiques. Mais tous ces caractères peuvent être en défaut. Dans la grossesse il peut y avoir persistance de pertes et certains fibromes peuvent s'accompagner d'arrêt des règles, avec hématométrie. Il faut aussi tenir compte que les malades ne demandent, parfois, qu'à trom-

per. M. Reclus a raconté l'histoire suivante. Une femme de 50 ans, en paraissant 70, et vivant éloignée de tout centre masculin, se présente avec une tumeur considérée comme un fibrome, accusant des hémorrhagies. On l'opère et on trouve une grossesse. L'auteur du délit était un jeune berger de 14 ans, habitant le voisinage. Il ne faut donc pas tenir trop de compte, ni de l'âge, ni des renseignements de l'intéressée. Le diagnostic est quelquefois difficile, même le ventre ouvert. Il n'existe aucun signe pathognomonique. Aussi, lorsque vous aurez des hésitations, n'opérez pas, attendez. Ne vous fiez ni aux dires de la malade, ni aux caractères physiques. Attendez le terme de la grossesse : si c'est un fibrome, l'attente n'est pas préjudiciable ; si c'est une grossesse, vous éviterez une importante erreur.

(*Conférence recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

PRATIQUE MÉDICALE

La Transfusion directe du Sang ;

Par M. Le Jemtel (d'Alençon),

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La méthode de la transfusion directe du sang est entrée, depuis quelque temps, dans une nouvelle phase. En effet, les récents progrès de la chirurgie artérielle permettent de concevoir et d'appliquer des procédés pratiques et efficaces, qui donnent à cette méthode un renouveau chirurgical et une utilité incontestable. Il est donc intéressant pour tous, de connaître les données scientifiques et la façon de procéder, bien que, il faut le reconnaître, cette dernière présente encore quelques difficultés.

Depuis le XVIIe siècle, la transfusion sanguine d'homme à homme a été pratiquée avec des résultats, en général, peu concluants, dans les cas d'anémie grave ou d'hémorrhagie traumatique. Aussi a-t-on songé à utiliser le sang des animaux et dès 1667, Denis, de Montpellier, pratiqua chez l'homme la transfusion du sang d'agneau . Mais, on le sait depuis longtemps, les résultats furent plus fâcheux encore, en raison des actions hématolytiques qui se produisent. Aussi jusqu'à ces derniers temps, avait-on remplacé la transfusion par la sérothérapie. Mais, dit M. A. Carrel, il suffit d'avoir assisté dans un laboratoire de physiologie à la perfusion comparée de cœurs isolés avec du sang et de la solution salée, pour être bien convaincu de la très grande supériorité de la première méthode. Aussi, M. Crile, professeur de chirurgie à Cleveland, a-t-il pu établir une technique qui lui a donné, ainsi qu'à plusieurs chirurgiens américains, des succès qui valent la peine d'être mis en lumière. Les premières recherches de Crile furent expérimentales et lui apprirent que la transfusion directe, chez des animaux de la même espèce, n'a aucune action hémolytique. Mais, pour être innocente et utile, la transfusion doit s'opérer dans certaines conditions. Par exemple, la transfusion rapide est dangereuse et il peut en résulter de l'œdème du poumon, par exemple ; aussi, la trop grande transfusion constitue un danger sérieux. Sur tous les animaux — trois cents chiens — Crile put obtenir de remarquables résultats dans toutes les anémies aiguës, traumatiques ou chirurgicales, et il put même, en pratiquant la respiration artificielle, entretenir la vie chez des chiens décapités et cela pendant plusieurs heures.

Au point de vue humain, l'opération peut être pratiquée de deux façons :

1° Ou bien par anastomose directe des vaisseaux, veine superficielle qui reçoit le sang et artère radiale qui le donne.

2° Ou bien par union de ces vaisseaux au moyen d'un tube de Payr.

La suture circulaire bout à bout des vaisseaux est abandonnée par Crile, en raison du peu de temps qu'elle doit fonctionner et par simplification de la méthode, mais elle peut être employée.

Il faut alors faire l'anastomose bout à bout des vaisseaux avec des aiguilles Kuby n° 16, et des fils stérilisés dans de la vaseline . Dans le cas où l'on ne possède pas ces aiguilles, on peut, à la rigueur, chez un adulte, faire l'anastomose avec des aiguilles droites n° 12, et de la soie de Chew n° 1 que l'on trouve partout.

L'anastomose peut se faire avec une canule spéciale. Les vaisseaux sont fixés par de petites pinces. L'hémostase se fait avec des pinces de Crile ou des serre-fines que ne blessent pas la paroi du vaisseau ; l'écrasement expose à la coagulation et par suite, à l'embolie.

Voici le manuel opératoire décrit par Carrel. Le donneur, homme jeune, vigoureux, en bonne santé, et le récipient sont couchés sur deux tables parallèles. Une petite table est placée entre les deux. Le donneur et le récipient sont couchés de telle sorte que la face antérieure de l'avant-bras du donneur puisse facilement s'appliquer sur le bras gauche du récipient au niveau du pli du coude. Les deux bras reposent sur la petite table. Le chirurgien se place devant la petite table, entre les deux sujets. L'opération se fait sous anesthésie locale : la cocaïne. On cherche d'abord, sur le bras du malade, une veine superficielle volumineuse, la céphalique ou la basilique ; on la découvre par une incision cutanée et on la dissèque. On la coupe entre une ligature placée du côté périphérique et une pince de Crile placée du côté central. Il arrive parfois que la veine se contracte au point de devenir invisible. Il faut alors y in-

troduire délicatement les extrémités d'une pince à disséquer et l'ouvrir doucement. Pendant toute la durée de l'opération, on empêche la dessiccation des parois des vaisseaux soit en les humectant avec de l'eau salée, soit en les enduisant d'un peu de vaseline.

On découvre, de même, l'artère radiale du donneur. L'hémostase temporaire est assurée par une serre-fine appliquée sur la partie centrale de l'artère. Une ligature est placée sur la partie périphérique et l'artère est coupée. On résèque la tunique cellulaire externe du bout artériel et on applique la canule de Crile. L'extrémité de l'artère est passée dans la lumière de la canule. Puis, ses lèvres sont saisies avec des pinces retournées sur la face externe de la canule et fixées par une ligature circulaire.

La veine est alors saisie en trois points équidistants de sa circonférence par trois pinces. Elle est largement béante et, dans son ouverture, on introduit la canule recouverte de l'artère. On fixe la veine sur la canule, par une ligature circulaire. L'artère et la veine se trouvent ainsi anastomosées. Leurs surfaces endothéliales sont étroitement unies. Comme la canule est à l'extérieur des vaisseaux, il n'y a aucun danger de coagulation.

On enlève la pince de Crile placée sur la veine, et ensuite celle de l'artère. La veine se dilate aussitôt et se remplit de sang rouge. On surveille alors le malade et le donneur et on règle la quantité de sang à transfuser en se basant sur leur état.

Lorsqu'on juge que la transfusion a été suffisante, on fait la ligature de l'artère et de la veine et on résèque l'anastomose. Puis on suture la peau ».

Les principales indications de cette méthode sont les hémorrhagies traumatiques ou pathologiques et le shock. Dans l'hémophilie, le purpura, l'empoisonnement par le gaz d'éclairage, elle donne encore d'excellents résultats.

L'anémie pernicieuse, les leucémies, les septicémies, la tuberculose, les néoplasies, sont plutôt des contre-indications et la méthode ne donne rien dans ces cas.

Il est à prévoir, cependant, que les indications deviendront plus vastes, que la technique sera à nouveau simplifiée et que la transfusion du sang, employée à propos par tout médecin, est appelée à rendre des services thérapeutiques extrêmement importants.

L'orchestre Médical, définitivement constitué, a commencé ses répétitions. Il se compose actuellement de 70 exécutants sous la direction de M. Busser, Chef d'Orchestre de l'Opéra.

Quelques places sont encore vacantes aux pupitres des instruments à vent.

On est prié de s'inscrire au Siège social, chez M. le Dr Richelot, 3 rue Rabelais, où tous renseignements seront fournis.

LA SEMAINE MÉDICALE

La hernie et les accidents du travail

M. le prof. Reclus a consacré une de ses dernières leçons cliniques à la hernie considérée comme accident du travail ; c'est là, en effet, une question incessamment controversée qui est loin d'être définitivement résolue, bien qu'un récent arrêt de la Cour de cassation ait proclamé, malgré les protestations des Cies d'assurances, la parfaite recevabilité de la hernie comme accident du travail.

Le prof. Reclus soutient la même thèse ; il n'hésite pas à combattre ceux qui prétendent contester la réalité de la plupart des *efforts* et invoquer, chaque fois, pour en atténuer l'importance, la prédisposition par malformation anatomique.

« Tout d'abord, dit M. Reclus, qui songerait à nier l'existence des hernies, dites de force, celles qui succèdent, soit à un traumatisme violent, soit à un effort prolongé et « tumultueux » chez un individu aux anneaux fermes et aux parois abdominales solides. Ici, la relation de cause à effet entre la violence extérieure ou intérieure et l'issue des viscères au travers de la paroi est indiscutable. Et l'on n'a même pas besoin d'invoquer le tableau *clinique qui caractérise* ces hernies, absolument exceptionnelles d'ailleurs ; la douleur syncopale, l'impossibilité de reprendre le travail, la déchirure et les ecchymoses des divers plans aponévrotiques et musculaires. Tous les chirurgiens sont d'accord. On se trouve en présence d'un accident au premier chef et le déchet professionnel, très élevé, pourra atteindre 20, 30 et même 40 pour cent, selon que la profession du blessé exige un déploiement d'énergie physique et des efforts plus ou moins considérables. »

Là où l'accord ne se fait plus, c'est pour les hernies dites de faiblesse, hernies favorisées par des dispositions anatomiques particulières. « Nous en distinguerons deux variétés : la première correspond à la persistance du canal péritonéo-vaginal ; il y a là une porte ouverte où l'intestin et l'épiploon peuvent s'engager et parcourir un trajet plus ou moins long suivant que la perméabilité du canal est totale ou partielle. La deuxième variété est due à une dystrophie plus ou moins profonde de la paroi abdominale : l'aponévrose du grand oblique, l'arcade de Fallope, le fascia transversalis sont minces, mal tissés et ressemblent plutôt à du canevas qu'à une trame pleine ; les muscles petit oblique et transverse n'ont que de rares faisceaux sans résistance, et l'anneau inguinal externe, dont les piliers sont relâchés, est béant et assez ouvert pour permettre à la pulpe du doigt d'y pénétrer sans peine. Cette paroi est si molle, si flottante, si dépressible, qu'elle se soulève à la moindre impulsion des viscères et constitue alors par ses « soufflures » les ventres à doubles et triples saillies des anciens auteurs. »

Naturellement, M. Reclus ne se dissimule pas

qu'un grand nombre de hernieux peuvent consciemment ou inconsciemment chercher à attribuer à un accident récent une ancienne hernie que nul n'a pu contrôler antérieurement. « Mais, dit-il, tout en ne manifestant aucune partialité, ni faiblesse vis à-vis de l'ouvrier, on fera bien de rechercher, dans l'expertise, s'il y a accident au sens juridique du mot. Il est de toute évidence que, pour que la loi sur les accidents du travail joue, il faut un accident à la base. Et cet accident ne doit pas être, s'il s'agit d'effort et de hernie, l'effort ordinaire que réclament les actes habituels de la profession.

Si l'ouvrier prétend avoir vu sa hernie se produire au cours de son travail habituel, sans qu'aucune circonstance spéciale n'ait augmenté l'effort et la difficulté, il ne s'agit absolument pas d'un accident, mais d'une manifestation aiguë de la hernie latente, c'est une maladie, professionnelle, si l'on veut, mais ce n'est pas un accident.

« La lecture attentive de l'enquête, les dépositions des témoins, qui assistaient à l'accident et l'interrogatoire du blessé feront, du premier coup, la lumière sur cette question fondamentale : il faut d'abord un accident et il n'y a pas eu d'accident. Cette constatation vous suffit. — Vous n'avez pas eu d'accident. C'est bien, mais n'oublions pas que dans une autre moitié des cas, l'accident est incontestable : il y a eu un effort violent, tumultueux, exceptionnel ; le blessé, portant une lourde charge, a glissé et, pour se retenir, éviter une chute, il ajoute un effort nouveau à son effort actuel. Cela vous suffira-t-il pour en conclure que la hernie est bien une hernie qu'une rente doit indemniser ? Pas toujours, et vous devez continuer à lire l'enquête et les dépositions des témoins.

Il faut aussi consulter le dossier militaire, le livret de santé ou le certificat d'aptitude physique délivré au moment de l'embauchage, comme cela se passe dans les grandes Compagnies.

Il ne faut pas oublier aussi, quand on examine un blessé qui prétend avoir une hernie consécutive à un accident tout récent, que dans la plus grande majorité des cas, cette hernie accidentelle est petite, du volume d'une noix (bubonocèle) au lieu que la hernie ancienne préexistante est volumineuse ; si elle contient de l'épiploon à qui l'inflammation chronique a déjà fait perdre sa souplesse, on peut affirmer que la hernie n'est pas contemporaine de l'accident récent.

M. Reclus termine par ce sage conseil :

« N'oublions pas que l'expert n'a qu'à évaluer à son idée et selon sa propre conviction, le préjudice causé au blessé par la hernie ; seulement s'il est d'avis de réduire l'importance du déchet à cause de l'état antérieur, qu'il n'en souffle mot dans son rapport, car le tribunal repousserait ses conclusions ! Y avez-vous réfléchi ? Ce serait un simple abus de confiance, ce serait substituer frauduleusement le jugement de l'expert au jugement du juge et lui seul est chargé de juger. On ne nous demande pas un arrêt, mais les raisons scientifiques qui permettent au juge de motiver son arrêt. »

L'origine dentaire de la pelade.

Après avoir démontré que la pelade n'est pas une affection contagieuse, mais bien une maladie dystrophique due à des lésions nerveuses, M. le Dr Jacquet a cru pouvoir accuser les lésions dentaires comme causes primordiales de ces lésions nerveuses et indirectement, par suite, de la dystrophie peladique. M. le Dr Antoine Bailly, de Lyon, a étudié de près cette intéressante question dans sa thèse. Or, les conclusions auxquelles il a abouti sont absolument opposées à la théorie de M. Jacquet.

Voici les propres termes de l'auteur :

« D'après nos nombreuses observations, nous voyons des peladiques avoir de bonnes dents, d'autres, faire des pelades très étendues avec des lésions dentaires uniques ou peu importantes. Mais nous retrouvons les mêmes lésions chez d'autres malades qui, ceux-là, n'ont pas la pelade et cependant notre statistique a porté sur les malades du même hôpital, aussi comparables que possible, par conséquent, sur des syphilitiques quelquefois, qui semblent fréquemment sujets à la pelade.

« Ainsi, les rapports des lésions dentaires et de la pelade semblent être des plus variables. Nous avons admis que, dans quelques cas, très nettement définis, cette dermatose a été déterminée par un réflexe d'origine dentaire ; mais ce dernier ne semble devoir jouer qu'un rôle assez effacé dans la pathogénie de la pelade, sans pouvoir remplacer le *nescio quid ignotum* dont parle Sabouraud à ce sujet ; et encore, nous avons passé sous silence les échecs de la cure dentaire qui viennent, eux aussi, à l'appui de nos conclusions. »

En résumé, l'origine gingivo-dentaire de la pelade, dans l'état actuel de nos connaissances, peut être considérée comme une exception.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le diabète pancréatique. — La réaction de Wassermann dans la syphilis, au point de vue diagnostique, pronostique et thérapeutique. — Hydarthrose périodique. — Anaphylaxie pulmonaire.

M. Félix Ramond expose à la *Société médicale des hôpitaux* le résultat de ses recherches cliniques et expérimentales sur le *diabète pancréatique*.

L'expérimentation, dit M. Ramond, prouve que le pancréas joue un grand rôle dans certaines glycosuries ; la simple irritation de la glande, son extirpation incomplète, provoquent l'apparition du sucre dans les urines, mais cette apparition n'est que de courte durée. On ne

explique pas encore les cas de diabète permanent après ablation partielle de la glande. Dans les expériences de l'auteur, toutes les fois où il est resté un lambeau du pancréas, la glycosurie n'a jamais été durable, il n'y a pas eu diabète.

Lorsque l'ablation a été totale, la glycosurie a été constante, permanente, et s'est accompagnée d'une forte azoturie. Toutefois, cette glycosurie est restée modérée et n'a pas entraîné de polydipsie ni de polyphagie ; elle a, de plus, abouti à la mort, démontrant que le pancréas est nécessaire à la vie. Selon M. Ramond, le diabète, c'est-à-dire la glycosurie permanente à longue évolution, par ablation totale du pancréas, est expérimentalement impossible.

La clinique, ajoute-t-il, semble confirmer ces données de l'expérimentation. Le diabète humain ne ressemble pas aux glycosuries expérimentales par extirpation partielle ou totale du pancréas et il existe d'autres actions qui s'ajoutent à celle du pancréas. L'auteur conclut que le diabète *uniquement* pancréatique est à démontrer tant au point de vue clinique qu'au point de vue expérimental.

M. Linossier estime également que l'expression « diabète pancréatique » devrait être rayée de la terminologie médicale. Elle consacre et entretient dans l'esprit des médecins deux idées fausses, l'une que le pancréas n'est lésé que dans une forme spéciale de diabète, l'autre qu'il est toujours lésé dans cette forme. La vérité est que le pancréas peut jouer un rôle dans des diabètes d'aspect clinique très différent, sans que nous puissions conclure de la symptomatologie d'un diabète à une lésion déterminée du pancréas.

M. Marcel Labbé, tout en combattant la conception classique du diabète pancréatique, pense que M. Ramond va un peu loin lorsqu'il dit que le diabète, c'est-à-dire une glycosurie permanente à longue évolution, par ablation totale du pancréas, est expérimentalement impossible. M. Labbé objecte aux expériences de M. Ramond d'avoir été peut-être trop complètes quant à l'ablation du pancréas, d'où les désordres graves qui ont causé la mort rapide des animaux, la mesure ayant été ainsi dépassée.

— MM. Gaucher, Paris et Sabareanu présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur la *réaction de Wassermann* chez les syphilitiques considérée au point de vue diagnostique, thérapeutique et pronostique.

Ces auteurs ont recherché la réaction de Wassermann (réaction de fixation, de déviation du complément) chez plusieurs groupes de malades et les résultats obtenus ont été les suivants :

1° Malades non syphilitiques : réaction négative dans 100 pour 100 des cas. Chez deux sujets, atteints l'un de maladie du sommeil, l'autre d'ictère hémolytique, la réaction a été positive, mais l'on sait que dans ces deux affections, ainsi d'ailleurs que dans la lèpre et dans la framboesia (le parasite de cette dernière offre des affinités avec celui de la syphilis), la déviation du complément est obtenue en présence de l'antigène syphilitique. Il est bon d'être prévenu des faits en question, si l'on veut que la méthode garde toute sa valeur diagnostique ;

2° Malades suspects de syphilis : résultats positifs dans 60 pour 100 des cas. L'évolution clinique ultérieure fut d'accord avec le séro-diagnostic ;

3° Syphilis primaires datant de plus de quinze jours et syphilis secondaires non traitées : résultats positifs dans 100 pour 100 des cas ;

4° Syphilis récentes, plus ou moins traitées : 96 pour 100 des cas positifs ;

5° Syphilis tertiaires : de 67 à 80 pour 100 des cas positifs suivant le traitement.

De ces données, M. Gaucher tire diverses déductions diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques.

Au point de vue diagnostique, la déviation du complément selon la méthode de Wassermann permet de dépister la syphilis, mais sous certaines conditions. Sa constatation chez un sujet indique un passé syphilitique, lorsque l'examen clinique a montré qu'il ne s'agit ni d'ictère, ni de maladie du sommeil, ni de lèpre, ni de framboesia, ni de paludisme. L'absence de déviation du complément ne permet pas de conclure que le malade n'est pas syphilitique. La réaction est plus constante et plus intense dans la syphilis récente que dans la syphilis ancienne. Elle commence à se montrer quelques jours avant les accidents secondaires. Ceci coïncide avec les données cliniques connues. Le tréponème pâle, après s'être multiplié dans le chancre, suit en général la voie lymphatique en déterminant l'immunité régionale, puis pénètre dans la circulation sanguine. A ce moment, la septicémie est réalisée, toute réinfection devient impossible et les accidents secondaires ne tardent pas à se produire. A ce moment aussi apparaît la réaction de Wassermann.

Au point de vue thérapeutique, la cure mercurielle ne paraît pas influencer beaucoup la déviation du complément. Elle la rend moins intense, cependant.

Au point de vue pronostique, l'absence de réaction de fixation chez un ancien syphilitique n'est pas une preuve de guérison, car un tel malade peut, au moment de l'examen ou ultérieurement, présenter des lésions syphilitiques.

— M. Ribierre lit à la Société médicale des hôpitaux une observation nouvelle d'*hydarthrose périodique*.

L'hydarthrose périodique, décrite aussi sous le nom d'hydarthrose intermittente, est une affection qui se manifeste en général pour la première fois entre 15 et 30 ans. Cliniquement, la symptomatologie se présente ainsi : à des époques remarquablement fixes, tous les huit jours ou tous les dix jours par exemple, les malades offrent une véritable fluxion articulaire, le plus souvent localisée à un genou, passant successivement par une phase d'augment, une phase d'état, une phase de décroissance. La phase

d'augment se caractérise par le gonflement progressif de la jointure, sans grandes douleurs. A la période d'état, l'augmentation de volume de l'articulation est considérable ; sa circonférence dépasse de quatre, six, dix centimètres celle de la jointure homologue. Aucune rougeur des téguments. Cette période d'état ne dure pas plus de deux à trois jours, puis la résorption du liquide s'effectue assez rapidement. La caractéristique essentielle de ce syndrome est sa périodicité. Les crises éclatent à dates régulières à tel point que les malades peuvent les prévoir, à quelques heures près. Elles se reproduisent ordinairement pendant plusieurs années, avec ou sans rémissions spontanées.

Les traitements employés par divers auteurs : arsenic, iode, ergotine, quinine, hydrothérapie, électricité, méthode de Bier, n'ont donné que des résultats peu précis, très inconstants. Chez le malade de M. Ribierre, l'administration du corps thyroïde a été suivie d'effets particulièrement satisfaisants sur lesquels l'auteur appelle l'attention.

MM. Caussade, Gandy et Teissier signalent également des observations d'hydarthrose périodique. Chez la malade de M. Gandy, le traitement thyroïdien ne semble pas avoir mieux agi que les autres médications. Les doses d'extrait thyroïdien administrées ont été, il est vrai, assez faibles.

— MM. Henri Dufour et Detré rapportent à la Société médicale des hôpitaux une observation d'*anaphylaxie pulmonaire* chez une femme atteinte de tuberculose et traitée par un sérum équin antituberculeux.

Les accidents d'anaphylaxie survinrent à la cinquième injection et consistèrent en phénomènes d'œdème pulmonaire (dyspnée, expectoration de crachats aérés et striés de sang, râles finement bulleux d'œdème pulmonaire).

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

La Digitale (*Suite*).

2e *article*).

Par le Dr André Lombard.

Indications. — Peut-on dire que la digitale est contre-indiquée dans telle ou telle lésion orificielle ? Ce ne peut-être qu'en raison de considérations théoriques (Huchard). Ainsi, dans le rétrécissement mitral, Potain considérait la digitale comme formellement contre-indiquée, et M. Huchard disait qu' « elle produit souvent le plus mauvais effet ». Depuis 1898, M. E. Hirtz ne saurait souscrire à cette idée : ayant eu un malade atteint de rétrécissement mitral, qui avait eu une disposition particulière à faire de l'hypostolie, et que la digitale en macération guérissait chaque fois, il mit son malade au traitement méthodique par la digitale avant la rupture de l'équilibre cardiaque, et lui fit prendre tous les quinze jours, pendant quatre jours, vingt-cinq centigrammes de poudre de feuilles en macération. Le malade avait, avant ce traitement, tous les cinq mois, une crise d'asystolie ; six ans après, il n'en avait pas eu. Quant aux embolies, elles ne furent jamais à redouter avec ce malade, ni avec d'autres. Le premier, M. E. Hirtz érigea en méthode thérapeutique le traitement du rétrécissement mitral par la digitale ; depuis lors, celui-ci est devenu classique. Mais on s'adresse souvent à la digitaline, et il semble que la digitale pulvérisée donne des résultats supérieurs. C'est ainsi qu'ayant eu à soigner un homme de 41 ans, atteint de rétrécissement mitral, ayant de nombreuses irrégularités du pouls, un énorme œdème des jambes, un gros foie, des hémoptysies continuelles, sans être porteur de lésions tuberculeuses, j'étais très embarrassé quand ce malade me dit avoir pris de la digitaline cristallisée en solution à 1 /1000, tantôt à la dose de quarante gouttes en une seule fois, tantôt à celle de dix gouttes pendant cinq jours. Je l'étais d'autant plus que le patient me disait avoir toujours été plus malade après les prises du médicament. Le laissant reposer quelques jours, je lui prescrivis la macération de feuilles de digitale à la dose de 0 gr.25 pendant 3 jours. Ce régime a été continué toutes les trois semaines ; depuis lors, le foie a repris son volume normal, les œdèmes ont disparu et il n'y a plus eu de crachats hémoptoïques. Le malade avait été mis au lit, au régime lacté, ou plutôt au régime de réduction des liquides d'abord, ensuite au régime lacto-végétarien, de temps en temps déchloruré ; et il avait été d'abord purgé.

MM. Huchard et Fiessinger distinguent nettement les cas où l'action de la digitale réussit et ceux où elle est douteuse.

Cas où la digitale est utile.— Elle est utile chaque fois que le myocarde fléchit, et la dose doit être d'autant plus faible que la lésion est plus ancienne et plus importante ; utile aussi, comme nous l'avons dit, à dose sédative dans le rétrécissement mitral.

Cas où son action est douteuse.— Elle est d'une action douteuse dans les accidents cardiaques d'ordre nerveux ou toxique (palpitations, tabagisme, alcoolisme, goitre exophtalmique, tuberculose). Chez les malades de 40 à 50 ans, présentant des troubles cardio-rénaux, elle est utile à doses faibles, en même temps que la théobromine, le régime lacto-végétarien.

Autres indications que les maladies du cœur. — La digitale a été préconisée dans d'autres affections que les maladies du cœur ; c'est ainsi que ses propriétés sur les vaisseaux l'ont fait employer dans l'hémoptysie tuberculeuse ; ce n'est pas avec

Laboratoire, 207, Boulevard Pereire, PARIS.

(Agar-agar, extraits biliaires, extraits complets de toutes les glandes intestinales.)

JUBOL

Rééduque l'Intestin

La cure de rééducation dure six mois.

(Acad. des Sciences, 28 juin 1909.)

1 à 3 comprimés en se couchant. (Avaler sans croquer.)

PIPÉRAZINE MIDY

Az H $\langle$ CH² - CH² / CH² - CH² $\rangle$ Az H
Diéthylène-Diamine

GRANULÉE EFFERVESCENTE

Produit défini plus actif que ses dérivés ou les associations médicamenteuses à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE

LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE

Prix : 5 fr. - La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.

Comme préventif : 3 mesures par jour / 10 jours par mois — *chaque mesure = 0.20 ctg Pip pure*

Échantillons : Phie MIDY 140, Faub. St-Honoré, PARIS

Crises aiguës : 4 à 6 . . . . . .

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

gager tous vos adhérents à s'affilier au « Sou médical » comme l'ont fait les Syndicats de Saint-Mandé, du Puy, etc.. Vous seriez ainsi soutenus moralement et pécuniairement dans tous les procès qui pourraient atteindre l'un de vous ou que le syndicat tout entier voudrait poursuivre.

Dr A., à A., à *Concours.* Mon cher confrère, Voici une nouvelle cause d'encombrement. La loi de finance votée par la Chambre vient d'autoriser le ministre de la guerre à accepter la mise à la retraite (retraite de 1080 fr.), de cent officiers ayant fait douze années de service ; c'est une première expérience, on augmentera vraisemblablement le nombre, les années suivantes. Parmi les officiers pressés de quitter l'armée, il n'y en aura certainement pas de plus pressés que les médecins militaires. Déjà ils quittent sans retraite après dix ans de service ; que ne feront-ils pas lorsque, deux ans après, ils auront une retraite convenable à 32 ou 33 ans ? Ils sont assimilés aux officiers, la mesure leur est vraisemblablement applicable.

Réponse. — Vous avez raison de nous signaler cette nouvelle cause de l'encombrement médical, car effectivement le médecin militaire est pressé de quitter l'armée, en voici les raisons.

Les exigences du service, l'obéissance à un chef qui s'accommode mal avec l'égalité que confère le grade de docteur en médecine et surtout l'absurde réputation qu'ont les médecins civils d'être débordés de travail, de ne plus savoir où donner de la tête, de gagner au moins 20.000 francs par année et autres billevesées de ce genre que nos confrères de ville ou de campagne débitent à tous, parce qu'ils croient que c'est de bon effet et de réclame savante, sont des motifs suffisants pour engager nos confrères de l'armée à venir grossir les rangs trop encombrés des médecins civils.

Hélas, nous voyons bien les causes du marasme professionnel ; mais le remède est bien difficile à trouver. C'est pour cette raison qu'en attendant la formule libératrice, nous prêchons à nos confrères l'union et la solidarité, nous pensons que seul un syndicat actif, uni et puissant peut parer aux effets de l'encombrement en groupant les médecins pour la résistance contre les collectivités

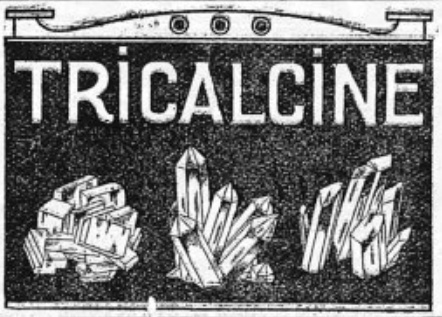
Suite page XII.

ÉTABLISSEMENT DE SAINT-GALMIER (LOIRE)
SOURCE BADOIT
L'EAU DE TABLE SANS RIVALE. — La plus Légère à l'Estomac.
VENTE 20 Millions de Bouteilles PAR AN
Déclarée d'Intérêt Public Décret du 12 Août 1897.

TRAITEMENT RADICAL
CONSTIPATION
MIGRAINES -- CONGESTIONS -- MALADIES de l'INTESTIN
UN ou DEUX
GRAINS DE VALS
Le soir avant dîner
à base de Cascara Sagrada et podophyllin.
ADMINISTRATION : 86, Boulevard Port-Royal, PARIS

SEULES EAUX ALCALINES RECONSTITUANTES
St. LEGER POUGUES
Sans rivales pour le Traitement des
Gastralgies — Dyspepsies — Gravelle — Diabète — Les Convalescences

TRAITEMENT PRÉVENTIF ET CURATIF DES INSUFFISANCES DIGESTIVES PAR LA
PANCRÉONE MATARÉ
en tablettes dosées à 25 ctgr.
Extrait pancréatique de porc, jamais altéré par le suc gastrique. Spécifique contre les *affections de l'intestin, estomac, foie, pancréas, stéatorrhée, entérite chronique.* Très efficace contre la migraine, etc.. — DOSES de 4 à 12 tablettes par jour suivant les cas.
Dépôt : E. FLACH, pharmacien, 11, r. Malher. Ag. gl. en France : A. SCHERER, 31, r. d e stre, Paris



à base de sels calciques rendus assimilables
Traitement de la TUBERCULOSE par la RÉCALCIFICATION
RACHITISME, SCROFULOSE CROISSANCE
Sur demande, envoi de la Littérature
Laboratoire des « PRODUITS SCIENTIA »
42, *rue Blanche, PARIS*

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc
CAPSULES OVARIQUES VIGIER
à 0gr.20 centigr. de *Substance ovarienne.* — DOSE : 2 à 6 capsules par jour.
Phie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

TUBERCULOSES
CATARRHES
GRIPPES, BRONCHITES
de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon.
EMULSION Phospho-Créosotée MARCHAIS
Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions.
Bien tolérée — Parf absorbée

beaucoup de succès ; si l'hémoptysie est abondante et accompagnée de fièvre, les malades la supportent mal ; si elle est apyrétique et à répétition, on peut prescrire utilement une macération de 0 gr. 20 de poudre de feuilles de digitale ou donner en 12 heures, six pilules contenant :

Poudre de feuilles de digitale. Antifébrine.....	ää six centigr.

mais en se souvenant que la digitale est toujours difficile à manier chez les phtisiques, en raison du mauvais état du cœur et des vaisseaux. Chez les tuberculeux fébriles, son emploi est toujours contre-indiqué (Darenberg). Il est un cas cependant dans lequel Darenberg conseillait avec succès la digitale : on peut prévenir les hémoptysies, les petites poussées congestives se produisant, au moment de leurs règles, chez les femmes nerveuses et tuberculeuses, en leur faisant prendre, pendant les jours qui précèdent leurs règles, la solution suivante :

Bromure de potassium.....	10 gr.
Teinture de digitale à 1 1/10.....	cent gouttes.
Eau.....	200 gr.

dont on avalera une cuillerée à soupe matin et soir.

Dans la pneumonie on a tenté d'ériger en traitement spécifique le traitement digitalique ; souvent avec succès, soit que la digitale agisse directement sur la fièvre, soit qu'elle ait une action quasi spécifique sur les toxines du pneumocoque. Si son emploi n'est pas justifié dans toutes les pneumonies, cependant, quand le cœur fléchit, on prescrit avantageusement un milligramme de digitaline un seul jour, ou un cinquième de milligr. pendant 5 jours ; ou plutôt une macération de 0 gr. 50 de feuilles un seul jour ou 0 gr. 15 ou 0 gr. 20, pendant trois jours. De même dans la grippe. Au cas même où l'on ne voudrait pas reconnaître à la digitale une action heureuse, on doit convenir qu'elle est sans effet nuisible. Ses indications peuvent, au reste, se rencontrer au cours de la plupart des maladies infectieuses, et M. Vaquez ne craint pas de l'employer chez les typhiques en imminence de collapsus, bien qu'on lui ait reproché de pouvoir augmenter la dissociation segmentaire des fibres myocardiques qui caractérise la myocardite typhique. La digitale peut être employée aussi sans crainte chez les sujets dont la tension artérielle est élevée, chez les brightiques ; elle n'est d'abord pas nuisible ; et, si le cœur fléchit, elle le soutient et trouve son indication précise.

Ne l'a-t-on pas employée encore dans l'épilepsie, pour tonifier le cœur et favoriser l'élimination des toxines, à la dose de cinq centigr. de poudre pendant quatre ou cinq jours ?

THÉRAPEUTIQUE

Sur le phlegmon du creux ischio-rectal,

Par le Dr Fortaney.

La gravité des inflammations phlegmoneuses du creux ischio-rectal est de celles qui, en pratique, font réserver le pronostic. Aussi est-il utile de rappeler ici quels sont les signes essentiels permettant de reconnaître rapidement cette affection.

Et d'abord, un peu d'anatomie : « L'inflammation occupe l'espace compris entre l'ischion doublé du muscle obturateur interne en dehors, du rectum en dedans, du muscle releveur de l'anus en haut et de la peau en bas. Aucune aponévrose ne double la peau, aussi cette dernière est-elle moins bien protégée contre l'extension du processus inflammatoire, et c'est peut-être ce qui explique pourquoi elle est si fréquemment frappée de gangrène. L'espace limité par les divers plans énumérés est rempli de tissu cellulo-adipeux et, détail important, le creux ischio rectal d'un côté communique aisément avec celui du côté opposé au-devant du coccyx par l'intermédiaire de ce tissu ».

Les causes du phlegmon ischio-rectal sont nombreuses. Il y a certains phlegmons qui sont mortels et d'autres qui sont curables.

Les premiers sont amenés par l'infiltration d'urine, ou par de larges perforations du rectum, livrant passage aux matières fécales. Les seconds sont dus à un rétrécissement du rectum, à la rectite, aux hémorrhoïdes enflammées, à des corps étrangers, à une lésion osseuse et, d'une façon plus générale, au diabète.

Quels sont les signes de cette redoutable maladie ? D'abord des phénomènes généraux. Mais ceux-ci ne signifient pas grand'chose parce que ce sont les signes habituels de toute grave phlegmasie. Douleur et fièvre élevée ouvrent donc la scène bien avant le gonflement qui est plus tardif en raison de la profondeur du creux ischio-rectal. Mais il est un symptôme qui doit retenir l'attention du médecin : c'est la *difficulté d'uriner* et même la *rétention complète d'urine*. Parfois même ce symptôme est une cause d'erreur diagnostique et fait qu'on pense uniquement à une lésion urinaire.

Puis vient le gonflement. Celui-ci siège surtout d'un côté et l'on s'en rend aisément compte en mettant le malade dans la position de la taille périnéale.

Un autre signe particulier à ce phlegmon est sa *dureté*. Pendant longtemps, alors même que les autres signes inflammatoires sont manifestes (*calor*, *rubor*, *dolor*), la peau fortement tendue ne laisse sentir qu'une masse résistante et dure.

Il est encore un fait particulier qu'il est bon de connaître : le phlegmon, même au moment où

le pus existe, n'a pas de fluctuation. Il ne faut donc pas attendre de la percevoir pour inciser, car si on la reconnaît nettement, c'est que l'on aura laissé passer le bon moment d'intervenir et que les dégâts seront plus considérables.

« Surveillez de très près le malade, dit Tillaux, et lorsque vers le septième ou huitième jour après le début des accidents, quelquefois plus tôt, vous constaterez une tension considérable de la peau avec rougeur, n'hésitez pas à ouvrir, car il y a du pus et, dussiez-vous ne pas trouver de foyer collecté vous rendrez encore service au malade ».

Il ne faut pas oublier en effet que dans cette affection la gangrène peut apparaître rapidement avec bruit de clapotement et sonorité indiquant la présence du gaz putride dans le foyer.

Donc avant toute fluctuation il faudra ouvrir l'abcès. Il faudra l'ouvrir *largement* afin d'éviter une fistule consécutive et afin d'évacuer complètement et vite les matières putrides existant dans la cavité. Voici comment on fera cette intervention :

Avec le bistouri ou le thermocautère, on pratiquera sur le point le plus saillant de la tumeur une longue incision. Avec le doigt on recherche ensuite s'il existe des prolongements en avant et en arrière ; s'ils existent, on les fend afin qu'il ne reste aucun petit foyer purulent, puis on lave abondamment cette vaste plaie avec la solution d'anios à 2 % et on la bourre avec des tampons de gaze trempés dans cet antiseptique.

Les pansements ultérieurs seront faits avec beaucoup de soins, car il faut que la plaie se ferme de la profondeur vers la surface. Pour obtenir ce résultat nous préférons utiliser la solution forte d'anios (2 %) parce que ce producteur d'oxygène naissant est un puissant kératoplastique et que, tout en désinfectant la profondeur, il évite la formation des fistules et les décollements. De plus, on n'a pas à craindre de toxicité avec le trioxychlorométhyle de vanadium, et le sublimé ou l'acide phénique seraient dangereux dans ce cas de vaste surface absorbante.

Le phlegmon ischio-rectal abandonné à lui-même, ou mal traité, peut amener la mort par septicémie. Au milieu du pus et des gaz fétides se trouvent, en effet, des lambeaux sphacélés, susceptibles de produire un véritable empoisonnement.

Il faut donc insister sur ce point que le chirurgien doit prendre les devants et faire une ouverture large, précoce, profonde, afin d'ouvrir le foyer dans toute sa largeur, dans toute sa hauteur. Par ce moyen, les infections septicémiques seront évitées et de même que la fistule consécutive, surtout si l'on a soin d'utiliser pour les pansements un agent germicide et kératinisant, sans causticité.

LA RÉFORME DES ETUDES MÉDICALES

La crise médicale

Dernièrement, notre excellent confrère le Dr Ausset, de Lille (1), s'occupant de la crise médicale et des remèdes proposés pour en arrêter la marche et entre autres de l'institution d'un concours d'admission aux Ecoles et Facultés de de Médecine dit : « Je regrette vivement de n'avoir pas trouvé les plus véhémentes protestations contre cette idée de vouloir limiter le nombre des médecins en supprimant le libre accès, en instituant un concours à la sortie du lycée. Admettre ce concours d'admission serait enlever à notre belle profession son caractère si noble et si enviable de profession libérale. Mais outre ce grave inconvénient, ne voit-on pas que si on limite le recrutement, il faudra rapidement limiter et réglementer la répartition. On arrivera à faire que les postes se transmettront à peu près fatalement à tel ou tel successeur préalablement choisi. » Cette question doit faire l'objet de deux rapports au Congrès des Praticiens d'avril prochain, l'un du Dr Tourtourat et l'autre de votre serviteur, mais permettez-moi dès aujourd'hui de répondre à mon honorable contradicteur.

Je ne vois pas très bien en quoi le concours d'admission proposé par nous, pourrait enlever à notre belle profession son caractère si noble et si enviable de profession libérale. En effet, faisant appel, comme il est d'usage fréquent en médecine, à la méthode expérimentale, je me permettrai de demander à notre excellent confrère en quoi les concours de l'Externat et de l'Internat enlèvent à notre profession son caractère de profession libérale. Admettez un instant que le concours de l'Externat, au lieu de se passer après la première ou la deuxième année d'études, se passe, avec un programme modifié bien entendu, au début de la première année et vous aurez tout simplement le concours d'admission que nous demandons. L'expérience a donc jugé et il est excessif d'accuser un tel concours de nuire plus que ses devanciers à la bonne renommée de notre profession. Bien au contraire, il est de toute justice de penser que ce concours, en amenant à la profession médicale une élite de travailleurs, ne pourra que rehausser son niveau intellectuel et par là même son niveau moral.

Je ne sache pas non plus que le concours d'admission ait jamais déconsidéré la profession d'architecte ou d'ingénieur des arts et manufactures qui figure dans les professions libérales.

Enfin en limitant le recrutement, en prenant pour base du nombre des élus du concours, le nombre des décès survenus dans le corps médical, pendant la pénultième année, on arrive à conserver le nombre actuel de praticiens et les craintes de notre confrère concernant la répartition des postes deviennent illusoires. La ré-

(1) 12 février 1910, *Bulletin Médical*.

partition se fera comme elle se fait à l'heure actuelle puisque, d'après notre projet, la population médicale suit la même progression que la population civile, c'est-à-dire qu'elle demeure dans le *statu quo*.

« D'autre part, ajoute le Dr Ausset, il me paraît très scabreux de juger d'après des études secondaires et un concours portant sur ces études les jeunes gens qui pourraient être déclarés aptes à soigner leurs semblables. »

Mais il n'est jamais entré dans notre esprit et nous n'avons jamais écrit que par ce concours nous pensions juger des aptitudes des candidats à soigner leurs semblables. Ce que nous avons voulu, c'est qu'au lieu de n'avoir, comme aujourd'hui, aucune indication sur la valeur morale ou intellectuelle du candidat à la 1re inscription de doctorat, nous puissions au moins avoir la quasi-certitude que les élus du concours auront déjà le goût du travail et que ces heureuses dispositions ne feront que s'affirmer au cours des études. Qu'en outre du concours d'admission, vous demandiez plus de sévérité aux examens, plus d'intervalle entre les échecs successifs, nous n'y voyons aucun inconvénient, bien au contraire. Mais rappelez-vous, mon cher Confrère, que la méthode expérimentale a toujours donné de très médiocres résultats. Il est de notoriété publique que la ténacité des juges est inversement proportionnelle à celle du candidat. Que celui là fera jouer toutes les cordes pour se libérer d'un examen et qu'il arrivera tôt ou tard.

Rappelez-vous, mon cher confrère, que la méthode que vous préconisez et qui consiste à augmenter les intervalles des sessions d'examen suivant le nombre d'échecs des candidats a déjà été tentée il y a quelque quinze ans, alors que M. Leygues (je crois) était Ministre de l'Instruction publique et que la réforme ne put même pas être appliquée tant elle avait soulevé de protestations, de la part des Etudiants et du Parlement.

Du reste vous avouez vous-même que l'indulgence la plus coupable règne en souveraine maîtresse au sein du Jury. Et alors que faire ?

Vous proposez bien la division du Corps enseignant et du Corps examinant. Mais vous savez combien sera difficile le recrutement du corps examinant tel que vous le concevez.

« Des professeurs honoraires, des médecins ou chirurgiens des hôpitaux non en exercice, des membres des Sociétés médicales proposés par leur collègues, etc., accepteraient de composer ces jurys, dites-vous. » Mais ces jurys parcourant la France, feront sourire nos étudiants et je ne leur donne pas deux ans d'existence, avant de finir dans le ridicule. La balade des invalides sera peut-être dure aux jeunes ; mais elle sera reçue dans les Facultés avec un tel enthousiasme, que je doute fort qu'au deuxième voyage vous puissiez trouver des baladeurs. Je connais suffisamment la jeunesse de nos Ecoles pour pouvoir avancer la chose sans risquer fort de me tromper.

Ce n'est donc pas de ce côté qu'il faut chercher la solution. Mais accepterait-on votre combinaison, qu'elle ne pourrait que renforcer notre proposition de concours d'admission aux Facultés de Medecine.

Docteur Delpeut,
de St-Chéron (S.-et-O.).

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Querelle d'assureurs. Battus et mécontents.

Le Directeur de *La Participation*, société coopérative et fédérative d'Assurances contre les Accidents, nous a adressé la lettre suivante qui sera l'épilogue du procès intenté à notre collègue le Dr Boudin, procès gagné par ce dernier en première instance et en appel. (Voir *Concours Médical*, 20 février 1910, page 170).

Paris, le 22 février 1910.

Monsieur le Rédacteur en chef
du *Concours Médical*, Paris.

Monsieur,

Dans votre numéro en date du 20 février dernier, vous avez publié un article du Docteur Boudin dans lequel celui-ci fait, de ses rapports avec *La Participation*, un exposé que nous ne pouvons laisser sans réponse.

Votre journal étant très répandu dans le corps médical, nous voulons, pour vos lecteurs, dont beaucoup entretiennent avec *La Participation* les meilleures relations, rétablir la vérité des faits, usant ainsi de notre droit de réponse à un article qui est manifestement dirigé contre nous.

Nous relèverons particulièrement deux passages qu'il est facile de rectifier, par la production de documents dont le Docteur Boudin ne pourra contester ni la valeur ni l'authenticité.

Le Docteur *Boudin dit :* « Je n'avais personnellement signé aucun engagement avec la Compagnie. »

Or, le Docteur Boudin avait écrit le 29 janvier 1902 au Docteur Cézilly la lettre suivante qui nous a été remise par l'ancien Directeur du *Concours Médical* :

« Monsieur le Docteur Cézilly,
« Directeur du *Concours Médical*.

« Je vous prierai de me faire envoyer une ac-
« tion de la Société Financière Médicale ; ci-joint
« 102,50. Je vous prierai aussi de m'indiquer le
« nécessaire pour être médecin de *La Participa-*
« *tion* ; dans mon milieu industriel, il est proba-
« ble que la Société pourra faire des adeptes.
« Veuillez agréer, etc...
« Signé : Docteur Boudin ».

La Financière Médicale de son côté nous écrivait le 31 janvier 1902 :

« Paris, le 31 janvier 1902. »

« Monsieur le Chef du Service Médical
« de *La Participation*
« Et très honoré Confrère,

« Nous avons l'honneur de proposer Monsieur

« le Docteur Boudin, demeurant à Oyonnax, « département de l'Ain, souscripteur de la Fi- « nancière Médicale, comme médecin de votre « Société.

« Veuillez agréer, Monsieur le Chef du Service « Médical, l'expression de nos meilleurs senti- « ments.

« Pour l'Administrateur délégué de
« la Financière.
« Signé : BOULANGER. »

Le 4 février, le Docteur Boudin était nommé médecin de la Société par la lettre suivante :

« Monsieur le Docteur BOUDIN
« Oyonnax
« Ain »

« Nous avons l'honneur de vous accuser récep- « tion de votre lettre du 4/2/02, et de vous infor- « mer qu'aux termes de son contenu et sur la « présentation de la Financière Médicale, nous « vous nommons médecin de notre Société.

« Par un prochain courrier vous recevrez les « imprimés et instructions nécessaires.

« Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'ex- « pression de notre considération distinguée.

« *L'Administrateur de service*
« *L'Administrateur délégué* ».

Or, le Docteur Boudin n'a pas protesté contre une nomination qu'il avait sollicitée et contre l'envoi d'instructions auxquelles il avait le devoir de se soumettre ; bien au contraire, le 25 mars, il se plaignait au directeur de *La Participation* de ne pas avoir encore reçu la visite du Président du Groupe de l'Ain de notre Société.

La Participation, ajoute le Docteur Boudin, lui aurait reproché « d'avoir délivré un certificat médical sans avoir demandé l'avis de la Compagnie ».

Pour montrer à vos lecteurs qu'une telle interprétation ne peut être sérieusement donnée à la lettre, nous la reproduisons en entier, elle était ainsi conçue :

« Paris, le 26 janvier 1906.

« Monsieur le Docteur BOUDIN,
« Oyonnax ».
« Ain.

« Monsieur le Docteur,

« Notre Groupe de l'Ain nous signale que vous « avez délivré au blessé T... un certificat con- « cluant à une incapacité permanente.

« Nous n'avons jamais eu l'intention, en vous « accréditant en qualité de médecin de notre So- « ciété, de vous empêcher de formuler votre ap- « préciation en toute liberté dans un sinistre « pour lequel vous seriez intervenu, mais vous « n'auriez pas dû oublier que votre titre de mé- « decin de notre Société vous impose une grande « réserve, car un avis émis par vous dans ces con- « ditions, peut avoir les plus graves conséquen- « ces, et nous porter un sérieux préjudice.

« D'autre part, le blessé vous ayant été adres- « sé suivant nos instructions, nous estimons que « vous auriez dû, avant de remettre un certifi- « cat au sieur T..., nous en avertir, et nous in- « diquer très exactement les conséquences de « l'accident du 13 septembre 1905, sur la capa- « cité professionnelle de l'ouvrier.

« Nous pensons qu'il nous suffira de vous ma- « nifester notre étonnement pour que désormais « vous appréciiez plus exactement le rôle qui vous « incombe, comme médecin de notre Société ».

« Au cas où vous ne croiriez pas devoir en tenir « compte, nous aurions le regret de rapporter la « décision qui vous a accrédité ».

« Veuillez agréer, etc...

« *Le Directeur* ».

Or, en publiant ce document dans le journal l'*Humanité* du 23 mars 1908, on avait supprimé ce passage suivant :

« D'autre part le blessé vous ayant été adressé « suivant nos instructions, nous estimons que « vous auriez dû, avant de remettre un certificat « au sieur T., nous en avertir, et nous indiquer « très exactement les conséquences de l'accident « du 13 septembre 1905 sur la capacité profes- « sionnelle de l'ouvrier. »

Pour qui veut lire cette lettre sans parti pris, elle ne peut être « jugée injurieuse pour le corps médical ».

La liberté du médecin est proclamée, il lui est simplement demandé non pas de solliciter l'avis de la Compagnie pour établir le certificat, mais d'envoyer cette pièce directement à la Compagnie dès qu'elle est rédigée. C'est, il nous semble, pour être mises au courant des suites des sinistres que les Sociétés d'assurances accréditent près d'elles des médecins.

Enfin nous tenons à répéter ce qui a déjà été plaidé à Lyon en notre nom, par Me Duroyaume, c'est que si nous avons soumis aux juges la question de savoir quelle était la nature des rapports entre une Compagnie d'Assurances et un médecin accrédité près d'elle, nous n'avons jamais soutenu que le médecin n'eût pas conservé vis-à-vis de la Société d'assurances qui sur sa demande l'avait chargé de voir ses blessés, non seulement toute sa dignité professionnelle, mais toute son indépendance dans l'accomplissement de sa mission.

Nous comptons sur votre courtoisie pour insérer cette réponse dans les termes de l'article 13 de la loi de 1881.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Le Directeur, Louis ROUX.

Réponse.

Je vous remercie infiniment, Monsieur le Directeur de la Participation, de me donner, par votre lettre de rectification, l'occasion de démontrer à mes confrères quelle confiance doivent inspirer, aux honnêtes gens que sont les médecins, les assureurs, même lorsqu'ils se présentent comme des alliés, après avoir emprunté leur argent.

Reprenons les faits par ordre chronologique : Le 29 janvier 1902, par une lettre que vous reproduisez ci-dessus, je demande au Dr Cézilly de m'indiquer « le nécessaire pour être médecin de la Participation ».

Par sa réponse du 30 janvier 1902, le Dr Cézilly me propose à vous comme médecin de votre société. Le 4 février, vous m'informez de ma nomination. Et c'est tout.

Où voyez-vous que j'aie pu solliciter cette fonction médicale ? Ma lettre du 29 janvier signifie en bon français, une demande de renseignements : elle ne contient aucune candidature.

Vous envoyez alors, à ma signature, un engagement et des instructions : cet engagement, je l'ai jeté au panier et la preuve que je ne l'ai pas signé, c'est que vous n'auriez pas manqué

si vous l'aviez eu, de me le jeter à la face devant les deux juridictions où nous avons plaidé, alors que vous avez été obligé d'équivoquer et n'avez rien eu à m'opposer.

Mais passons. Vous avez l'intention de me faire jouer un double jeu, lorsque vous parlez de certaines lettres par lesquelles je me déclare tout disposé à faire de la propagande pour la Participation dans la région industrielle que j'habitais. Ma conduite n'a-t-elle pas été très naturelle ? A cette époque, en 1902, je ne voyais, dans votre société, qu'une alliée du corps médical. Vous étiez alors soutenu moralement et pécuniairement par le *Concours médical* et la Financière médicale. En retour, vous aviez accepté un certain nombre des revendications des praticiens médicaux. N'était-il pas logique qu'ayant déjà la foi professionnelle, j'aie voulu vous aider de tout mon pouvoir, pour votre réussite, puisqu'en travaillant pour vous, je travaillais pour le corps médical ?

Vous savez bien que les médecins faisant partie des groupements du *Concours médical* n'ont donné leur appui à la création de la Participation que pour en faire une machine de guerre contre les Compagnies d'assurances à primes fixes, que, dans ce temps, *quantum mutatus ab illo* ! vous déclariez, vous-même, dans vos prospectus, exploiter aussi bien les patrons que les médecins.

Vous avez sollicité le concours des médecins pour réussir à vous constituer et à vous créer une clientèle.

Dans cette alliance, à vos débuts, nous médecins, n'avions d'autre objectif que de forcer les compagnies d'assurances à adopter un tarif raisonnable, supérieur à celui de l'Assistance médicale gratuite, qui formait alors la base des rapports entre médecins et compagnies d'assurances et à les obliger à nous traiter avec plus d'égards. De votre côté, vous aviez pris des engagements envers le Corps médical et il s'agissait, en vous recommandant à nos clients, de faire aux compagnies d'assurances une concurrence qui les forçât à composer avec les médecins et à entrer dans la voie où vous étiez entré vous-même.

Tous ceux qui, comme moi, vous ont recommandé dans leur clientèle, n'ont point eu la pensée de se créer des monopoles contre le libre choix, en traitant avec les compagnies.

N'en voyez vous pas la preuve dans mon refus de signer l'engagement que vous m'aviez proposé ? Ce qui le démontre aussi surabondamment c'est que, loin de chercher à devenir votre médecin exclusif à Oyonnax, je me suis efforcé à faire entrer dans la combinaison tous ceux de mes confrères de la localité qui s'intéressaient à la lutte contre les compagnies à primes.

Aujourd'hui, les marrons ont été tirés du feu par le corps médical. En bon assureur que vous êtes, c'est-à dire en industriel que n'arrêtent ni engagements moraux ni considérations de reconnaissance, et a, comme on l'a dit, un portefeuille à la place du cœur, vous êtes allé vous joindre à nos adversaires pour faire, contre vos parrains, l'abominable campagne que les assureurs ont faite au corps médical.

Votre rectification voudrait me ramener sur le point capital du procès : mon droit de publication de la lettre du 26 janvier 1906 et la discussion de son contenu. Sur ce point, la jurisprudence s'est prononcée et vous auriez mauvaise grâce en insistant.

Mais ce que je ne laisse pas passer, dans votre réponse, c'est lorsqu'en bon apôtre, vous venez me dire que votre lettre ne contenait rien d'injurieux contre le corps médical.

Depuis longtemps mes confrères ont fait justice de votre missive du 26 janvier 1906, qui fit l'objet du procès que vous m'avez intenté. Mais vous omettez de parler de la note que, quelques jours auparavant, le 20 janvier 1906, votre agent de Bourg m'envoyait, pour me reprocher d'avoir délivré d'« office » un certificat médical.

Le 20 janvier 1906.

A Monsieur le Dr Boudin, à Oyonnax.

« Je viens d'apprendre que vous avez délivré « d'office un certificat au jeune T., constatant « qu'il résulte, de son accident du 13 septembre « dernier, qu'il est estropié.

« Si je considère que vous avez délivré un cer« tificat constatant qu'il pouvait reprendre son « travail le 20 octobre, je suis surpris que vous « trouviez, trois mois après, une incapacité per« manente ».

« Pour nous permettre de suivre la nouvelle « phase de cet accident, je viens vous prier de « m'adresser un rapport indiquant les motifs de « l'incapacité permanente ».

Le Directeur du Groupe de l'Ain.

Je ne puis pourtant pas prendre pour des félicitations au sujet de mon indépendance les termes de ces deux missives où l'on me reproche d'avoir délivré d'« office » des certificats, où l'on me démontre que, ce faisant, j'aurais pu vous porter un sérieux préjudice. N'ajoutez-vous pas, *in cauda venenum*, que, dans le cas où je recommencerais, vous seriez dans la triste nécessité de me révoquer. N'est-ce-pas de la douce menace, ô vous qui venez maintenant prétendre que, dans cette lettre « la liberté du médecin est proclamée » ?

Ne connaissez-vous pas le nom de la Cie d'assurances dont l'agent n'a pas craint d'écrire à un médecin, le 28 juin 1906 :

Ainsi que nous vous l'avons demandé précédemment, vous voudrez bien, pour ne pas nous créer des embarras inutiles, vous éviter de parler d'écrasements ou de sections sur les certificats réservés à la mairie ?

Le Directeur régional,

Et le nom de cette même Cie, dont l'agent écrit à un médecin, le 21 décembre 1906 :

Nous vous serions obligés de nous remplacer le bulletin de guérison ci-joint relatif au blessé F., avec la guerison portée au 24 courant au lieu du 31.

Le Directeur régional.

Est-ce pour mieux assurer la liberté du médecin que de pareilles instructions lui sont données ?

Votre liberté, à vous tous assureurs, consiste à laisser entendre au praticien le petit raisonnement suivant : « Médecin nommé par nous, vous vous devez à nous avant toute chose, avant de songer aux droits légitimes qu'a le blessé de faire soigner sa peau ou de faire constater la diminution de capacité de travail que lui a occasionnée un accident. Nous vous avons investi, vous devez donc défendre nos intérêts, notre caisse, puisque c'est nous qui vous payons et si

vous ne voulez pas être cassé aux gages, comme un vulgaire domestique, tâchez de ne prendre aucune décision, de ne faire aucun certificat sans nous en avoir référé. »

Je ne discuterai pas plus longtemps le ton et le fond de ces ordres. Nous médecins, commençons à comprendre le but réel des contrats que nous proposent les compagnies d'assurances. Ces sociétés font miroiter à nos yeux la monopolisation des blessés d'une région, mais à la condition que le praticien devra songer d'abord aux intérêts de celui qui le paie avant d'envisager ceux de celui qu'il soigne.

Ayez donc le courage de l'avouer !

Avoir du courage c'est facile à dire, mais bien difficile, ou plutôt inutile à montrer lorsqu'on parle affaires. Votre courage, à vous, c'est de vous en prendre au petit médecin que vous pensez être éloigné de tout secours. Pour mon procès personnel, avez-vous songé à vous attaquer au Dr Diverneresse qui avait publié votre lettre ? Avez-vous poursuivi l'*Humanité* ? Non. Vous avez préféré envoyer du papier timbré à un petit médecin de petite campagne, espérant l'épouvanter et l'affoler. Combien grand eût été votre bonheur, si, me sentant isolé et n'ayant pas le « Sou médical » derrière moi, j'avais pu consenti à déclarer que, dans la publication de l'*Humanité*, l'omission d'un passage de votre lettre en avait dénaturé le sens. Quel bel argument n'en auriez-vous pas tiré pour détruire les effets de la contre-enquête de Diverneresse ? Vous aviez escompté ma peur et l'effet de la menace des 10.000 fr. de dommages intérêts que vous me réclamiez, mais vous aviez compté sans le « Sou médical ».

Tout bien réfléchi, je n'ai que des remerciements à vous adresser : le procès que vous m'avez intenté, votre lettre de rectification, me permettent d'attirer une fois de plus l'attention de mes confrères sur le danger de contracter des engagements quelconques avec les compagnies d'assurances, puisque celle dont nous avons facilité les débuts est si sévère à notre endroit.

J'y trouve ensuite l'occasion de vous dire que vous vous trompez, Messieurs les assureurs, en taquinant, par vos relations procédurières, le corps médical tout entier. Vous êtes absolument persuadés que le médecin est la cheville ouvrière des lois sur les accidents du travail : vous le savez si bien que vous vous êtes entourés d'un état major de médecins à votre solde, décorés de titres vagues d'inspecteur ou de contrôleur, pour parer aux préjudices que les praticiens peuvent, dites-vous, vous causer. Au lieu de vous faire des auxiliaires de ces médecins, vous avez cru pouvoir en venir à bout par des tracasseries de tout genre ; vous avez voulu réaliser de petites économies en rognant sur leurs honoraires dans le seul but de masquer votre véritable rôle et celui de votre état-major médical, de réduire le plus possible, ou de faire réduire par certains, qui portent aussi le titre d'experts, les incapacités permanentes partielles. C'est le capital à verser, pour ces rentes, qui vous gêne fort et voici la vraie cause de votre guerre au corps médical. Ce faisant, vous nous avez rendu service : les médecins accourent de plus en plus nombreux s'enrôler dans les rangs du « Sou médical », pour se mettre à l'abri de vos poursuites. Vos attaques les ont rendu prévoyants et vous avez acquis, ainsi, un très grand titre à notre reconnaissance.

A tort, vous nous avez toujours dédaignés parce que vous avez la force de l'argent. Nous nous en sommes bien aperçus lorsqu'en février 1908 a commencé la légende des médecins marrons. Belle légende que celle-ci : vous n'avez jamais pu fournir de preuves bien réelles et les accusés ont toujours été acquittés.

A cette époque, pour vous répondre, pour rétorquer les arguments que vous soumettiez au grand public par la voie de nos quotidiens les plus courus : le *Temps*, l'*Action*, etc., nous n'avons pu, pauvres praticiens, faire les frais que comportait cette campagne de presse : les grands journaux politiques sont fermés aux pauvres et seule l'*Humanité*, le journal des ouvriers, des travailleurs, nous a accueillis, par un geste désintéressé et gratuit.

Le danger a secoué notre légendaire torpeur, nous nous sommes ressaisis et groupés : c'est à vous que nous le devons. Merci.

Cependant, cette force que donne l'argent n'est pas la plus durable : tôt ou tard, l'attention des pouvoirs publics pourrait être attirée sur la question. Certains se préoccupent de savoir si l'Etat n'aurait pas un intérêt dans le monopole des assurances. Ce jour-là, l'assurance sera bien malade, du moins l'assurance telle qu'on la pratique maintenant. A la légende des médecins marrons, les praticiens peuvent vous répondre : « Continuez la guerre, si vous le voulez, mais n'oubliez pas que l'avenir ne vous appartient pas ».

Veuillez agréer, Monsieur, mes sincères salutations.

Dr Paul Boudin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le médecin de l'Assistance est responsable des honoraires des soins donnés à l'indigent pendant son absence.

JUSTICE DE PAIX DE MAZIÈRES

Jugement du 8 juin 1909.

1° Le docteur Damelon, demeurant à Parthenay,

Demandeur au principal ;

2° M. Coutineau, cantonnier, demeurant à Beaulieu-sous-Parthenay,

Défendeur au principal,

Demandeur à la garantie ;

3° Le docteur Séguin, demeurant à Parthenay

Défendeur à la garantie,

Nous, Juge de Paix,

Après avoir entendu les parties en leurs dires, moyens et conclusions,

Jugeant publiquement, en matière civile et en dernier ressort ;

Attendu que le docteur Damelon, réclame à Coutineau le paiement de :

1° Vingt francs pour prix d'une visite de nuit par lui faite à la femme de ce dernier, le 16 mai 1907 ;

2° Un franc soixante centimes représentant partie des frais exposés pour arriver à l'amiable au recouvrement desdits honoraires ;

Que de son côté Coutineau se porte reconventionnellement demandeur en soixante francs de dommages-intérêts, en réparation du préjudice que lui cause l'action injustifiée intentée contre lui, qui l'a contraint à de nombreux déplacements, et appelle à sa garantie le docteur Séguin ;

Qu'il y a lieu de lui donner acte de sa demande reconventionnelle, de joindre l'appel en garantie à la demande principale et de statuer sur le tout par le même jugement ;

En ce qui concerne la demande principale :

Attendu que Coutineau ne conteste ni la visite dont il s'agit, ni le prix réclamé, qu'il soutient simplement que sa femme étant indigente et admise comme telle à l'assistance médicale gratuite, il ne saurait être tenu au paiement desdites sommes, vu qu'il n'a eu recours au docteur Damelon que parce qu'il remplaçait le docteur Séguin, médecin choisi par son épouse et qui ne se trouvait pas à Parthenay le 16 mai 1907 ;

Attendu que le docteur Seguin reconnaît qu'il s'est en effet absenté à cette date pour quelques jours, mais déclare qu'il n'avait pas chargé le docteur Damelon ni aucun autre médecin de le remplacer ;

Attendu que le docteur Damelon n'a été informé qu'une fois la visite faite que la femme Coutineau était assistée ; qu'il résulte,en outre, des déclarations dudit docteur, qui ne sont pas contredites, qu'il n'a pas su, sur le moment, que les personnes envoyées par le mari de la malade chercher le docteur Seguin s'étaient d'abord présentées chez ce dernier et n'étaient venues s'adresser à lui que par suite de l'absence de son confrère, ce qui fait qu'il a pu croire qu'on avait eu directement recours à lui ;

Attendu que, dans ces conditions, le docteur Damelon est fondé en droit strict à demander le paiement intégral de ses honoraires calculés sur le tarif ordinaire ;

Attendu que le chiffre par lui fixé n'est pas exagéré, qu'il y a lieu en conséquence de faire droit à ses conclusions, mais de ce chef seulement, le surplus de sa demande, eu égard aux circonstances de la cause, n'étant pas justifié ;

Attendu que la demande principale étant accueillie, la demande reconventionnelle, qui est uniquement fondée sur elle, doit être rejetée ;

En ce qui concerne l'appel en garantie :

Attendu que le *médecin qui a accepté volontairement de faire partie du service de l'assistance médicale et qui s'absente est incontestablement tenu de se faire remplacer pendant la durée de son absence, si courte, soit-elle* ;

Que les malades privés de ressources et assistés ne sauraient évidemment souffrir d'une façon quelconque d'un pareil fait ;

Attendu que le docteur Seguin, qui fait partie du service de l'assistance médicale organisée dans les Deux-Sèvres, doit chaque fois que cela est nécessaire ses soins gratuits à la femme Coutineau qui l'a choisi comme médecin et qu'il a acceptée ; qu'il a donc commis une faute préjudiciable à cette dernière en s'absentant le 16 mai 1907 sans s'être assuré un remplaçant ;

Attendu, dans la circonstance, que Coutineau n'a commis ni faute ni imprudence, puisque, ainsi qu'il le prétend, et ainsi que cela paraît bien établi, il a d'abord fait demander le docteur Seguin et que ce n'est qu'à son défaut qu'appel a été fait au docteur Damelon et sur le conseil de la bonne du docteur Seguin qui aurait dit aux personnes dépêchées par Coutineau que le docteur Damelon remplaçait son patron, absent de Parthenay ;

Attendu qu'il n'est p oint démontré que l'appel du médecin pendant la nuit n'avait pas une cause sérieuse ;

Attendu, par suite, que l'appel en garantie est justifié ;

Par ces motifs :

Joignons la demande principale et l'appel en garantie et statuons sur le tout par un seul jugement ;

Condamnons Coutineau à payer au docteur Damelon pour les causes sus-énoncées la somme de 20 francs et aux intérêts de droit ;

Le condamnons également en tous les dépens de la demande principale liquidés, ceux exposés ce jour, à 12 fr. 40 ;

Disons le docteur Damelon mal fondé dans les surplus de sa demande, l'en déboutons ;

Donnons acte à Coutineau de sa demande reconventionnelle, mais le déclarons *mal fondé* dans la dite demande et l'en déboutons également ;

Et faisant droit à l'appel en garantie,

Disons que le docteur Seguin sera tenu de garantir et indemniser Coutineau du montant des condamnations prononcées contre lui en principal, intérêts et frais, et le condamnons en outre aux dépens de l'appel en garantie liquidés à 8 fr. 20, ainsi qu'à tous autres frais que pourrait entraîner l'exécution forcée du présent jugement.

SOU MÉDICAL

Extrait du procès-verbal de la séance du 24 février 1910.

Présents : MM. Maurat, Vimont, Diverneresse, de Grissac, Noir, Boudin et Dumesny.

Admissions.— Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les docteurs :

1596 Forgues, à Villemur (Haute-Garonne).
1597 Nicod, à Ornans (Doubs).
1598 Aloncle, à la Ferté-St-Aubin (Loiret).
1599 Culty, à Taulignan (Drôme).
1600 Petit, à Hyères (Var).
1601 Tissot, à Choisy-le-Roi (Seine).

L'opération qui aurait engagé la responsabilité du Dr M., remontant à une date antérieure à son adhésion, la Caisse de Responsabilité ni la Caisse

ordinaire du « Sou » ne sauraient en garantir les conséquences pécuniaires. Le « Sou » ne peut que conseiller à son adhérent de négocier lui-même la transaction qu'il désire ou de charger de ce soin quelque personne de ses amis.

Le Dr D. a gagné en appel son procès contre le Dr X. qui s'était installé dans sa clientèle contrairement aux engagements pris, alors qu'il le remplaçait. Il a manifesté, par lettre adressée à M. de Grissac, l'intention d'abandonner aux malheureux le montant de l'indemnité de 3.000 fr., qui lui est allouée. M. de Grissac lui a conseillé de verser de préférence cette somme à une caisse destinée à parer aux infortunes médicales.

Le Conseil approuve cette réponse.

Conformément à une décision antérieure, le Conseil ordonnance le remboursement au Dr S. de la moitié des honoraires de son avocat et de son avoué, soit 137 fr. 50.

Communication est donnée des diverses lettres de remerciements des Dr M., S. et du Syndicat de Valence.

Extrait du procès-verbal de la séance du 3 mars 1910.

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, de Grissac, Noir et Boudin.

Admissions.—Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les Docteurs :

1602 Lecq, à Formerie (Oise).
1603 Humbel, à Poissy (Seine-et-Oise).
1605 Baudrand, à Montceau-les-Mines (Saône-Loire).
1606 Khayatt, à St-Mandé (Seine).
1607 Hubert, à St-Mandé (Seine).
1608 Beyaert, à Bollezele (Nord).
1609 Lafont, à Orthez (Basses-Pyrénées).

Le Dr B., auquel « le Sou » a accordé, dans sa réunion du 10 février dernier, 1.912 fr., pour remboursement de frais et honoraires, dans une affaire de responsabilité gagnée contre un assisté judiciaire, a adressé au trésorier la lettre suivante :

« Mon cher confrère,

« J'ai l'honneur de vous accuser réception de la somme de 1.912 francs que vous m'avez adressée par lettre chargée en date du 18 courant.

« Je vous réitère personnellement mes remerciements et vous prie de vouloir bien renouveler de ma part à MM. les membres du Comité du *Sou Médical* tous les sentiments de gratitude que m'inspirent leur conduite généreuse à mon égard, ainsi que la marque de haute sympathie qu'ils m'ont témoignée.

« Je vous adresse ci-inclus un mandat-poste de 200 francs, et vous serais obligé de vouloir bien accepter cette somme au profit de la Caisse du *Sou*, pour les bons offices rendus par cette ligue de protection et de défense professionnelle ».

« Veuillez agréer, etc. »

Le Conseil vote des remerciements au Dr B.

Le Conseil vote le paiement d'une somme de 49 fr. 10 pour complément des frais d'avoué dans l'affaire du Dr R., contre la Compagnie Z., frais qui s'élèvent à 199 fr. 10, laissant à son adhérent la totalité de la somme qu'il a à toucher.

Le Dr D., proposant pour publication la copie d'un jugement intéressant dans une affaire d'accidents du travail, demande que le *Sou* prenne à sa charge les frais de cette copie. (*Accordé.*)

Le Conseil vote le remboursement au Dr S., de la somme de 97 fr. 65, payée pour frais et honoraires dans l'affaire de cumul du prix de la visite et des interventions dans les accidents du travail qu'il a gagnée en appel devant le Tribunal civil.

CORRESPONDANCE

Les Syndicats et le Sou Médical.

Le 13 février 1910.

A Monsieur le docteur Boudin,

Très honoré et cher confrère,

J'aurais désiré vous exprimer par retour du courrier mes vifs remerciements pour l'aimable lettre que vous avez bien voulu m'écrire le 4 courant. Mais j'en ai été absolument empêché jusqu'aujourd'hui par un surmenage professionnel intense. Je vous prie donc d'excuser mon retard tout à fait involontaire.

Vous êtes bien bon de prendre la peine de me féliciter parce que j'ai proposé à la Société de médecine l'adhésion de tous ses membres au *Sou Médical*. Ce faisant, je n'ai fait, je pense, que mon devoir parce que, fidèle abonné et lecteur du *Concours* depuis 1901, date de ma soutenance de thèse, je ne puis m'empêcher de saisir toutes les occasions pour attirer l'attention de nos confrères et sur l'œuvre admirable du *Concours* lui-même et sur ses filiales. Et de même que je parle à tous nos confrères, et surtout aux jeunes lorsqu'ils viennent me faire leur visite d'installation à Nîmes, du *Sou médical*, de même je leur recommande chaleureusement l'*Amicale-Maladie*. Il est rare que je ne trouve pas le moyen de placer un mot en faveur de ces institutions si bienfaisantes et malheureusement trop ignorées à chacune des réunions de notre Syndicat. Les procès-verbaux de notre Secrétaire négligent souvent de relater mes réflexions à ce sujet (et je comprends cet oubli insignifiant), mais c'est pour moi comme un *delenda Carthago* ! modern-style. Vous pensez bien que l'affaire de notre ami, M. de B., m'a fourni un trop sérieux prétexte à vanter les avantages du « Sou » sans en profiter. Et je continuerai à l'avenir, assuré d'être ainsi très utile à mes confrères, et ravi de vous être agréable par surcroît en vous aidant pour ma modeste part dans le bon combat que vous soutenez si vaillamment au *Concours*.

Vous êtes bien aimable aussi de vouloir bien

me faire remarquer que c'est le Syndicat de St-Mandé et non celui de Versailles dont les membres sont d'office affiliés au *Sou*. Je le sais parfaitement, toujours grâce au *Concours*, et je l'ai dit aussi à cette même séance où on s'occupait de l'affaire M. C'est notre secrétaire qui a confondu. En effet, après avoir parlé du Syndicat de St-Mandé dont tous les membres sont inscrits au *Sou*, j'ai demandé que, pour la révision des statuts de notre syndicat, révision qui est actuellement à l'étude, nos confrères voulussent bien s'inspirer des statuts du Syndicat de Versailles, qui sont, à mon humble avis et d'après ce que j'en ai lu dans le *Concours*, le modèle des statuts de syndicat médical. Et ce faisant, là encore, je crois être utile à mes confrères puisque, si j'ai bonne mémoire, à Versailles, on a prévu dans les statuts des sanctions sérieuses pour les infractions aux règlements syndicaux. Or, chez nous, j'ai malheureusement trop souvent l'occasion de constater que la conscience, le sens moral, ne sont pas un guide suffisamment sûr pour empêcher de la part de certains confrères des façons de procéder tout à fait anti-déontologiques. Et je pense (avec regret évidemment, mais je suis tout de même convaincu) que les relations interconfraternelles ne pourraient que gagner si les déplorables pratiques auxquelles je fais allusion et qui sont le fait de médecins déjà anciennement et solidement établis (car contrairement à ce que l'on croit, les jeunes sont plus fidèles observateurs de la déontologie que certains anciens), étaient sévèrement réprimées.

Mais à quoi bon vous parler de ces petites misères ; n'êtes-vous pas mieux renseigné que moi là-dessus, vous qui plaidez si éloquemment la cause de l'*optima concordia* contre l'*invidia pessima* ?

Je m'arrête en vous renouvelant tous mes remerciements pour votre missive et en vous assurant, très honoré et cher confrère, de mes sentiments bien dévoués.

Dr SOUCHON.

REPORTAGE MÉDICAL

Bourses de séjour à l'étranger. — Grâce à la libéralité d'un anonyme, l'Université de Paris disposera, à partir de l'année scolaire 1910-1911, de dix bourses de séjour dans les Universités de l'étranger de 3.000 francs chacune. Ces bourses pourront être attribuées soit à des docteurs, soit à des pharmaciens de 1re classe, se destinant à l'enseignement, soit à des agrégés de divers ordres de l'enseignement secondaire, hommes et femmes. Les demandes devront être adressées directement au vice-recteur de l'Académie de Paris, avant le 1er mai 1910. Elles indiqueront l'âge des postulants, leur grade, leurs services antérieurs, et les Universités où ils se proposent de se rendre. Les bourses seront attribuées par le Conseil de l'Université de Paris.

Un gros merci au généreux donateur, dont le geste large permettra aux bénéficiaires de ces bourses de faire des comparaisons, des acquisitions et de réaliser ainsi un perfectionnement intellectuel qui profitera à tous.

La loi Engerand.—Cette loi, après avoir été trois fois mise en discussion à la Chambre et deux fois au Sénat, a été définitivement promulguée. En voici la teneur :

« La suspension du travail par la femme pendant huit semaines consécutives, dans la période qui précède et suit l'accouchement, ne peut être une cause de rupture par l'employeur du contrat de louage de services, et ce à peine de dommages-intérêts au profit de la femme. Celle-ci devra avertir l'employeur du motif de son absence.

« Toute convention contraire est nulle de plein droit.

« L'assistance judiciaire sera de droit pour la femme devant la juridiction du premier degré. »

C'est la suite et la continuation du mouvement qui a pris naissance au sein du Parlement, préoccupé d'encourager la natalité et de diminuer ainsi les effets de la dépopulation.

La Prévoyance Médicale. — L'Assemblée générale de la Prévoyance Médicale a eu lieu au siège social, 29, rue de Londres à Paris, le 6 mars 1910.

Les propositions du Conseil d'Administration constituant sur la somme d'un million cent mille francs (chiffre des bénéfices en 1909) une forte réserve, fixant le taux de la retraite à 1.600 francs, ont été adoptées à l'unanimité.

Pour satisfaire aux légitimes revendications des groupements départementaux, M. MAURIAC, directeur des services d'hygiène de la Gironde, officier de la Légion d'honneur a été élu administrateur.

(*Communiqué.*)

Le Médecin - Pharmacien, organe de défense professionnelle des médecins exerçant la pharmacie. — Sous ce titre paraîtra très prochainement un nouveau journal médical grand format qui traitera plus spécialement les questions intéressant ceux de nos confrères qui font de la Pharmacie à la campagne : Pharmacologie pratique, Droguerie médicale, Informations professionnelles, etc. — Rédacteur en chef : Docteur Vellay. — Bureaux : 35, boulevard Bourdon, Paris (4e).

Nous saluons de nos meilleurs souhaits l'annonce de cette naissance prochaine. Les intérêts des Propharmaciens sont des plus recommandables, ce n'est pas nous qui pouvons être suspectés d'en douter, et leurs droits méritent d'être défendus, à condition toutefois qu'en contre-partie les devoirs de déontologie particulière que leur impose leur situation un tant soit peu hybride ne soient pas négligés.

Contestations d'honoraires. — On vient chercher le Dr X.. en automobile, à dix heures du soir, pour le conduire à 50 kilomètres de son pays, auprès d'une malade. — A son arrivée, la malade est remise de son indisposition.

Il envoie une note de 100 francs ; on lui en offre 25, puis 50. — L' « Association Professionnelle des médecins de Rouen » estime que la note de 100 fr. n'est pas exagérée. En effet, une visite de 50 kilomètres n'est pas dans le rayon ordinaire du médecin et doit être assimilée à une visite de médecin consultant ; de plus 100 kilomètres d'automobile, surtout la nuit, ne peuvent être considérés comme sans danger. — L'Association ajoute cet avis que si le Dr X... avait fourni lui-même l'automobile, il aurait dû réclamer le prix de transport en sus des honoraires de 100 fr.

Au pays de la chicane, il eût été extraordinaire qu'un litige ne se fût pas élevé en pareille circonstance. Mais il y a des juges à Rouen : nous espérons bien qu'ils donneront raison à notre confrère.

Registre d'hygiène des navires. — Le sous-secrétaire d'Etat de la marine vient de décider la création à bord d'un registre d'hygiène analogue à celui qui existe dans l'infirmerie de chaque caserne de l'armée de terre.

Sur ce registre, seront réunies toutes les indications relatives à l'hygiène du navire et de l'équipage, ainsi que les desiderata qui auront été successivement exprimés par les médecins.

Les médecins de la marine chargés d'un nouveau service connaîtront ainsi, immédiatement, la valeur hygiénique des locaux habités, pourront en assurer plus utilement la surveillance et continuer l'œuvre d'amélioration de leurs prédécesseurs.

Ce sera le livret médical du navire, s'ajoutant au livret médical récemment créé pour chaque marin.

Les hôpitaux de Berlin. — Une mission lyonnaise, à la tête de laquelle se trouve M. Herriot, maire de Lyon, est allée à Berlin pour y étudier le régime et l'installation des hôpitaux. Elle se compose, en outre, du doyen de la Faculté de médecine de Lyon, des professeurs Weill, Commandeur, Hugounenq, de l'architecte Sonny-Garnier, de médecins et de conseillers municipaux lyonnais; un certain nombre de dames les accompagnent. Un représentant du ministère de l'Instruction publique de France est arrivé à Berlin pour suivre les travaux de cette mission.

Voilà une louable initiative et dont nous souhaitons vivement la généralisation. C'est en allant voir ce qui se fait à l'étranger que nous pouvons nous documenter en vue du perfectionnement de nos propres installations.

Les élèves en pharmacie et la législation des accidents du travail.— M. Pijon, juge de paix du VIIe arrondissement, vient de solutionner, par un jugement du 4 février 1910, un procès relatif au taux de l'indemnité temporaire due à un élève en pharmacie qui avait été blessé dans l'exercice de sa profession.

Le 17 avril 1908, M. Gouzerh, alors élève à la pharmacie Lesure (ancienne pharmacie Gobley-Vigier, 70, rue du Bac), rentrait de la cour intérieure de la maison, dans l'arrière-pharmacie, lorsque son bras droit passa, à la suite d'un faux pas, à travers une porte vitrée. Il en reçut une grave blessure intéressant profondément le poignet droit. L'artère cubitale fut sectionnée complètement et le nerf cubital en partie, ainsi que plusieurs tendons. D'après un rapport du Dr Richardière, qui se refusa malgré l'état de la victime, à la reconnaître atteinte d'une incapacité permanente, la date de la consolidation fut fixée au 15 août 1908.

On sait du reste que les élèves en pharmacie sont gens d'humeur essentiellement pacifique et méprisent la chicane. M. Gouzerh entreprit d'abord de parlementer avec la Compagnie « Le Patrimoine », qui garantissait le patron, pour en obtenir amiablement son indemnité temporaire. Mais celle-ci ne voulut entendre aucune proposition raisonnable et prétendant qu'il fallait évaluer à 60 francs par mois le prix de la nourriture et du logement que M. Gouzerh recevait de son patron, elle lui offrit pour solde la somme de 234 fr. 10.

Il est certain qu'à ce compte-là, le patrimoine de la Société du même nom doit être agréablement rondelet et que les dividendes payés à ses actionnaires doivent dépasser notablement les rentes servies aux blessés. Toutefois M. Gouzerh mal satisfait assigna devant le juge, sous le nom de M. Lesure, l'assureur en question.

Après avoir entendu les explications de Me Bruno-Dubron pour M. Gouzerh, et d'un agent de contentieux pour l'assureur, le Tribunal a apprécié à 100 francs par mois la valeur moyenne de l'entretien reçu par un élève chez son patron et en conséquence l'indemnité allouée à M. Gouzerh a été portée à 396 fr 27.

Cette décision, assez avantageuse en somme pour les élèves en pharmacie, est la première à notre connaissance rendue dans un procès de ce genre. Il est probable qu'elle va faire jurisprudence.

(*Le Médecin Praticien.*)

Extraction du radium. — Le commerce du radium s'organise en atteignant des chiffres de production que l'on ignorait jusqu'ici. En Autriche, le bureau de vente du radium, installé par l'Etat à Vienne, a mis en vente 1 gramme de radium au prix de 400.000 (380.000 couronnes) et a déjà reçu des propositions. Un second gramme de radium va bientôt être achevé à Joachimstal et sera vendu dans les mêmes conditions.

D'autre part, d'après l'*Engineer*, une commande énorme de 7 gr. 5 vient d'être faite à une mine du Cornwal pour Lord Irveagh et Sir Ernest Cassel pour être offerts au « Radium Institute » fondé en grande partie par eux.

On a dit que le prix convenu d'avance était de 2.850.000 francs l'once (30 gr. 6) ou moins de 100.000 francs le gramme. Ce chiffre, très inférieur au cours pratiqué d'ordinaire, n'est reproduit ici que sous toutes réserves.

(*La Nature*, 15 janvier 1910.)

Un médecin centenaire.— Ils sont plutôt rares. Or, celui que l'on vient de fêter à Saint-Valérien, près de Sens, Jean-Charles Boullé, né le 3 mars 1810, est encore alerte et se tient droit. Il se flatte d'avoir toujours mangé à sa faim et bu à sa soif (du Bourgogne, naturellement).

C'est le doyen — on s'en doute — des officiers de santé, mais s'il n'est qu'officier pour le grade, il a été sûrement grand-officier pour la santé. Il fut reçu en 1831, et, depuis 1750, le petit pays de Saint-Valérien eut ses ancêtres comme officiers de santé, moitié cultivateurs, moitié médecins. Un de ses fils, âgé de soixante-cinq ans, continue la lignée.

Le menu du banquet, que nous avons sous les yeux, n'est pas précisément frugal. Dix plats, sans les desserts, et quatre espèces de bon vin.

A noter que ce gai centenaire a *offert* le banquet au lieu de se le laisser offrir. On voit que c'est un homme du vieux temps.

Bravo, l'ancêtre! Il y en a tant parmi nous qui sont fauchés prématurément qu'il faut nous hâter de saluer un cas de longévité aussi exceptionnelle.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Buthaud, de Paris, et Sentex père, de St-Sever (Landes), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIROU
3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 13 Dimanche 27 MARS 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

SOMMAIRE

Notre devoir électoral 265
Propos du jour
Orgueil syndicaliste. — A propos du libre choix limité dans le Nord : protestation syndicale. — Trust et monopole. — La Maison des étudiants et la Maison du médecin. — Les tonnes fées de la famille médicale.. 266
Clinique médicale
L'ulcération simple de l'estomac. Discussion sur le traitement. — La triade symptomatique du chancre amygdalien... 268
La semaine médicale
Le pansement au sérum artificiel. — Le sérum antidiphtérique en injections contre les hémorrhagies rebelles. — Les convalescences et l'ibogaïne... 271
Revue des sociétés savantes
Prophylaxie de la fièvre typhoïde. — Composition chimique de l'absinthe. — Pathogénie de la cataracte. — Régime alimentaire dans les affections du rein. — Origine périphérique de la tuberculose pulmonaire..... 272
Formulaire raisonné
La digitale..... 273
Séméiologie
Le diagnostic précoce de la tuberculose rénale..... 274
Prophylaxie
La méningite cérébro-spinale et la diphtérie naso-pharyngienne..... 277
Trouvailles et observations du praticien
Le signe de Choparo, permettant de reconnaître la grossesse dès les premières semaines de la conception. — Petits trucs du praticien..... 277
La défense des intérêts médicaux au Parlement
Le libre choix du médecin par l'assisté à la Chambre des députés..... 279
Chronique des accidents du travail
Au secours des compagnies d'assurances. — Une réponse à propos du livre des Drs Forgue et Jeanbrau..... 281
Intérêts professionnels
L'exercice de la spécialité à la campagne..... 283
Le Sou médical
Séance du 10 mars 1910..... 282
Chronique de la Prévoyance
La Maison du médecin. — Souscription au syndicat de Valence 284
Jurisprudence médicale
Honoraires dus au médecin choisi par la victime..... 284
Reportage médical..... 285

NOTRE DEVOIR ÉLECTORAL

En entente absolue avec le Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France, les Conseils du *Concours* et du « Sou », dans leur dernière séance, ont été unanimes à reconnaître que l'heure était venue d'assurer l'exécution du vote de nos Assemblées générales sur les propositions du Dr Vimont (voir n° 50, de 1909, page 960).

Partant de ce principe que les Syndicats médicaux ont enfin, puisqu'ils le disent, pris conscience de leurs devoirs, nos Conseils proposent d'uniformiser le *modus faciendi* de la façon suivante :

1° Chaque Syndicat se réunira extraordinairement au début de la période électorale ;

2° A la séance auront été convoqués *tous* les candidats à la députation (à quelque opinion qu'ils appartiennent) de la zone du Syndicat ;

3° Engagement leur sera demandé d'adopter à la Chambre tous textes consacrant la liberté de choix de son médecin pour tout citoyen français sans exception ;

4° Il sera rendu compte immédiatement à l'Union des Syndicats ou au *Concours médical* des engagements pris ou refusés ;

5° Dans le cas où des candidats n'auraient pas répondu à l'appel, il leur sera aussitôt envoyé une lettre et un bulletin ainsi conçus :

« Monsieur,

Vous avez pu constater que dans sa séance du 2 mars 1910, la Chambre des Députés, à *vingt* voix de majorité, a voté la disjonction de la question du libre choix du médecin par l'assisté. Le vote de cette disjonction, qui considère que cette réforme ne doit pas être décidée à propos de la loi des finances, montre évidemment que *la question du libre choix du médecin, déjà adoptée dans la loi des accidents du travail, est actuellement sur le point de triompher.*

Depuis longtemps et impatiemment attendue par le corps médical français, cette réforme doit aboutir, *car telle est notre ferme volonté.*

Les médecins praticiens refusent de continuer de tenir le rôle qu'on leur fait jouer auprès des humbles (assistés, mutualistes, petits employés, etc.).

Ils entendent que désormais ne soit plus imposée à qui que ce soit la confiance d'un médecin désigné.

N'est-il pas étrange qu'un gouvernement républicain, basé sur le respect des *Droits de l'Homme*, tolère que les lois d'assistance (1893) et de mutualité (1898), n'assurent pas la *complète li-*

berté individuelle et permettent de violer le droit le plus sacré, le plus respectable de toute personnalité humaine, celui de confier sa propre santé et celle de sa famille au médecin qu'il a librement choisi, à celui qu'il considère comme un ami auquel il peut confier ses secrets et non à un fonctionnaire médical, dont il ne peut accepter l'intervention sans défiance.

La loi sur les accidents du travail (1905) a déjà reconnu ce droit à l'ouvrier blessé ; pourquoi nos législateurs le refuseraient-ils aux autres ?

Seraient-ils toujours imbus du même esprit d'autocratie et d'égoïsme que nous croyions l'apanage disparu des époques de tyrannie ? Accepteraient-ils pour eux la contrainte qu'ils laissent imposer aux plus faibles ?

Serait-ce parce que, sous l'empire de l'obsession électorale, ils craignent d'imposer aux budgets de l'Etat, des départements, des administrations et d'autres collectivités un sacrifice qui leur incombe et qu'ils préfèrent, sans souci de la plus élémentaire équité, mettre à la charge des simples praticiens ?

Nous en avons assez de ce rôle de guérisseurs au rabais. Nous ne voulons plus aller imposer nos soins, payés surtout en rubans, à des malades pauvres qui nous accueillent avec crainte et méfiance.

Ce genre de philanthropie caporalisée ne saurait être le nôtre. D'ailleurs, il est indigne des hommes qui, comme vous, sollicitent l'honneur de représenter leurs concitoyens et désirent diriger les affaires du pays.

Aussi nous ne doutons pas que vous voudrez bien sans hésitation souscrire à l'engagement que réclame la communication suivante :

« *Les médecins du département ont l'honneur de vous informer qu'en exécution des votes émis par les Congrès des Praticiens et les Assemblées générales de l'Union des Syndicats médicaux de France, ils sont fermement décidés à n'accorder leur confiance et leurs votes qu'aux seuls candidats qui prendront* PAR ÉCRIT *l'engagement formel d'assurer à chaque citoyen* LA LIBERTÉ ABSOLUE DANS LE CHOIX DE SON MÉDECIN *en adoptant à la Chambre toute proposition présentée dans ce but* ».

Dans l'espoir que vous voudrez bien nous retourner signé le *Bulletin* ci-dessous, nous vous prions, Monsieur, d'agréer l'expression de notre considération distinguée »

Pour le Syndicat :

Bulletin à retourner dûment rempli et signé à M. le Dr..., Président ou Secrétaire du syndicat.

Je soussigné candidat à la députation dans la e circonscription de , département de , m'engage à adopter, à la Chambre, tout texte ayant pour objet d'assurer, à chaque citoyen, l'absolue liberté dans le choix de son médecin.

A , le 1910.

(*Signature*).

La liste des candidats qui signeront le présent engagement sera adressée à tous nos journaux professionnels.

6° Communication sera aussitôt faite des réponses à l'Union des Syndicats ou au *Concours*, soit par le Président, soit par le Secrétaire du Syndicat.

7° Les Fédérations assureront, pour cette campagne d'ensemble, l'action des Syndicats qui les constituent.

Les Conseils du Concours et du Sou médical.

PROPOS DU JOUR

Orgueil syndicaliste. — A propos du libre choix limité dans le Nord ; protestation syndicale. — Trust et monopole. — La Maison des Etudiants et la Maison du Médecin. — Les bonnes fées de la famille médicale.

Empruntant au vieux Corneille un de ses vers pour devise, nous avons récemment écrit :

« Je sais ce que je vaux et crois ce qu'on m'en dit. »

Cela n'a pas été du goût de tout le monde, et l'on a trouvé ce propos orgueilleux.

Eh bien, oui ! c'est vrai, nous sommes atteint du mal d'orgueil, mais c'est de l'orgueil syndicaliste. L'avons-nous contracté, l'avons-nous à notre tour transmis ? Nous ne saurions le dire. L'un et l'autre sont probables. Il est un fait certain, c'est qu'ici même ce mal règne et que nous vivons dans un milieu contaminé. Les symptômes de cet orgueil se trouvent dans tous nos actes, dans notre indépendance de caractère, dans la conscience de notre force et aussi de nos faiblesses, dans l'indifférence où nous laissent également le blâme des uns et les flatteries des autres. Notre orgueil s'accuse dans le dédain des honneurs et des décorations, dans le fait que nous apprécions les hommes d'après leurs mérites et leurs actes et non d'après leurs titres ou leurs fonctions. Notre orgueil consiste enfin à ne pouvoir subir l'arbitraire sans révolte et l'injustice sans protestation.

Nous avions craint que cet orgueil ou plus sim

plement ce sentiment d'indépendance ne sommeillât chez nos confrères syndiqués du Nord. Nous avions montré quelque surprise, nous qui, en diverses occasions, avions pu apprécier leur enthousiasme syndicaliste, à constater leur silence après le vote du Conseil général limitant le libre choix du médecin par l'assisté. Notre crainte était mal fondée, car à peine notre dernier *propos* paru, nous recevions des lettres de rectification. Elles émanaient de notre excellent correspondant et ami, le Dr Lambin, de Lille, et du Président du Syndicat des médecins de Lille, le Dr Vanverts. Elles nous ont appris que le Syndicat lillois avait protesté contre l'ostracisme dont les médecins catholiques avaient été frappés. Nous rectifions avec le plus vif plaisir notre erreur, et donnons avec une sincère satisfaction à la protestation de nos confrères lillois la publicité qui lui avait jusqu'alors fait défaut. Nous sommes heureux de constater que les praticiens français ne subiront jamais sans révolte l'arbitraire administratif, ni la tyrannie politique. Ne cessons de le répéter, dans nos Syndicats, nous ne devons distinguer ni catholiques, ni protestants, ni israélites, ni libres-penseurs, ni francs-maçons, ni conservateurs, ni libéraux ni radicaux, ni socialistes ; nous ne devons reconnaître que des médecins praticiens égaux entre eux, dont l'indépendance et les droits doivent être rigoureusement défendus contre toute exclusion et contre tout monopole.

***

Monopole ! voilà un mot qui sonne mal aux oreilles libérales de bien des médecins. Aussi, quand certains de nos amis ont laissé entrevoir leur désir de soutenir une campagne en faveur de la monopolisation des assurances par l'Etat, quelques-uns de nos lecteurs nous ont adressé des lettres fulminant par principe contre les monopoles.

Certes oui, nous sommes pour notre profession les adversaires irréductibles de toute monopolisation, mais cela n'empêche que dans certaines branches de l'activité humaine, et les assurances sont de ce nombre, la monopolisation par l'Etat constituerait un véritable progrès.

Les assureurs, avec lesquels nos rapports sont le plus souvent tendus, forment entre eux un Syndicat qui est un véritable trust, dirigé par des puissances financières. Or il n'est pas discutable que le monopole des assurances par l'Etat serait infiniment plus avantageux, pour nous médecins, que le trust actuel qui est en fait un monopole privé.

Dans nos conflits avec le trust des assureurs, nous nous heurtons trop fréquemment à une mauvaise volonté systématique qui nécessite de continuelles polémiques et de fréquents procès ; le tarif Dubief est invariablement discuté dans ses points les plus nets et les plus précis, malgré une jurisprudence cent fois établie. En serait-il de même si l'Etat monopolisait les assurances ? Ne pourrions-nous pas nous faire rendre plus facilement justice et ne verrions-nous pas, sans avoir besoin de faire intervenir les influences parlementaires, cesser plus promptement toutes ces tracasseries ? D'ailleurs, le système hongrois que le Dr Diverneresse préconise n'est pas du tout une monopolisation : nous n'aurions nullement affaire avec lui à l'Etat-Assureur : ce système consiste en la création d'une sorte de mutuelle dont les caisses seraient administrées par tous les intéressés : ouvriers, patrons, médecins, etc. et dont l'Etat exercerait le contrôle. Ne nous laissons pas prendre à la magie des mots, il y a monopole et monopole, et de tous les monopoles, le plus dangereux, le plus tyrannique, est le trust. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter les yeux sur ce qui se passe en Amérique.

***

Les journaux nous apprennent que M. le Ministre de l'Instruction publique vient d'inaugurer la Maison des Etudiants. Il a dû trouver dans les acclamations de l'Association générale officielle des étudiants de Paris une compensation à la campagne plus qu'active que mène le *Radical* contre l'Agrégation en médecine, campagne qui commence à préoccuper la presse tout entière.

La Maison des Etudiants est établie dans la vieille Faculté de Médecine de Paris, que le Syndicat des médecins de la Seine, grâce à l'initiative de son fondateur, le Dr Le Baron, a sauvée de la ruine, et qu'en amis des vieux souvenirs de notre profession et par respect pour la mémoire de Le Baron, nous avons nous-même contribué à faire restaurer. C'était là quelques titres pour le Syndicat des médecins de la Seine à être invité à l'inauguration de la Maison des Etudiants, mais l'Association générale des Etudiants n'a pas eu cette délicatesse, ni cette courtoisie. Nous nous en consolons facilement. On sait que nos sympathies ne vont pas à ces sociétés officielles, subventionnées et frappées de ce fait de paralysie et d'inaction ; nous tournons nos regards vers les Associations corporatives d'Etudiants, aux initiatives hardies, à l'indépendance jalouse, à l'activité efficace, ce sont elles que nous considérons comme les écoles préparatoires de notre syndicalisme.

La Maison des Etudiants aurait pu être la Maison des Médecins ; nous l'aurions facilement obtenue si un peu plus de cohésion avait régné dans le corps médical parisien. Mais si, à Paris, nous ne sommes pas encore près de voir

s'organiser, comme à Bruxelles, une Maison des Médecins, nous sommes heureux d'apprendre la réalisation prochaine dans des conditions inespérées, de la *Maison du Médecin*. Cette œuvre de solidarité médicale fut considérée par beaucoup comme une utopie. Grâce à la robuste persévérance de ceux qui en prirent l'initiative, cette maison de repos et de retraite va naître un peu comme dans un conte de fées.

En disant que l'histoire de la Maison du médecin tient du conte de fées, nous ne saurions parler avec plus d'exactitude ; c'est, en effet, à une fée bienfaisante que sera dû surtout le succès de cette œuvre et tout le monde des praticiens y applaudira sans réserves.

Elles abondent du reste dans la famille médicale, les bonnes fées. Il en est une qui de la plus belle station thermale de Savoie, a bien voulu nous écrire, en son nom et au nom de son mari, un excellent confrère. Elle serait heureuse de faire bénéficier d'un séjour à son foyer et de ses soins maternels et dévoués l'enfant d'un de nos confrères, sinistré, malade ou décédé.

L'enfant pourrait, lors du Congrès des praticiens, gagner la Savoie avec le mari de la bienfaisante dame qui, à cette époque, sera de passage à Paris.

Cherchez donc, lecteurs, parmi vos amis éprouvés, et bénissez avec nous les bonnes fées protectrices de la famille médicale française.

J. Noir.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur Dieulafoy.

I

L'ulceratio simplex de l'estomac. Discussion sur le traitement.

Il y a trois semaines, entrait dans le service le malade aujourd'hui devant vous, dans cet amphithéâtre. Vous le voyez encore très pâle, mais cette pâleur n'est rien à côté de ce qu'elle était au moment de son admission. Voici l'histoire de ce jeune homme. Il est âgé de 22 ans. Le dimanche 9 janvier, il va dîner avec des amis. Sans être malade, il s'était senti souffrant, un peu mal en train dans la journée. Quoi qu'il en soit, il dîna mais pas copieusement, n'ayant pas faim. Le repas terminé, il sort faire une promenade. A peine dehors, il se sent pris de vertige et il a un vomissement de sang subit, assez abondant, que l'on peut évaluer approximativement, d'après ses indications, à 200 ou 300 grammes. On le conduit chez un pharmacien, et, après quelques soins, il repart. Il ne va pas loin, cependant, car il est bientôt obligé de s'arrêter ; il s'accoude près d'une porte et vomit à nouveau du sang, cette fois, dit-il, un demi-litre. Entre la première et la seconde hématémèse, s'étaient produites des douleurs abdominales, et une diarrhée que l'on peut supposer être du mélœna. Après ce deuxième vomissement de sang, le patient est reconduit chez lui en fiacre et il se couche.

Le surlendemain, le mardi, se sentant mieux, le malade veut aller travailler. Le mercredi, il vient nous voir à l'Hôtel-Dieu. Il se présente à nous pâle, d'une pâleur cadavérique. Nous cherchons à savoir s'il a encore du melœna. L'absence de garde-robes ne nous permet pas de connaître ce renseignement. Le jeudi 13 janvier, il se plaint de céphalée, de douleurs abdominales. Le vendredi 14, il est pris, à midi et demie, de grandes hématémèses. Il vomit du sang avec des caillots. Le dimanche suivant, nouvelle hématémèse avec caillots. Les garde-robes sont mélœniques.

Le diagnostic avait déjà été porté. Quand on est en face d'un jeune garçon sans passé stomacal, n'ayant pas eu les douleurs de l'ulcus gastrique dont l'affection a pour premier grand symptôme l'hématémèse, on ne doit pas accepter le diagnostic d'ulcus simplex de Cruveilhier.

On observe aussi des hématémèses, vous le savez, dans la cirrhose et la précirrhose. Il s'agit des sujets qui ont des varices de l'œsophage, de l'estomac. A un moment donné, une de ces varices s'ouvre et il peut s'ensuivre, quelquefois, une mort rapide. Ici, il n'était pas question de cirrhose, pas plus que d'ulcus simplex. Je n'ignore pas qu'il est des observations d'ulcus simplex où l'évolution a été latente. Ces ulcus, à tendance perforante, peuvent se manifester par une perforation subite. De ce qu'un malade n'a pas de passé gastrique, on ne saurait conclure immédiatement qu'il n'a pas d'ulcère simple. Toutefois, dans la majorité des cas, l'ulcère de Cruveilhier comporte des antécédents.

Eloignant ces diagnostics, nous nous trouvions en face de quoi ? D'une lésion que j'ai décrite, il y a une dizaine d'années, sous le nom d'*ulcus simplex* de l'estomac. J'ai observé cette affection pour la première fois dans des conditions spéciales.

C'était le jour où je faisais ma première clinique à l'Hôtel-Dieu. Ce jour-là, ma leçon venait à peine d'être terminée qu'on me prévint qu'un malade était entré, admis d'urgence, dans le service. Cet homme avait eu une hématémèse intense. Il était exsangue. Je me dis : « Ce doit être un ulcus simplex ». Le lendemain, une nouvelle hématémèse se produisit et peu après le malade mourut. A l'autopsie, l'examen de l'estomac ne révéla d'abord rien. C'est seulement en développant les plis

la muqueuse, en recherchant à l'œil nu et surtout à la loupe, que je découvris une petite exulcération non excavée, n'ayant pas l'aspect de l'ulcus de Cruveilhier, offrant une fine artériole ouverte, comme taillée en biseau. L'estomac, à part cela, était sain. L'hémorrhagie ne s'était pas arrêtée spontanément, vu l'état de l'ouverture artérielle. L'érosion d'une petite artériole rampant sous la muqueuse avait suffi à produire une hématémèse mortelle. Je donnai à cette affection le nom d'ulceratio simplex pour la distinguer de l'ulcère simple.

Trois mois plus tard, nous reçûmes dans le service un second malade entièrement analogue, pâle, exsangue. Il nous raconta, que, quelques jours auparavant, il avait eu, rue de la Montagne-Sainte-Geneviève une hématémèse foudroyante. Il avait vomi sur le trottoir une telle quantité de sang que ses pieds clapotaient dans son sang. Rentré chez lui, une nouvelle hématémèse s'était produite. Je portai le diagnostic d'ulceratio simplex, je mis le malade au repos absolu au lit, sans alimentation, à peine quelques cuillerées d'eau, me disant : « Si l'hématémèse reprend, nous ferons opérer ce patient ». Le lendemain, il vomit une cuvette de sang. Je fis appeler M. Cazin, qui suppléait M. Duplay, et lui demandai d'intervenir d'urgence, malgré l'état d'affaiblissement du sujet. L'estomac ouvert, M. Cazin ne trouva d'abord aucune lésion. Ayant insisté pour qu'une recherche minutieuse fût faite, notre convict on qu'il y avait quelque chose fut couronnée de succès. En épongeant par petites places la muqueuse de l'estomac retourné, on finit pas rencontrer en un endroit un petit jet de sang. L'artériole ouverte fut ligaturée. Dix jours après, le malade mangeait un bifteck et, depuis, les accidents ne se sont plus jamais reproduits.

Je passe sur les autres observations. Un certain nombre ont été publiées. Voici, en quelques mots, l'histoire de cette affection. C'est une érosion qui intéresse une petite artériole superficielle. L'artériole lésée est ouverte, comme taillée en biseau. Par quoi ? Par un processus probablement infectieux qui laisse le reste de l'estomac intact et ne touche qu'un point de la muqueuse. Chose remarquable, le premier et unique symptôme est l'hématémèse. Quand vous observez une grande hématémèse subite, sans passé stomacal, pensez à l'ulceratio simplex.

Chez notre malade actuel, nous avons fait faire des recherches hématologiques sur son sang. Le 17 janvier, il avait 800.000 globules rouges par cent.cube au lieu de 5 millions. Nous l'avons mis à un régime doux avec, comme prescription pharmaceutique, du chlorure de calcium et la potion chère à Trousseau, composée d'eau de Rabel et de sirop de ratanhia, en alternant les deux potions. Le malade, mourant de soif, prenait seulement une cuillerée d'eau toutes les heures. Le lendemain, je permis un peu plus d'eau, puis un peu de lait dans l'eau. Bientôt, il se sentait mieux et avait 1 million 900.000 globules rouges. On lui donna plus de lait. De même, il reçut des injections de sérum, à petites doses, 25 gr., 50 gr. La quantité de lait fut augmentée jusqu'à 1200, 1800 grammes. Le 4 février, la numération des globules donnait 2 millions 230.000. Le 9 février, elle s'élevait à 2 millions 800.000. Le 17 février, le malade prend 2 litres 500 de lait et des fécules de pommes de terre, de riz, d'orge. La numération globulaire enregistre 3 millions de globules. La partie est gagnée et cet homme sortira guéri du service.

En résumé, ce malade a été atteint d'ulceratio simplex de l'estomac. Les hématémèses abondantes et répétées ont été le symptôme dominant de la maladie. Si de nouvelles hématémèses étaient survenues, j'aurais eu recours à l'intervention chirurgicale. Actuellement, le patient peut être considéré comme guéri, et guéri définitivement, sans retour : l'expérience m'a prouvé, en effet, que cette lésion n'est pas sujette à récidive. C'est là une notion importante pour le pronostic.

II

La triade symptomatique du chancre amygdalien

Je vais vous montrer maintenant un malade qui nous est venu avec la suspicion de chancre de l'amygdale. Après l'avoir fait se gargariser pour déterger sa gorge, nous l'avons examiné et nous avons trouvé son amygdale droite un peu volumineuse, un peu ulcérée, un peu déchiquetée. L'affection remontait à une dizaine de jours, et il s'agissait de faire un diagnostic.

L'hypothèse de chancre avait été mise en avant. C'est là un diagnostic important, puisqu'une erreur dans un sens ou dans l'autre a des conséquences graves. Le diagnostic est donc essentiel.

Ce n'est pas la première fois que j'aborde ce sujet. Je l'ai déjà traité en 1898, dans une série de leçons. Je n'ai pas pour habitude de répéter mes leçons ; toutefois, quand un cas comme celui-là se présente dans le service, je ne saurais le laisser passer inaperçu ; et puis il est quelques points de vue nouveaux que j'aurai à vous signaler.

Le chancre amygdalien est polymorphe et voici sommairement rappelées ses principales formes cliniques.

Dans une première forme, il s'agit de malades venant nous trouver pour un mal de gorge avec fièvre, 39° par exemple, une grosse amygdale recouverte d'enduit pultacé. Vous pensez au premier abord à une angine banale. Le malade se gargarise, et revient vous voir au bout de 3 ou 4 jours, toujours dysphagique, se plaignant de sa

gorge encore. Vous regardez : l'amygdale est grosse, violacée. Vous éloignez l'idée d'abcès et vous pensez au chancre. Il peut n'y avoir aucune érosion visible. De même qu'il existe des chancres nains des organes génitaux, de même il peut exister des petits chancres cachés dans les anfractuosités de l'amygdale. Vous ne les voyez pas et l'affection simule une angine.

Autre forme : amygdale volumineuse, violacée, avec une érosion suspecte.

Troisième forme : Le malade crache des membranes, vous en trouvez et en enlevez sur l'amygdale. C'est la variété diphtéroïde du chancre.

Quatrième forme : Le malade a une dysphagie violente, son haleine a une odeur infecte, son amygdale est volumineuse, grisâtre, noirâtre, comme sphacélée. Dans une observation de Laboulbène, l'amygdale fut enlevée et 15 jours après survint une roséole.

Enfin, autre forme, rare, que j'ai réservée pour terminer. C'est la forme véritablement ulcéreuse. Je ne cesse de répéter que le chancre n'est pas une ulcération. Le syphilome primitif est une petite tumeur qui s'exulcère. Il est toutefois des observations de chancre creusant ; c'est une variété rare, je le répète.

Ces différents types doivent vous venir à l'esprit quand vous examinez un malade dans ces conditions.

Eh bien, de quoi est atteint notre malade ? Est-ce un chancre, est-ce autre chose ? Toutes les ulcérations amygdaliennes ne sont pas syphilitiques et même le fait d'une ulcération doit plutôt faire rejeter l'idée de chancre. Il existe des ulcérations des amygdales bien étudiées par Vincent et connues sous le nom d'angine de Vincent. Il s'agit d'un mal de gorge siégeant sur l'une ou les deux amygdales. Les tonsilles intéressées sont recouvertes d'abord de fausses membranes comme dans la stomatite ulcéro-membraneuse. Enlevées, on aperçoit au-dessous une excavation. Pendant 15 jours, 3 semaines, l'amygdale reste ulcérée. C'est une infection amygdalienne dans laquelle deux microbes interviennent : des spirilles et des bacilles fusiformes.

Je reviens au diagnostic de chancre de l'amygdale. Il est une triade symptomatique sur laquelle on basera ce diagnostic. Cette triade est la suivante :

1° L'unilatéralité de la lésion. La plupart des amygdalites (9 fois sur 10) sont bilatérales. Le chancre est 29 fois sur 30 unilatéral.

2° L'induration de l'amygdale. La tonsille, dans le chancre, est indurée. L'induration est assez difficile à sentir. Introduisez dans la bouche le doigt armé d'un gantier, et usez du palper bimanuel. Du côté sain, vous trouvez l'amygdale molle et du côté atteint elle est dure.

3° Enfin, et c'est là le signe principal, il y a adénopathie, pléiade ganglionnaire. Allez rechercher au cou la pléiade ganglionnaire et vous sentirez derrière la mâchoire, au niveau du sterno-mastoïdien, des ganglions indolents, roulant sous le doigt.

Voilà les trois signes essentiels, qu'il faut retenir. Chez notre malade, l'affection est unilatérale, mais il n'existe ni induration, ni pléiade ganglionnaire. On ne trouve pas trace de ganglions, ni latéraux, ni descendants.

Nous avons éloigné le diagnostic de chancre et nous nous sommes arrêtés à celui d'angine de Vincent.

J'ai déjà signalé ces données dans mes leçons de 1898. Je pourrais en rester là. Mais les années ont passé. Depuis douze ans, des faits nouveaux se sont produits ; le laboratoire est venu compléter la clinique. Nous connaissons le spirochète de la syphilis, nous avons l'ultra-microscope. Il peut intervenir dans le diagnostic.

Si nous avions eu un démenti du laboratoire, si nous avions vu sur la préparation microscopique des tréponèmes pâles, qu'aurions-nous dit ? Aurions-nous accordé crédit à la clinique ou au microscope ? La science progresse mais elle n'éclaire pas toujours les questions. Voici une planche qui représente différents spirochètes, le spirochète de Vincent, le tréponème de la syphilis, le spirochète refringens et le pseudo-tréponème, car il y a un tréponème pseudo-syphilitique comme il y a un bacille pseudo-diphtérique. En pratique, il ne faut pas les confondre. Leurs types extrêmes se différencient aisément ; les formes intermédiaires s'avoisinent. La question est délicate. De même qu'il peut exister dans la cavité buccale non malade des bacilles pseudo-diphtériques, de même, il peut s'y trouver des tréponèmes pseudo-syphilitiques qu'on ne doit pas prendre pour des tréponèmes pâles.

Si, dès lors, on venait nous dire : « Vous avez fait un diagnostic de maladie de Vincent. Eh bien, l'ultra-microscope montre des tréponèmes pâles ». Je répondrais : « Cliniquement, j'ai affirmé que ce malade n'avait pas un chancre. Il faut y regarder de plus près. Le tréponème pseudo-syphilitique a bien des ressemblances avec le tréponème pâle. En cette matière, on doit prendre garde à l'erreur ».

On ne doit se ranger, au cas de doute, qu'à l'avis d'un bactériologiste autorisé.

Pour ce qui concerne notre malade, l'examen microbiologique a montré des spirilles et des bacilles fusiformes de Vincent. Il concorde pleinement avec le diagnostic clinique.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Le pansement au sérum artificiel.

M. le Dr Emile Maurel, de Paris, a étudié, dans sa thèse, les résultats donnés par les pansements des plaies et brûlures au sérum artificiel à 7 °/oo.

D'après l'auteur, ce genre de pansement est très comparable au pansement à l'eau stérilisée ; il s'emploie dans les mêmes cas ; il donne des résultats *au moins aussi bons*, même sensiblement meilleurs.

Ces résultats sont certainement meilleurs, lorsque les tissus sont particulièrement sensibles et délicats : brûlures, plaies chez les enfants, etc.

Il est notablement plus analgésique que le pansement à l'eau stérilisée (brûlures, panaris).

Il est antiputride et désodorisant (ulcères).

Pour toutes ces raisons, on doit le préférer au pansement à l'eau stérilisée.

Les valeurs respectives du pansement au sérum et du pansement à l'eau stérilisée ne pourront être établies exactement que par la comparaison rigoureuse d'un très grand nombre d'observations soigneusement faites.

Le sérum antidiphtérique en injections contre les hémorrhagies rebelles.

M. le Dr Laurent Giroud, de Lyon, a exposé dans sa thèse les excellents effets des injections de sérum antidiphtérique contre les hémorrhagies rebelles.

« Habituellement, dit l'auteur, pour lutter contre les hémorrhagies, on peut chercher à obtenir la vaso-constriction locale ou générale et avoir recours :

A l'action de la température ;

A l'action de certains médicaments, dits hémostatiques.

Et, lorsque les hémorragies ne sont pas sous la dépendance d'une modification de la crase sanguine, mais sont, ce que l'on pourrait appeler des hémorragies mécaniques, on obtient avec ces moyens des résultats satisfaisants.

La chaleur, en effet, amène une vaso-constriction énergique par diminution de l'apport du sang à la superficie.

L'antipyrine, la ferripyrine, l'eau oxygénée, la cocaïne, ont des propriétés constrictives nettement établies.

Depuis que l'on connaît les propriétés de l'adrénaline, on a essayé de l'appliquer localement en badigeonnages et même en injections hypodermiques d'un demi-milligramme.

Mais, Sahli se demande si, avec l'adrénaline, les hémorrhagies secondaires ne sont pas à redouter et si les injections sous-cutanées ne sont pas d'un emploi dangereux.

L'hydrastis canadensis, l'hamamelis virginica, eurent aussi leur heure de succès. L'ergot est encore fréquemment employé.

Mais ces médications vaso constrictives ont l'inconvénient grave de ne pas provoquer un arrêt définitif de l'hémorrhagie et risquent de produire de la vaso-dilatation, et, par conséquent, d'autres hémorrhagies dans les points éloignés de celui où elles ont amené la vaso-constriction, rien ne vaut la méthode qui consiste à provoquer la coagulation du sang sur place.

La substance qui, tout d'abord, fut utilisée dans ce but fut le chlorure de calcium à la dose de 1 p. 100. Malheureusement, le chlorure de calcium, selon les expériences de P.-E. Weil, ne corrige pas le vice de coagulation du sang. Cet auteur, à la suite de ses études sur cette coagulation du sang dans les cas d'hémophilie sporadique, de purpura aigu et chronique, de néphrites avec hémorrhagies, a été amené à préconiser la méthode thérapeutique des injections de sérums sanguins frais d'animaux (en pratique de sérum antidiphtérique), destinées à introduire, en nature, dans le sang altéré les ferments en défaut.

M. Laurent Giroud affirme que ses recherches personnelles (malheureusement purement cliniques) lui ont montré toute l'efficacité de cette méthode dans : 1 cas de purpura rhumatoïde, 4 cas d'épistaxis rebelles (chez un rhumatisant, un brightique, deux éthyliques), 1 cas d'hémorrhagie intestinale chez un artérioscléreux, 1 cas d'hémoptysie à répétition, 1 cas d'hémophilie. Il en a conservé l'impression d'une méthode hémostatique *simple, efficace et sans danger*, dont l'emploi s'impose contre toute hémorragie, qui ne s'arrête pas rapidement.

Les convalescences et l'ibogaïne.

Après la période aiguë des maladies, lorsque la convalescence commence, toute thérapeutique active doit-elle être écartée, et faut-il se contenter, pour ramener l'organisme épuisé à l'état normal, d'une alimentation réparatrice, même en appuyant celle-ci par des reconstituants médicamenteux ?

Ce serait une grave erreur, tout au moins lorsqu'il s'agit d'affections graves, de maladies infectieuses par exemple, surtout si elles ont duré un certain temps.

En effet, l'organisme a subi alors une telle atteinte qu'il ne saurait tirer tout le parti efficace des aliments qui lui sont fournis, en raison de l'asthénie nerveuse qui persiste, et qui est cause elle-même de la paresse des divers organes. Aussi est-il indispensable d'avoir recours à une stimulation du système nerveux, de donner à celui-ci le coup de fouet nécessaire pour que l'organisme puisse assimiler d'une façon satisfaisante.

Cette stimulation du système nerveux, on l'obtiendra, en dehors des moyens physiques, tels que les frictions générales à l'alcool, par l'administration de l'ibogaïne, alcaloïde extrait de l'iboga du Congo. L'étude qu'en a faite le Dr A. Landrin qui vient d'être récompensé par l'Académie de médecine a montré, en effet, les avantages tout particuliers de ce produit.

C'est d'abord un stimulant et un tonique du

✦✦

système nerveux, ce qui suffirait à justifier son emploi dans le cas qui nous occupe.

Mais l'ibogaïne a, en outre, l'avantage d'être un tonique général, un de ces médicaments réparateurs, dont l'utilité se fait sentir à côté de l'alimentation reconstituante. Et elle est encore un stimulant de la nutrition, éveillant l'appétit, et accélérant l'assimilation, tous éléments fort importants au cours des convalescences.

Ces diverses considérations permettent de conclure que l'ibogaïne est le médicament de choix à utiliser au déclin des maladies graves, celui qui permet le mieux d'en triompher rapidement. Rappelons que la meilleure manière de l'administrer est l'emploi des Dragées Nyrdahl, à l'ibogaïne dont on fait prendre de 2 à 6 par jour.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Prophylaxie de la fièvre typhoïde. — Sur la composition chimique de l'absinthe. — Pathogénie de la cataracte. — Régime alimentaire dans les affections du rein. — Origine périphérique de la tuberculose pulmonaire.

La discussion sur la *prophylaxie de la fièvre typhoïde*, ouverte depuis plusieurs mois devant l'*Académie de médecine*, vient de se terminer par le vote des conclusions suivantes formulées par MM. Delorme et Landouzy :

1° L'Académie estime que la cause la plus immédiate de l'endémo-épidémicité de la fièvre typhoïde réside dans la pollution de l'eau de boisson. Elle conseille d'appliquer la prophylaxie hydrique, rigoureusement et sans exception, à toutes les villes et notamment aux villes de garnison.

(M. Delorme demandait que l'on citât les villes faisant courir le plus de danger à la population, pour les mettre en demeure d'y remédier : sa proposition fut rejetée.)

2° L'Académie demande aux pouvoirs publics de poursuivre, vis-à-vis des puits, des fosses d'aisance et des égouts, les améliorations réclamées par la loi sur la santé publique.

3° L'Académie émet le vœu que les autorités assurent aux populations une eau de boisson hygiéniquement pure, fassent protéger les périmètres d'alimentation des sources, les captages, les réservoirs, les canalisations, réglementer l'épandage des matières fécales humaines (cause de contamination des eaux comme de souillure des légumes et des fruits poussant au ras du sol.

4° Les médecins et les autorités sanitaires attireront l'attention sur la contamination possible du lait et de certaines boissons du fait de la pollution des eaux de puits par les infiltrations de purins, sur la diffusion également possible de la fièvre typhoïde par les mouches dans les milieux où règne la maladie.

5° La contagion par les « porteurs de germes » jouant un rôle, il est important de les dépister,

6° Les laboratoires hospitaliers, ceux des bureaux municipaux d'hygiène, seront d'un précieux secours dans la lutte anti-typhique en contrôlant la salubrité des eaux, en aidant les médecins à établir un diagnostic précoce des infections typhiques, de même qu'en recherchant les porteurs latents de germes.

(Une proposition de M. Delorme, exposant que le rôle des porteurs de germes est minime et sans intérêt pratique, n'a pas été adoptée.)

— M. Moureu présente à l'Académie un rapport sur la *composition chimique de l'absinthe*, rapport réclamé par la Commission du Sénat chargée d'étudier la proposition de loi tendant à l'interdiction de l'absinthe.

M. Moureu conclut que la *thuyone* — produit auquel divers savants attribuent les dangers de l'absinthe — est trouvée constamment dans les liqueurs d'absinthe, sauf dans certaines liqueurs à bon marché. Il existe une réaction, dite de Legal-Cuniasse, qui permet de reconnaître avec grande probabilité la présence de la thuyone. Pour obtenir une certitude, il faut un examen long et délicat.

— M. Weiss lit à l'Académie un rapport sur un travail de M. Frenkel, intitulé : étude sur la pathogénie de la *cataracte sénile*.

L'auteur a cherché à démontrer que la cataracte sénile est la conséquence d'une auto-intoxication d'origine rénale. Il ne s'agit pas d'artério-sclérose générale ou de sclérose rénale, mais d'une diminution de la perméabilité des reins.

On peut se demander comment il se fait qu'il n'y ait pas d'auto-intoxication générale, mais seulement une auto-intoxication partielle, élective pour le cristallin. Pour répondre à cette question, M. Frenkel cherche du côté des cytotoxines. La vie et l'usure du cristallin versent dans la circulation sanguine des « corps » qui peuvent provoquer la formation de lentitoxines. Sous l'influence de l'insuffisance rénale, les lentitoxines partiellement retenues dans l'économie peuvent exercer leur action sur le cristallin.

Ces idées ouvrent la porte à quelques déductions pratiques. En Allemagne, où la théorie cytotoxique de la cataracte est à l'ordre du jour, on a abordé d'emblée la question du traitement médical de la cataracte par les extraits de cristallin. Cet essai d'opothérapie cristallinienne n'est évidemment qu'une amorce intéressante de thérapeutique pathogénique.

— MM. Linossier et Lemoine communiquent à l'Académie de médecine un travail sur le *régime alimentaire dans les affections du rein*.

Les auteurs ont recherché quelle était l'action, sur le rein, des aliments albuminoïdes d'origine animale (viandes, œufs, lait). Ils ont choisi, comme mode d'introduction des aliments, la voie sous cutanée. Ils s'éloignent ainsi des conditions normales, mais ils ont pu observer la nocuité réelle de l'aliment, nocuité qui s'atténue dans la réalité du fait des sucs digestifs.

L'action nocive dans ces expériences était révélée par l'apparition de l'albuminurie.

De leur expérimentation, MM. Linossier et Lemoine estiment pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les aliments albuminoïdes d'origine animale *crus* ont tous, même le lait, une action néphrotoxique.

2° Le contact suffisamment prolongé d'un suc gastrique actif détruit en général la néphrotoxicité (celle du blanc d'œuf est particulièrement résistante).

3° La cuisson détruit la néphrotoxicité des aliments albuminoïdes. On doit conséquemment interdire aux néphrétiques les viandes saignantes, les œufs glaireux, le lait cru. Celui-ci peut être plus dangereux, dans certains cas, que la viande bien cuite.

4° A condition que les viandes soient bien cuites, l'interdiction des viandes rouges est superflue. Leur infériorité dans la pratique ne tient qu'à leur insuffisante cuisson.

5° En raison de l'accoutumance de certains organismes à l'action néphrotoxique des viandes, il sera utile de prescrire aux néphrétiques une grande régularité dans leur ration carnée.

— MM. Courmont et Lesieur font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur l'origine périphérique de certains cas de *tuberculose pulmonaire*.

Nous avons montré, disent-ils, que la peau, en apparence intacte, ou rasée, ou épilée, laisse facilement passer le bacille tuberculeux (expériences sur le cobaye, le lapin, le veau).

Lorsque l'inoculation est positive — ce qui est certain si l'on se sert de cultures suffisamment virulentes — la peau se comporte de différentes façons. Dans un tiers des cas, elle ne conserve aucune trace du passage des bacilles. Dans les deux autres tiers, elle offre ou un peu d'induration seulement ou de petits tubercules verruqueux.

Il existe donc chez les animaux une pénétration trans-cutanée des bacilles, avec ou sans traces de leur passage. Partis de cette donnée expérimentale, les auteurs ont recherché si pareille porte d'entrée était possible chez l'homme, pour engendrer une infection générale. Il suffit, remarquent-ils, que des poussières soient respirées ou que des aliments contagionnés soient ingérés, pour que l'infection buccale ou pharyngienne, même nasale, puisse s'effectuer. Quant à la peau, les bacilles la traversent surtout lorsqu'ils sont frais et peu enrobés. Aussi pénètrent-ils plutôt soit par l'intermédiaire des mains souillées, soit par les mouches, qui semblent jouer un rôle primordial dans cette tuberculose d'origine périphérique. L'enfance paraît particulièrement sujette à ce mode de contagion.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Le digitale (*Suite*).

(3e *article*).

Par le Dr André Lombard.

Accidents d'intolérance. — Quand on a prescrit la digitale, on attend l'abaissement et la régularité des pulsations, la diurèse, pour ne parler que des phénomènes les plus importants. Mais si la dose a été trop élevée, trop élevée même par rapport au malade, au lieu d'observer des symptômes d'amélioration, on assiste à une aggravation de l'état du malade. Il ne faut point croire que ces accidents sont dus à la maladie et prescrire encore la digitale. Les premiers symptômes d'intolérance sont quelquefois des nausées et des vomissements ; mais le plus souvent ces symptômes font défaut, et le médecin en doit rechercher d'autres que le malade ne peut lui signaler. Le pouls, *lent et fort* si la digitale a une action salutaire, devient *petit et faible* en cas d'intoxication, le *rhythme est couplé* ; en outre, la diurèse, qui a pu d'abord être abondante, diminue et fait place à l'*oligurie* ; tels sont souvent les premiers signes, précédant de beaucoup les nausées et les vomissements ; attendre leur apparition serait faire acte d'imprévoyance. Il faut rechercher aussi l'excitation cérébrale, l'insomnie ; mais ces accidents sont rares. Si le médecin croit à l'accoutumance des doses chez son malade et persiste à administrer la digitale, il peut ainsi le conduire à l'asystolie et à la mort. Il suffit de connaître ces faits pour n'avoir pas d'accidents à déplorer ; mais il serait aussi dangereux que la crainte de les voir se produire empêchât l'emploi d'un tel médicament.

La digitale doit être employée seule. — Si la digitale constitue une excellente médication, c'est, la plupart du temps, à la condition d'être employée seule. Il ne faut pas prescrire en même temps qu'elle l'antipyrine, la belladone ou l'opium, qui entravent l'excrétion urinaire, non plus que les iodures ou les nitrites, qui abaissent la tension artérielle. Seule, la théobromine peut être prescrite en même temps, plus utilement après. Cependant, dans les maladies infectieuses aiguës, son emploi ne doit pas faire interrompre l'usage des médications spéciales acétate d'ammoniaque, etc.), non plus que les injections, souvent nécessaires à un même degré, d'huile camphrée, d'éther, de spartéine, de caféine, de strychnine. Nous verrons que dans les maladies chroniques il est d'autres médicaments qu'on peut lui associer.

Chemin faisant, nous avons à peu près dit les divers modes d'administration de la digitale ; il

reste cependant à indiquer les diverses préparations auxquelles on peut s'adresser et les associations utiles avec d'autres médicaments dans les maladies chroniques.

Posologie.— La dose antiasystolique, massive, de digitaline cristallisée est de quarante à cinquante gouttes de la solution au millième, soit un milligramme, à prendre en une seule fois ; ou bien des granules (1) dosés au quart de milligramme (en prendre quatre). Cette dose peut être renouvelée au bout de 10 à 15 jours ; mais trente gouttes, trois cinquièmes de milligr., sont généralement suffisantes.

La dose faible, sédative, est souvent nécessaire après la dose asystolique ; on la peut employer dans le rétrécissement mitral, dans les palpitations ; elle est constituée par la prise de cinq à dix gouttes de solution au millième pendant cinq jours consécutifs, ou la prise d'un granule d'un quart de milligramme, pendant quatre jours. On peut ainsi diluer les gouttes :

Solution alcoolique de digitaline cristallisée à 1/1000	cinquante gouttes
Eau distillée.....	150 gr.

Une cuillerée à soupe deux fois par jour, soit cinq gouttes dans chaque cuillerée.

La dose d'entretien, toni-cardiaque, répond à l'absorption d'un dixième de milligramme pendant dix jours ; on peut prescrire un granule, ou cinq gouttes, ou une cuillerée à soupe, matin et soir, de :

Solution alc. de digitaline cristallisée à 1/1000.....	cinquante gout.
Eau distillée	300 gr.

Si l'on préfère s'adresser à la *macération*, on donnera comme dose antiasystolique, 0 gr. 50 à 0 gr. 60 de poudre de feuilles ; comme dose sédative 0 gr. 20 ou 0 gr. 25, et on formulera la préparation suivante :

Poudre de feuilles de digitale.....	0 gr. 25

faire macérer 12 heures dans :

Eau chloroformée.....	40 gr.

Filtrer. Ajouter :

Sirop de capillaire.....	30 gr.
Eau distillée q. s. p.....	125 gr.

On fera prendre la même préparation pendant deux ou trois autres jours. On pourra même diminuer la dose de feuilles de cinq centigr. par jour. S'il y avait urgence à prescrire le médicament, la macération du premier jour pourrait être remplacée par une *infusion* ; mais il s'en faut que l'action de cette préparation égale celle de la macération. La préparation est absorbée en trois ou quatre fois dans la journée. Mais on peut la donner en une seule fois et la faire prendre en lavement, en faisant simplement la macération dans de l'eau bouillie, ce qui peut quelquefois augmenter la diurèse. Bien entendu, pendant cette médication, le malade est mis au repos au lit, soumis au régime lacté ou hydrique et a été préalablement purgé avec ;

Eau-de-vie allemande.....	aâ 15 à 20 gr.
Sirop de nerprun.....	

Dans la grippe, la pneumonie, on prescrira cinq gouttes, matin et soir, de solution au millième ; ou, plus souvent, une dose massive : un milligr. de digitaline ou 0 gr. 50 de feuilles en macération.

La *teinture de digitale* est une préparation moins employée ; on en prescrit trente à soixante gouttes (teinture à 1/10 selon le Codex 1908, dont 1 gramme contient cinquante-sept gouttes), et on peut s'en servir pour prévenir l'affaiblissement cardiaque dans la bronchite aiguë des vieillards et des cardiaques. De même, dans l'endocardite rhumatismale récente, si l'on ne veut prescrire la macération.

(1) Il faut toujours mieux préférer les solutions aux granules ; il semble sans doute que les malades risqueront moins de se tromper en comptant les granules que les gouttes ; mais on ne sait jamais comment et quand ceux-ci seront absorbés, et on peut avoir à redouter leur accumulation.

SÉMÉIOLOGIE

Le diagnostic précoce de la tuberculose rénale

Par le Dr GEORGES.

On ne saurait trop attirer l'attention du praticien sur l'importance capitale d'un traitement précoce dans la tuberculose rénale, et par conséquent sur la nécessité qui s'impose à lui de savoir reconnaître de bonne heure cette affection. Mais sa tâche est difficultueuse, car la tuberculose rénale au début se traduit — ou bien par des symptômes apparents, mais en somme banaux, tels que la cystite ou la cystalgie, l'hématurie, la douleur, — ou par des manifestations insidieuses comme la polyurie trouble ou l'albuminurie prémonitoire. Et puisque tous ces symptômes peuvent également servir de phénomène réactionnel au rein atteint de pyélo-néphrite, de néphrite, de lithiase, de cancer, comme au rein tuberculeux, il est nécessaire que ces signes de probabilité deviennent des certitudes en matière de tuberculose, grâce aux résultats de l'examen histo-bactériologique des urines, de l'inoculation au cobaye, de l'examen fonctionnel des reins. La clinique sera donc complétée et éclairée par le laboratoire pour reconnaître la tuberculose rénale d'une part, pour faire le diagnostic précoce d'unilatéralité des lésions d'autre part.

Les difficultés seront d'ailleurs considérablement atténuées pour le praticien par plusieurs

faits, théoriquement discutables, pratiquement acquis, qu'il est possible de formuler de la façon suivante :

Toute tuberculose urinaire s'accompagne de tuberculose rénale jusqu'à preuve du contraire ;

Toute tuberculose rénale précoce doit être considérée comme unilatérale jusqu'à preuve du contraire ;

Toute tuberculose rénale s'accompagne rapidement d'une diminution considérable de la valeur fonctionnelle du rein malade.

Symptomes fonctionnels du début.

Bien qu'insidieux et polymorphes, communs à toutes les affections du rein, les symptômes fonctionnels du début présentent parfois certains caractères propres susceptibles de faire soupçonner leur nature tuberculeuse.

La tuberculose rénale débute souvent par des phénomènes de *cystite* ou de *cystalgie* réflexe, qui l'accompagne dans la plupart des cas de *polyurie trouble.*

Toute *pollakiurie sans cystite* doit faire présumer l'existence d'une lésion rénale, dont il restera à préciser la nature.

Toute cystite *chronique sans cause déterminée* ne cédant pas au traitement doit être considérée comme tuberculeuse et comme s'accompagnant de tuberculose rénale jusqu'à preuve du contraire.

L'*hématurie* est un symptôme capital, mais inconstant, de tuberculose rénale ; car, de même qu'une tuberculose pulmonaire peut évoluer sans hémoptysie, de même une tuberculose rénale peut évoluer sans hématurie.

L'hématurie présente une importance diagnostique considérable, mais variable suivant son moment d'apparition :

a) *Précoce*, elle est d'autant plus importante qu'elle attire d'emblée l'attention sur le rein ; elle doit toujours faire penser à ce fait qu'elle peut être le premier symptôme d'une tuberculose rénale, et surveiller attentivement le début de la pyurie, de la cystite, qui prendront immédiatement toute leur valeur.

b) *Plus tardive*, elle vient s'ajouter à d'autres symptômes plus précoces (pyurie, cystite) pour confirmer une tuberculose jusque-là douteuse. Elle présente tous les caractères de l'hématurie rénale : elle est indolore, spontanée, totale, c'est-à-dire se produisant d'un bout à l'autre de la miction ; vue dans le bocal, elle donne à l'urine une couleur rouge plus ou moins foncée, rarement noire comme dans le cancer ; par le repos, le sang se dépose en grande partie, mais continue cependant à colorer les urines qui surnagent, car l'hématurie rénale, de même que la pyurie rénale, fait corps avec l'urine. La durée de l'hématurie est limitée : 24, 48 heures, 8 jours. Dans l'intervalle des hématuries, les urines restent troubles ; la pyurie persiste même pendant l'hématurie.

c) *Isolée*, comme dans les formes hématuriques pures, elle est un symptôme de néphrite, de néphrite hématurique, dont il reste à déterminer la cause par le diagnostic bactériologique, ou, si celui-ci reste négatif, par l'incision lombaire par la néphrotomie, suivie ou non de l'inoculation d'un fragment du parenchyme rénal douteux au cobaye.

La tuberculose rénale peut débuter par des *phénomènes douloureux* (endolorissement lombaire ou douleur revêtant le type de la colique néphrétique) ; ceux-ci sont également susceptibles d'apparaître à titre d'épiphénomènes au cours de la maladie. Mais *généralement il n'existe aucune douleur spontanée* ; l'absence de douleur constitue peut-être même un des meilleurs signes de probabilité de la tuberculose rénale.

Quant à la *pyurie*, elle est le symptôme constant par excellence de la pyélonéphrite tuberculeuse, mais elle est rarement isolée ; si elle est, au contraire, le symptôme initial, elle passe souvent inaperçue à cause de son insidiosité et n'est révélée qu'à l'occasion de phénomènes plus bruyants (hématurie, cystalgie, etc.)

L'*albuminurie* est un symptôme à peu près habituel, qui témoigne de l'inflammation du parenchyme rénal ; ordinairement silencieuse, elle est susceptible parfois de donner lieu à des œdèmes, au bruit de galop, aux troubles de la vue, qui caractérisent le brightisme. Comme l'hématurie, elle est parfois prémonitoire, ou même elle demeure isolée (néphrite tuberculeuse).

La *polyurie trouble* est un début fréquent de tuberculose rénale, mais qui passe souvent inaperçu en l'absence de phénomènes cystiques, de douleurs rénales ou d'hématurie ; elle est cependant, par sa pâleur, l'aspect blanchâtre de son dépôt, sa tendance à s'éterniser, à ne pas céder au traitement, la signature de l'infection tuberculeuse du rein.

La *polyurie claire*, au contraire, toujours associée à la pollakiurie, est d'une interprétation beaucoup plus difficile. Elle constitue un début extrêmement *précoce de tuberculose rénale.*

Etat physique de l'appareil urinaire.

Dès que le clinicien constate l'un quelconque des symptômes précédemment énumérés, il doit aussitôt procéder à l'*examen de tout l'appareil urinaire.*

En général l'*urèthre* ne fournit aucun renseignement ; par contre, la *vessie* nous renseigne sur trois facteurs très importants :

a) Sa capacité, normale entre 200 et 300 cc., pathologique au-dessous de 100 cc. ;

b) Sa sensibilité à la distension, souvent extrême en cas de tuberculose rénale ;

c) Sa contraction, douloureuse dans les mêmes circonstances.

Quant au *rein*, la tuberculose, même dans les cas assez avancés, à plus forte raison dans les cas vraiment précoces, peut ne donner lieu à aucun signe physique : douleur à la pression, augmentation de volume. Cependant, d'après Braun et Cruet (1), l'absence de douleurs et d'augmentation de volume des reins accompagnant une polyurie trouble sans lésions vésicales, suffit à

(1) *Annales des maladies des org. génito-urin.*, nos 19, 20, 21, 1909.

poser le diagnostic de tuberculose rénale ; il en est de même *a fortiori* si ces signes coexistent avec l'hématurie, la pyurie, la cystite. D'ailleurs, la présence de ces mêmes signes, localisés d'un seul côté, *pour le rein comme pour l'uretère*, est, dans les cas un peu plus avancés, nettement en faveur de l'unilatéralité des lésions.

Rappelons que la douleur de l'uretère doit être recherchée en 3 points :

a) Urétéral supérieur ou para-ombilical ;
b) Uretéral moyen ;
c) Vésico-vaginal ou vésico-rectal.

Les *lésions génitales*, toujours secondaires, sont extrêmement fréquentes, quoique non constantes, au cours de la tuberculose urinaire : fistules scrotales, noyau siégeant à la *tête* ou à la *queue* de l'épididyme, canal déférent en chapelet, vésicules séminales empâtées, gonflées, prostate irrégulière et bosselée avec des points ramollis et d'autres plus durs.

ETAT GÉNÉRAL. — En cas de doute sur la nature des symptômes observés, il est évident que la constatation de *lésions pulmonaires* prendra une certaine importance. Leur absence, d'ailleurs, ne devra rien faire conclure, non plus que l'*échec des nouvelles méthodes de réaction à la tuberculine* (ophtalmo-cuti-réaction).

Les symptômes brightiques manquent généralement ; l'étude de la tension artérielle, ordinairement abaissée chez les tuberculeux, ne fournit aucun renseignement précis au point de vue rénal.

*
* *

On voit donc qu'il est difficile, dans la tuberculose vraiment précoce du rein, de baser sur la clinique un diagnostic certain. Mais l'éveil une fois donné par la *clinique*, l'attention appelée sur l'appareil urinaire, la tuberculose soupçonnée, il reste à diagnostiquer la nature réelle de la lésion, à savoir, lorsqu'elle est latéralisée, quel est le côté atteint, et l'on s'adresse aux *recherches de laboratoire*.

EXAMEN HISTOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIQUE CHIMIQUE ET FONCTIONNEL DES URINES.

Seule, la *bactériologie*, par constatation directe des bacilles dans l'urine (chose rare), ou mieux par l'inoculation des urines au cobaye, pose avec certitude un diagnostic de nature : la bacillose associée à la pyurie a une valeur absolue.

Cependant dans la tuberculose rénale (à symptômes intermittents surtout), il arrive qu'un seul examen bactériologique, qu'une seule inoculation demeurent négatifs, il importe donc dans les cas douteux de répéter ces examens à plusieurs reprises.

Le cathétérisme des uretères, en allant recueillir directement les urines dans le rein, permet souvent de latéraliser la lésion.

On n'oubliera pas qu'il faut, en l'absence de pyurie, faire une réserve sur la valeur de la présence de bacilles de Koch dans les urines, car la *bacillurie simple* peut exister chez les tuberculeux, en dehors des lésions tuberculeuses du rein.

L'*examen histologique* des urines totales a pour but de démontrer la pyurie (seulement microscopique dans les cas précoces), mais il est impuissant à nous renseigner sur la nature des lésions. La déformation des leucocytes, qui pour certains auteurs serait pathognomonique de la tuberculose rénale, se rencontre en effet dans toutes les suppurations chroniques ; elle est donc tout au plus susceptible de nous renseigner sur l'état plus ou moins avancé des lésions.

Fait important à noter : dans l'*examen chimique* des urines totales, et dans l'exploration fonctionnelle globale des reins (bleu de méthylène), dans la tuberculose précoce, le fonctionnement urinaire *global* est satisfaisant, ce qui contraste avec la diminution de la valeur fonctionnelle du *rein malade*.

L'*examen des urines séparées* emploie la cystoscopie et le cathétérisme des uretères.

La *cystoscopie* fournit des renseignements importants sur les symptômes observés et sur leur unilatéralité ; car elle permet de constater les lésions nettement tuberculeuses de la vessie, prédominant parfois d'un côté, et fait voir du sang ou du pus s'écoulant d'un orifice urétéral.

Quant au *cathétérisme des uretères*, il est indispensable au diagnostic de côté, car seul il va prendre l'urine directement dans le rein, évitant ainsi la cause d'erreur vésicale (passage de l'urine dans une vessie tuberculeuse, d'où viciation des résultats).

On peut dire que l'examen des urines séparées, par la présence d'une pyurie, d'une bacillurie, d'une hématurie unilatérale, tranche définitivement le diagnostic de côté et renseigne également sur la nature des lésions (bacilles, phosphaturie, en faveur de la tuberculose).

De plus il nous renseigne, par l'analyse physique et chimique des deux reins, après les épreuves polyurique et phloridzique, sur la *valeur fonctionnelle comparée des deux reins*.

(Le rein tuberculeux, à l'encontre du rein atteint de pyélonéphrose, est précocement altéré dans sa fonction, à cause des lésions diffuses de néphrite dont la tuberculose s'accompagne).

Enfin, si l'examen fonctionnel nous apprend que la valeur fonctionnelle absolue du rein du côté opposé est suffisante, il nous sera permis de pratiquer sans danger la néphrectomie du rein malade.

Quand le diagnostic de tuberculose rénale reste insoluble (comme dans certaines formes hématuriques), quand d'autre part on est rigoureusement fixé sur l'unilatéralité des lésions, on peut faire l'*incision lombaire exploratrice*, et au *besoin la néphrotomie exploratrice, avec inoculation au cobaye, d'un fragment sain*.

CONSTIPATION

Chronique ou Accidentelle.
Fermentations gastro-intestinales.
Intoxications bacillaires.

Troubles hépatiques et biliaires.
Dyspepsies.
Entérites.
Appendicite, etc.

TRAITEMENT

par les

GRAINS DE VALS

Dose : UN ou DEUX
avant le repas du soir ou avant le coucher

COMPOSITION DES GRAINS DE VALS

La composition des **Grains de Vals** répond à l'association de la médication cholalogue et de la méthode évacuante. Le produit utilisé dans la préparation des **Grains de Vals** est à base de **Résine** de **Podophyllin** et de deux **Rhamnus** purgatifs :

Le **Cascara Sagrada** et la **Bourdaine** ou Frangule.

Le **Podophyllin** préparé par un procédé spécial à l'alcool bouillant constitue un produit dont l'activité sur la sécrétion biliaire est entièrement différente de celle obtenue avec le podophyllin selon le codex qui fait employer l'alcool froid. C'est un peu du reste sur l'incertitude des résultats obtenus dans la thérapeutique courante par ce médicament qu'il semblait être délaissé, bien que **Trousseau** l'ait classé comme le meilleur cholagogue que nous possédions. Le podophyllin rentre dans la proportion de 15 milligrammes par **Grain de Vals.**

Le **Cascara** et la **Bourdaine** sont traités d'après la méthode du professeur **L. Phipson** publié par lui dans le « Journal de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles. » Le produit obtenu se présente sous la forme d'une substance jaunâtre, cristalline, définie, et est employé à la dose de 25 milligr. par pilule.

Administration : 64, *Boulevard Port-Royal*, *PARIS*

Bromone Robin

BROME PHYSIOLOGIQUE SOLUBLE ASSIMILABLE — PREMIÈRE COMBINAISON DIRECTE ET ENTIÈREMENT STABLE DE BROME AVEC LA PEPTONE

DÉCOUVERT PAR MAURICE ROBIN EN 1902.
LA SEULE SOLUTION TITRÉE EXPÉRIMENTÉE POUR LA PREMIÈRE FOIS A LA SALPÊTRIÈRE
(Thèse du Dr Mathieu, 1906). Communication à l'Académie de Médecine de Paris par le Professeur BLACHE (26 Mars 1907).

REMPLACE AVEC AVANTAGE LES BROMURES
SANS ACCIDENT DE BROMISME — TOLÉRANCE PARFAITE
SANS MAUVAIS GOÛT. ACTION SUPÉRIEURE à tous les Produits similaires connus.
40 gouttes correspondent comme effet thérapeutique à 1 gramme de Bromure de Potassium.

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
M. ROBIN, 13, Rue de Poissy, Paris.

LES ÉNERGÉTÈNES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiquement & Physiologiquement titrés



SUCS DE VALÉRIANE·SAUGE·DIGITALE·GENET·MUGUET·COLCHIQUE
Chaque flacon 3f50. LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE à GENTILLY (Seine)

LES ÉNERGÉTÈNES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiqt & Physiologiquemt titrés



SUCS DE SAUGE·DIGITALE·GENET·MUGUET·COLCHIQUE
Chaque flacon 3f50. LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE à GENTILLY (Seine)

PROPHYLAXIE

La méningite cérébro-spinale et la douche naso-pharyngienne,

Par le Dr A. TARDIEU,
Médecin consultant au Mont-Dore.

Les progrès de la médecine démontrent de plus en plus la grande importance des voies respiratoires supérieures. C'est par là qu'entrent dans le corps humain le plus grand nombre de microbes, car ils s'introduisent avec l'air dans l'appareil respiratoire. Et, quand l'on voit les rapports de voisinage très proche qu'ont les fosses nasales et le pharynx avec les centres nerveux, on doit admettre que beaucoup de microbes vont directement porter leur action nuisible sur les centres nerveux.

C'est pour cela que plusieurs médecins appellent déjà l'attention du corps médical sur la probabilité de l'action directe du microbe de la méningite cérébro-spinale, à travers la lame criblée de l'ethmoïde, sur les enveloppes du système nerveux.

S'il en est ainsi, une méthode de traitement s'impose : nettoyer les fosses nasales et le pharynx, par les douches naso-pharyngiennes, et l'on aura de grandes chances d'éviter la terrible maladie.

C'est pour cela que nous avons pensé être utile au corps médical, en lui exposant ce qu'une pratique montdorienne de plus de trente années nous a appris sur la douche naso-pharyngienne.

Pour faire la douche naso-pharyngienne, on peut se servir d'un vase suspendu à environ 1 m.50 de hauteur,ou bien d'un irrigateur Eguisier.

Il faut que la pression puisse varier de 2 à 4 centimètres à 60 centimètres environ.

La pression pour les fosses nasales ne doit pas dépasser 4 centimètres, sauf dans des cas exceptionnels, c'est plutôt un bain nasal qu'une douche. C'est un lavage à faible pression.

Pour le pharynx au contraire, la pression doit être assez forte : de 50 à 60 centimètres.

Comme bien l'on pense, la première condition du liquide employé est d'être rigoureusement aseptique. Les reproches que l'on a faits, avec juste raison, à la douche nasopharyngienne, sont venus précisément de l'emploi de liquides non aseptiques. Il en est résulté des otites ou inflammations diverses que l'on doit soigneusement éviter.

La température du liquide, pour la douche naso-pharyngienne, doit être de 38° à 40° centigrades, sauf indications spéciales, notamment pour la douche pharyngée.

Pour la douche nasale, il vaut mieux être assis.

Pour la douche pharyngée, il faut être debout, la tête horizontale, bouche grande ouverte, on peut abaisser la langue, afin d'atteindre le fond du pharynx et les amygdales, soit avec le doigt, soit en prononçant la lettre A. Ce n'est, du reste, qu'avec une certaine habitude que l'on arrive à bien doucher les amygdales et le pharynx.

La quantité d'eau injectée varie d'ordinaire de 2 à 4 litres, pour le nez et la gorge réunis.

Suivant les indications du médecin, on partage l'eau entre les deux régions.

J'ordonne souvent, à domicile, l'eau du Mont-Dore, qui est parfaitement aseptique; je prescris 2 litres d'eau, chauffés à 40° centigrades.

On peut également faire usage d'eau chaude légèrement salée, que l'on a fait bouillir préalablement puis tiédir à 40° centigrades (une cuillerée à bouche de sel pour 3 à 4 litres.)

Une bonne formule, que j'emploie souvent, est celle-ci : eau bouillante, 3 à 4 litres, dans laquelle on aura mis, pendant quelque temps, 50 à 60 grammes de racine de gentiane. On sort la racine au bout de quelques minutes,et on emploie l'eau quand elle est revenue à la température de 40° environ.

La douche naso-pharyngienne à l'eau du Mont-Dore ou à l'eau de gentiane me paraît être le meilleur remède préventif et curatif pour la méningite cérébro-spinale, pour les causes indiquées ci-dessus.

On a fait beaucoup de reproches immérités à la douche naso-pharyngienne. Ils proviennent de ce qu'elle a été mal faite, ou encore de ce qu'on a pris des liquides qui n'étaient pas aseptiques. Dans notre longue carrière, nous affirmons n'avoir jamais eu d'accident et nous ne comptons plus les asthmatiques et autres malades, que nous avons guéris au Mont-Dore, depuis trente ans, par la douche naso-pharyngienne.

TROUVAILLES ET OBSERVATIONS DU PRATICIEN

Le *signe de Chopard*

Permettant de constater chez la femme le commencement d'une grossesse, dès les premières semaines d'une conception.

L'utérus reçoit six artères : deux y pénètrent par la partie supérieure : deux autres par la portion moyenne ; elles sont inabordables ; les deux dernières y pénètrent par la partie inférieure, à droite et à gauche, tout auprès de l'insertion du col au corps de l'utérus. Il est facile de les atteindre par l'exploration digitale.

En état de vacuité de l'utérus les battements de l'artère sont pour ainsi dire imperceptibles, mais il en est tout autrement si la grossesse a commencé son évolution.

Le sang semble éprouver de la résistance à sa pénétration dans l'utérus, l'artère se gonfle et on la sent très vivement battre, sous le doigt, à chaque pulsation du cœur.

Entre bon nombre d'autres, voici deux observations où le signe que j'indique m'a permis de porter un diagnostic ferme, dans deux cas assez embarrassants.

1° Une femme de 23 ans, mariée, accompagnée d'une parente, se présente à mon cabinet

pour que je lui dise l'époque précise de son accouchement. Depuis 4 semaines sa sage-femme lui affirme que ce sera pour les premiers jours de la semaine suivante, et la marraine qui l'accompagne veut repartir à la campagne : tout est prêt.

Elle consent à un examen indispensable. Elle n'a pas de règles. Je trouve la plupart des signes d'une grossesse avancée : elle prétend avoir senti remuer son enfant : c'est une brune à peau blanche : pas de masque, pigmentation très prononcée des aréoles et de la ligne blanche ; pas de varices : rien à l'auscultation obstétricale ; seins et ventre volumineux, mais très fermes ; au toucher vaginal j'ai grand'peine à fixer l'utérus. Le col est très ferme ; mais la complète absence du signe de Chopart me permet d'affirmer qu'il n'y a même pas commencement de grossesse.

2e Observ. — Une demoiselle de 19 à 20 ans, blonde, accompagnée d'une vieille dame, vient à mon cabinet. Elle me dit arriver de Genève : son médecin l'a engagée à se rendre à Paris, pour se faire opérer. Il lui a parlé de kyste, de fibrome, de môle, de polype, de thrombus, de tumeurs.

Ne pouvant plus supporter son corset elle s'est décidée à faire le voyage. Je lui dis la nécessité de l'examiner et elle s'y prête facilement. Elle me prie de l'examiner avec soin et de ne pas craindre de lui expliquer la gravité de son état. Elle voit ses règles régulièrement, mais moins abondantes qu'avant la tumeur.

Mon examen ne me laisse voir aucun des signes ordinaires d'une grossesse. Des seins de vierge sans mamelons, pas de pigmentation non plus qu'à la ligne blanche ; le ventre très ferme laisse à la palpation la sensation d'une tumeur au dessus du pubis et facile à déplacer.

Voulant procéder à l'exploration digitale, je trouve un hymen intact, mais mou et très élastique qui permet facilement l'introduction du doigt. Je trouve un col ramolli, un utérus volumineux et surtout le signe de Chopard qui me permet de déclarer à la patiente que dans cinq mois au plus tard la tumeur qui la gêne sera tout naturellement opérée par un accouchement.

La demoiselle en colère me dit que certainement je me trompe, qu'elle est une honnête fille d'une famille honorable et que jamais elle n'a eu aucune relation avec aucun homme. Je l'apaise par quelques bonnes paroles et je la prie de se rappeler ce qui a pu lui arriver depuis 4 ou 5 mois. Après quelques instants de réflexion elle me dit se souvenir que le lendemain d'une réunion de famille, où on avait très largement fêté une réussite de son frère, elle s'était, au matin, et à son grand étonnement réveillée seule, couchée, dans un lit qui avait été pr paré pour un un ami de son frère.

Alors s'adressant à la vieille dame qui l'accompagnait elle lui dit : « Je n'ai plus qu'une chose à faire : c'est de retourner de suite à Genève. »

Petits trucs du praticien

I Quand la délivrance tarde à se faire et qu'on attend la venue du placenta, il arrive parfois au médecin de campagne de languir à « tendre et à attendre ».

Ne vivant pas que d'obstétrique mais de toutes sortes de maladies, il s'impatiente. Prenez alors une bouteille à large goulot et priez la paturiente de souffler dedans avec toute sa force.

Le placenta cherra dans votre main aseptique et dix minutes après vous démarrerez en auto vers un autre patient ou vers votre lit.

II. Quel est le praticien qui n'a pas été furieux de s'écorcher un doigt ou une main au moment sacré d'un toucher vaginal suspect, sous des dessous inquiétants, ou sur le point d'inciser un phlegmon ? L'hémorragie continue bêtement, faisant perdre un temps précieux et la plaie vous expose à une contagion septique qui vous fera peut-être regretter de n'être pas membre de l'« Amicale Maladie ».

Grillez alors une cigarette ou, si vous n'êtes pas fumeur, priez un homme de bonne volonté d'en griller une. Délicatement, dès que la cigarette a donné un beau rouleau de cendres, posez ce dit rouleau sur la plaie et vous serez surpris de voir s'arrêter l'hémorragie. Ce « truc » est renouvelé de la cendre de ceps de vigne après les piqûres de sangsue. Mais on a plutôt une cigarette dans sa poche qu'un cep de vigne séché par l'hiver.

III. Prolapsus de la matrice avec ou sans cystocèle : faire coucher la femme les *pieds en haut* ; non pas le siège surélevé, mais les pieds franchement en haut, attachés au plafond, jusqu'à limite de congestion cérébrale.

Prendre ensuite une vessie de caoutchouc si possible, sinon de porc, la remplir d'eau bouillie, très chaude. Réduire le prolapsus, ce qui est rendu facile par la position, maintenir la réduction par la vessie, appliquer une ceinture abdominale faite sur mesure autant que possible et baisser la femme peu à peu *d'un degré environ toutes les heures* grâce à une poulie au plafond. Entre temps on aura constipé totalement la malade.

Ce procédé. je dois l'avouer, m'a été enseigné par un vétérinaire et m'a donné deux succès sur deux cas. Le seul ennui est la congestion cérébrale, plus gênante que dangereuse, d'ailleurs.

Dr Ed. FORGUES.

A Moscou : une caisse de secours mutuels des fiancés. — La Caisse Moscovite de secours mutuels des fiancés a inauguré le 20 février dernier, par un service solennel, son nouveau local situé rue Fourkasovsky. Fondée, il y a huit ans, cette Caisse compte actuellement plus de 800 membres, et elle a fourni à 1,000 fiancés des dots s'élevant à une somme totale de 775,000 roubles.

Le capital de la caisse atteint 1,000,000 de roubles. Les membres sont inscrits à partir de l'âge de dix ans, et le versement mensuel par 100 roubles de dot est de 15 à 70 cop. selon l'âge.

Un capital de bienfaisance fournit des secours aux membres incapables de travailler et entrés à la Caisse depuis deux ans au moins.

LA DEFENSE DES INTÉRÊTS MÉDICAUX AU PARLEMENT

Le libre choix du médecin par l'assisté à la Chambre des députés.

Notre confrère, M. le Dr Laurent, avait repris à la Chambre, à propos de la loi des finances, la proposition de loi de M. le Dr Dubuisson qui mposerait, si elle était votée, le libre choix du médecin dans l'Assistance médicale gratuite. Sans se faire d'illusion sur le résultat de cette intervention, M. Laurent avait avec raison cru utile de rappeler à la Chambre la question du libre choix et de faire réfléchir sur sa réalisation ses collègues. M. Laurent et M. Sireyjol se sont faits les éloquents défenseurs de nos idées syndicales ; nous devons vivement les remercier et nous croyons intéressant pour nos lecteurs d'emprunter à l'*Officiel* une partie du compte rendu de la séance du 2 mars où ils ont défendu les idées qui nous sont chères.

M. Leroy-Beaulieu avait, dans un but un peu différent de M. Laurent, défendu le libre choix du médecin par l'assisté. M. Bouveri, qui se prétend démocrate, avait protesté contre le libre choix avec les arguments surannés et réactionnaires de tous ceux qui ne connaissent ou ne veulent pas connaître la question dans le but d'avoir la haute main sur l'Assistance médicale, quand M. Laurent a pris la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Laurent.

M. LAURENT. Messieurs, permettez-moi, tout d'abord, de protester énergiquement contre les allégations de M. Bouveri.

Notre collègue prétend que les communes sont obérées du fait que les malades ont le libre choix du médecin. D'après les statistiques que je tiens à sa disposition et à celle de la Chambre, la moyenne du coût annuel de l'indigent assisté est plus élevée, au contraire, dans les départements où le médecin est désigné par l'administration préfectorale.

J'ai demandé au ministère de l'intérieur les dernières statistiques de l'assistance médicale à cet égard ; elles ne me sont pas encore parvenues, mais je suis convaincu qu'elles corroborent celles que je possède. D'après celles-ci, le coût de la dépense médicale annuelle par indigent est de 15 fr. 85 pour les départements qui ont le libre choix des médecins, et il est de 16 fr. 51 dans les autres départements.

Donc il est certain que, si on envisage l'ensemble de la France, le coût de l'assistance médicale est plus élevé dans les départements où le libre choix n'existe pas. Cela s'explique. Je pourrais vous citer tel canton de la Haute-Garonne, comprenant 19 communes, où sont établis cinq médecins et trois pharmaciens, et où il n'y a qu'un seul médecin et un seul pharmacien nommés ; de sorte que, non seulement le service y est mal fait, mais encore il arrive que des communes éloignées du chef-lieu de canton et possédant chez elles un médecin sont obligées de payer pour leurs assistés un taux supérieur à celui qu'elles payeraient si le libre choix existait et si les indigents de ces communes pouvaient faire appeler le médecin de leur résidence.

Quant à l'affirmation de M. Bouveri, que certains médecins marrons abuseraient ou pourraient abuser du libre choix pour multiplier inutilement leurs visites aux indigents malades, qu'il me permette de lui dire que c'est tout à fait l'exception. La même augmentation de frais peut se produire également quand le médecin est choisi par le préfet.

Je regrette qu'un de nos très distingués collègues, M. Ceccaldi, dont tout le monde apprécie le talent et l'honnêteté politique, soit absent. Il pourrait nous dire que dans un département, où le choix du médecin est laissé au préfet, un médecin a pu présenter des notes annuelles de 50.000 fr. par an, pendant dix ans (*Exclamations.*) Bien que ce médecin ait en même temps fourni les médicaments pharmaceutiques, vous avouerez que la somme semble plutôt élevée.

Or ce médecin, qui n'a pas été révoqué, portait sur ses notes l'accouchement de la même femme trois fois dans la même année (*On rit*), et l'extraction de nombreuses molaires à des enfants de six mois. (*Rires.*)

Je n'ai pu obtenir le rapport fait au conseil général de la Corse sur ces notes d'honoraires ; mais M. Ceccaldi, dont tout le monde connaît la bonne foi, pourra vous confirmer ces faits.

Si ce médecin n'avait pas été nommé par le préfet, les adversaires du libre choix auraient eu beau jeu à nous opposer les abus ; mais, choisi par l'administration, le médecin en question a été conservé précieusement par elle ; je ne pense pas cependant que ce soit pour raison d'économies.

S'il y a des abus, ces abus ne sont donc pas le fait nécessaire du libre choix, au contraire.

Le moyen facile, pratique, de prévenir ces abus - c'est d'instituer des commissions de contrôle et de vérification des notes médicales et pharmaceutiques. Ces commissions, lorsqu'elles comprennent des médecins et des pharmaciens dans leur sein, ont pu constater que ces praticiens étaient les premiers à sévir contre leurs rares collègues qui se permettaient des majorations abusives et à les faire éliminer du service de l'assistance. (*Applaudissements.*)

Ils ont, en effet, tout intérêt à expulser les médecins qui déconsidéreraient par de tels agissements une corporation justement respectable.

M. Bouveri nous a dit que les sociétés de secours mutuels avaient été obligées de renoncer au libre choix du médecin.

Pas partout, mon cher collègue.

En outre, je vous ferai remarquer que, même lorsque ces sociétés confient à un seul médecin leur service médical, ce sont les mutualistes eux-mêmes, réunis en assemblée générale, qui fixent leur choix. Le médecin ainsi désigné a donc la confiance de la majorité des mutualistes qui l'ont choisi.

Ce que les mutualistes, les riches peuvent obtenir, il faut l'accorder à l'indigent, bien plus à plaindre encore que tous les autres lorsqu'il est malade.

Vous n'ignorez pas, mes chers collègues, que la confiance du malade dans son médecin est une des premières conditions de la guérison. Un médecin qui a la confiance de son malade, peut faire des miracles. Si au contraire, le malade n'a pas confiance en son médecin, il ne guérira pas, et dans certains cas enlever au malade le droit de choisir son médecin, c'est le condamner à mort. (*Très bien ! très bien !*)

C'est comme si vous enleviez à un accusé le droit de choisir son avocat. Et vous qui ne voudriez pas priver un accusé de ce droit, vous accepteriez d'enlever à un malade parce qu'il est pauvre, le droit de choisir son médecin !

Vous ne voudrez pas aller contre toutes les idées de justice et de liberté toujours si favorablement accueillies dans cette Chambre ! Et je m'étonne de voir notre collègue Bouveri, un homme à idées larges et libérales, soutenir une pareille thèse.

Dans une circulaire de la ligue des Droits de l'homme et du citoyen, du 12 mars 1906, M. de Pressensé réclame le libre choix du médecin pour l'assisté et pour l'accidenté du travail.

Voulez-vous également enlever aux blessés du travail le libre choix du médecin ?

M. Bouveri. Ce n'est pas le même cas. (*Exclamations au centre.*)

M. Laurent. Alors vous, monsieur Bouveri, vous qui êtes habituellement le défenseur des petits et des humbles, vous voulez les mettre dans un état d'infériorité ? (*Applaudissements sur divers bancs.*)

M. Bouveri. Je vous répète que ce n'est pas la même chose.

M. Laurent. C'est un singulier état d'esprit, et je m'en étonne, que de vouloir refuser à toute une catégorie de citoyens, aux plus humbles, une liberté qui leur est nécessaire ; une liberté qui sauvegarde à la fois leur dignité, leur santé, sans augmenter les dépenses de l'assistance.

C'est à la fois un acte de défiance vis-à-vis des médecins et vis-à-vis des malades. Vous devez au corps médical tout entier, si dévoué, si honnête, si prêt à vous seconder dans toutes vos œuvres sociales, cet acte de haute justice, qui n'est même qu'un acte de simple équité. (*Très bien ! très bien !*)

Enfin, Messieurs, vous ne voudrez pas qu'à une époque où nous avons conquis successivement la liberté individuelle, la liberté de conscience, la liberté de la presse, la liberté de réunion, vous ne voudrez pas refuser à l'indigent malade la liberté de confiance ! (*Applaudissements sur divers bancs.*)

M. le Président. La parole est à M. Sireyjol.

M. Sireyjol. Je proteste énergiquement contre les paroles de M. Bouveri, desquelles il semblerait résulter qu'une partie notable du corps médical se livre à une pratique plus que blâmable, consistant à surcharger les feuilles de maladie de visites fictives. Qu'il y ait eu, dans le service de l'assistance médicale, quelques irrégularités très rares, je ne le nie pas ; il y a des exceptions en tout.

Mais de même que, d'une façon unanime, on rend un juste et légitime hommage au dévouement du corps médical, de même je crois qu'on ne peut s'empêcher de proclamer sa très haute honorabilité. (*Très bien ! très bien !*)

La vérité, c'est que, depuis que l'on fait des lois sociales, dans ce pays — et on a raison d'en faire — on n'en fait peut-être pas assez — toutes les fois qu'on veut porter remède aux misères de l'humanité, on fait appel, non seulement au dévouement des médecins — leur dévouement, ils ne le marchandent jamais — mais encore à leur désintéressement ; on fait peser sur les médecins la charge des lois sociales, en leur imposant des tarifs par trop réduits, des tarifs de famine. Or, pour être désintéressé à l'extrême, il faut d'abord être riche. Ne l'oublions pas, le médecin est un prolétaire comme un autre, un homme qui a besoin de gagner sa vie, qui n'a très souvent que son travail pour subvenir à ses charges de famille.

En ce qui concerne la thèse qui a été développée par M. Leroy-Beaulieu et soutenue par M. Laurent sur le libre choix du médecin par l'assisté, je l'approuve entièrement. Dans le département de la Dordogne, le règlement élaboré par le conseil général est basé sur la liberté du choix du médecin. Ce règlement fonctionne à la satisfaction de tous et chacun, médecin et malade, peut conserver ainsi son indépendance et sa dignité. (*Applaudissements.*)

M. Laurent. Il y a 60 départements où le libre choix est appliqué.

M. le Président. La parole est à M. Paul Constans.

M. Paul Constans. Je suis membre d'un conseil général qui a accordé le libre choix du médecin et j'ai voté moi-même le libre choix. Je n'y suis donc pas opposé. Il a donné lieu, je le reconnais, à des abus. Je ne suis pas bien sûr qu'en le supprimant, on mettrait un terme à ces abus. (*Très bien ! très bien !*)

Au moment, où de tous les côtés de cette Chambre on se préoccupe de faire un peu de décentralisation, je prie mes collègues qui nous demandent de prendre une décision dans l'espèce, de laisser aux conseils généraux — c'est leur affaire, c'est de leur compétence — le soin de déterminer si c'est le libre choix qui doit prévaloir ou si, au contraire, il doit y avoir des médecins désignés par le préfet. (*Très bien ! très bien !*)

Je demande à mes collègues de vouloir bien retirer leur proposition et laisser aux conseils généraux leur initiative en cette matière. (*Très bien ! très bien !*)

M. le sous-secrétaire d'État des finances. Je ne veux pas entrer dans l'examen de cas particuliers qui ont été envisagés par divers orateurs. Je me contente de confirmer, en ce qui me concerne, l'avis très sage formulé par l'honorable M. Constans. Il y aurait, au point de vue des principes financiers, les plus graves inconvénients à dépouiller les assemblées départementales de l'initiative qui leur est conférée par la loi de 1893 et dont elles usent en s'inspirant des besoins locaux. Il y a un grand nombre de régions dans lesquelles les conseils généraux ont adopté le libre choix parce qu'il correspondait, sans doute, à des possibilités dont ils avaient connaissance. Ailleurs ils ont divisé le département en un certain nombre de circonscriptions confiées chacune à un médecin. C'est qu'il y avait des raisons qui leur paraissaient bonnes pour agir de la sorte.

Cette situation est la meilleure qu'on puisse adopter. Toute modification comporterait des inconvénients infiniment plus graves que les quelques inconvénients particuliers et locaux signalés par certains de nos collègues. (*Applaudissements.*)

Je demande la disjonction de l'amendement de MM. Leroy-Beaulieu et Laurent.

M. Pierre Leroy-Beaulieu. Il est très bon de parler de décentralisation. J'en suis un partisan convaincu moi-même, et ne suis pas suspect à cet égard.

M. Paul Constans. On ne le dirait pas !

M. Pierre Leroy-Beaulieu. Je crois cependant que la liberté de l'individu et sa dignité doivent primer la liberté du département. (*Applaudissements à droite.*)

Sous l'ancien régime, l'individu était constamment opprimé par la collectivité. La Révolution a jugé bon de l'affranchir et, pour ce faire, elle a brisé l'oppression de la collectivité. Aujourd'hui, nous avons à concilier la liberté de l'individu et l'existence de la collectivité. Mais il ne faudrait pas revenir à des errements critiquables et sacrifier la liberté de l'individu à l'existence de la collectivité.

La collectivité départementale est très respectable, et je voudrais lui donner en bien des matières les droits les plus étendus, mais elle ne devrait pas avoir la faculté d'opprimer la personne. S'il ne s'agissait ici que d'une question financière, la solution serait très simple ; nous pourrions abroger la loi ; si elle ne fonctionnait plus, la charge financière serait moins lourde.

M. Laurent. C'est le libre choix qui coûte le moins cher.

M. Pierre Leroy-Beaulieu. Nous ne pouvons pas sacrifier à l'économie la dignité et la vie même de certains de nos concitoyens. (*Très bien, très bien !*)

M. le Président. La parole est à M. Dudouyt.

M. Dudouyt. Je puis corroborer les assertions de mon collègue M. Leroy-Beaulieu. Le libre choix du médecin est moins coûteux que le système contraire.

En dehors du libre choix, il y a le système forfaitaire et le système de l'abonnement. C'est entre ces différents systèmes que les conseils généraux sont appelés à fixer leur choix. L'an dernier, sur le même article, j'ai démontré qu'avec le système du libre choix adopté par la presque totalité des communes de la Manche et en particulier des communes de l'arrondissement de Coutances que j'ai l'honneur de représenter, on avait soigné les quatre cinquièmes des malades pour le même prix que le dernier cinquième qui usait d'un autre système.

Je tiens à la disposition de M. le sous-secrétaire d'Etat un rapport contenant des renseignements très précis à cet égard, et signé par les médecins composant la commission dont parle M. Laurent. (*Très bien ! très bien, au centre !*)

M. LE PRÉSIDENT. La disjonction de l'amendement de MM. Leroy-Beaulieu et Laurent a été demandée.

Je mets aux voix la disjonction.

Il y a une demande de scrutin signée de MM. Leroy-Beaulieu, Quilbeuf, Dudouyt, Balland, L. Ollivier, Dupourqué, Galpin, de Belcastel, Cachet, Bonnevay, Dior, Marin, Vandame, etc.

M. LE PRÉSIDENT. Voici le résultat du dépouillement du scrutin.

Nombre des votants.....	587
Majorité absolue.....	294
Pour l'adoption...	328
Contre	259

La Chambre des députés a adopté.

La question est donc ajournée, non repoussée. A bientôt le triomphe de notre cause. Merci à nos confrères, Dubuisson, Laurent et Sireyjol.

J. N.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Au secours des Compagnies d'assurances d'accidents

La campagne électorale commence : confrères, ouvrez l'œil ou tendez le dos avec résignation, suivant vos goûts, mais rappelez-vous qu'en tout cas elle ne sera pas sans vous intéresser.

Dans les préludes qu'enregistre la grande presse nous venons de faire quelques remarques suggestives et nous ne saurions vous les céler.

La première est que nos amis les assureurs s'agitent beaucoup, mais là beaucoup, dans des proportions que nous n'avions jamais vues.

Les groupements d'agents, que MM. les administrateurs regardaient jadis sans tendresse, du haut des sièges sociaux, ont dû recevoir carte blanche et même encouragement pour se jeter ainsi dans la mêlée électorale. Ils font des réunions politiques à Caen et ailleurs, ils auront des candidatures dans l'Yonne, dans le Gard etc...

Nous comprenons de reste l'émotion.

Les paroles du Ministre des finances dans la discussion du budget, les travaux de la Commission d'assurance sociale, la proposition Couderc sur le monopole ont fait trembler les « fermiers généraux » de notre époque.

Il va être question, dans les programmes, de déposséder ces Messieurs pour combler les trous du budget plus sérieux que ceux de M. de Pontich.

D'où la mobilisation générale qui s'esquisse déjà. Le *Corps médical*, s'il était vraiment avisé, a là une belle occasion de prendre sa revanche de la légende des médecins-marrons.

Eh bien, gageons qu'il se trouvera dans ses rangs des rabaisiens ou des Don-Quichotte pour voler au secours de nos exploiteurs, en servant le cliché de l'Etat mauvais commerçant en allumettes et en tabac, car on n'a rien vu d'autre en faveur du régime des Compagnies tout puissantes ! !

A moins que, d'ici les élections, nos confrères ne prennent enfin la peine de se *faire une opinion personnelle* sur les documents dont la publication se prépare.

— Mais il faudrait lire, me souffle une mauvaise langue qui ne connaît pas notre maison.

— Parbleu, cela va sans dire. Croyez-vous donc que les abonnés du *Concours* ne lisent pas les choses de cette importance ?

— Heu ! heu !

— Allons, allons, soyons sérieux : moi je suis sûr qu'ils lisent puisqu'ils s'abonnent. Vous ne me ferez pas sortir de là.

10 mars 1910. H. J.

Une réponse

Nous avons reçu la lettre suivante :

Montpellier, le 13 mars 1910.

Monsieur et honoré Confrère,

En notre qualité de membres du *Concours médical*, et usant du droit de réponse départi à tout praticien, quelles que soient ses fonctions, nous vous prions de vouloir bien insérer notre protestation contre la lettre diffamatoire du Dr Mosnier, parue dans le n° du *Concours médical*, du dimanche 6 mars 1910.

Notre livre sur les accidents du travail y est représenté comme « un ouvrage dangereux » ! (*sic*). A la page 8, « vous y trouverez, dit le Dr Mosnier, un véritable réquisitoire contre le libre choix ». Comment qualifier le procédé d'argumentation qui appuie cette erreur volontaire ? A la page 7, on peut lire, en grosse italique, ce titre qui fixe, au contraire, cette formule absolue : LE BLESSÉ A LE LIBRE CHOIX DU MÉDECIN. Et nous ajoutons : « *La loi laisse à l'ouvrier la liberté de s'adresser au médecin de son choix. Le patron ou la Compagnie d'assurance ne peut donc imposer son médecin à la victime d'un accident du travail. Cette disposition spéciale à la loi française, repose sur un sentiment de louable humanité. Le blessé garde sa liberté de confiance et peut récla-*

mer les soins de celui en qui il met ses plus grandes espérances de guérison ». Vraiment, peut-on plus formellement commenter et approuver cette disposition légale du libre choix ? Et quelle argumentation, indigne d'un esprit scientifique, que de nous attribuer, en les séparant de leur contexte, les termes par lesquels certains juristes ont condamné des abus capables de porter un préjudice moral au corps médical ! C'est le sénateur Petitjean qui a parlé de « médecins marrons » ; ce sont Brugeilles et Dalfort qui ont parlé de « médecins peu scrupuleux et de troisième ordre », sollicitant cette clientèle par des procédés de complaisance. Nous nous bornons à citer ces textes, *entre guillemets*. Or, M. Mosnier supprime ces guillemets ; et, par un moyen d'argumentation dont on s'accordera à faire la sévère critique, porte à notre nom et à notre charge ces termes qui ne sont pas les nôtres ; il dit : « MM. Forgue et Jeanbrau écrivent que les médecins de troisième ordre donneront des soins moins éclairés et viseront surtout à satisfaire la victime de l'accident » ; il a bien lu cependant que ce passage, guillemeté dans notre livre, est de MM. Brugeilles et Dalfort. Nous ne connaissons pas des ordres de médecins ; nous sommes un corps de praticiens, à droits égaux ; nous sommes dans le rang, comme les autres ; et nous pensons que c'est servir les intérêts de notre état que de ne point lui laisser ignorer les appréciations défavorables qu'ont pu motiver, parfois, la délivrance fautive de certificats de complaisance ou la prolongation médicalement injustifiée des incapacités temporaires.

Nous négligeons les intentions injurieuses qui nous visent ; telle cette phrase du Dr Mosnier : « Quant aux médecins qui voudront satisfaire quelqu'un d'autre (*sic* !) que leur conscience, je les engage, et MM. Forgue et Jeanbrau me donneront raison, à satisfaire plutôt les riches patrons des Compagnies que l'ouvrier gagnant 3 fr. par jour ». Mais nous nous élevons avec indignation contre l'attitude qu'il prête aux médecins de compagnies, contre les fâcheuses divisions que de semblables campagnes peuvent créer dans le corps médical. Ce n'est point là la noble tendance d'action solidaire à laquelle le *Concours médical* nous a accoutumés. Pour nous, nous nous sommes efforcés d'aider le praticien dans l'accomplissement de la tâche souvent délicate qui résulte pour lui de la loi de 1898, de résumer à son intention les multiples questions de jurisprudence et de médecine spéciale auxquelles elle donne lieu, d'écrire un guide pratique, exactement documenté et animé d'un esprit de dévouée confraternité. Les nombreuses approbations de praticiens que nous avons reçues nous ont récompensés de cet effort et font justice de pareilles attaques et des sentiments qui les inspirent.

Drs Forgue et Jeanbrau.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'exercice de la spécialité à la campagne.

A Monsieur le Dr Boudin.

Mon cher confrère,

Je viens de lire dans le *Concours* votre article sur l'exercice de l'art dentaire par le médecin de campagne.

Faut-il, comme vous le dites, de si longues études pour pouvoir faire, non pas des obturations et des extractions, mais de la prothèse — partie la plus intéressante, la plus avantageuse — ? Je ne le pense pas. Après plusieurs années de médecine générale, j'ai eu l'idée de faire de l'art dentaire — et j'ai procédé de la façon suivante :

Tout en faisant ma clientèle, j'ai pu suivre pendant un mois, *très irrégulièrement*, la clinique dentaire du docteur Nogué, 50, rue St-Antoine.

Un mois de clinique, expérience très petite, et, malgré tout, je me suis lancé dans l'art dentaire carrément, sans peur. — Pourquoi ? — Pas plus bête que les dentistes, médecin ou chirurgien, j'ai fait appel à l'aide *d'un mécanicien*.

Ce mécanicien faisait mes pièces, et lorsque je ne pouvais me tirer d'affaire, vite une dépêche et j'avais à mes côtés mon mécanicien.

Après une année de difficultés, que j'ai toujours pu vaincre très facilement, grâce au concours de mon mécanicien, j'ai pu acquérir une expérience suffisante pour me débrouiller sans trop déranger mon professeur.

Après trois années de pratique dentaire, il m'arrive rarement, mais il m'arrive encore de m'adresser à l'expérience de mon professeur, pour la bonne raison que je me lance dans les choses difficiles (redressements, aurifications, dents à poser, etc.), — j'ai donc sur la question une expérience qui m'autorise à dire que tout médecin de campagne, s'il est un peu habile de ses mains, doit faire de l'art dentaire à son grand profit. Le début sera un peu difficile, il ratera quelques pièces, il mécontentera quelques clients ; mais, grâce à un mécanicien qu'il trouvera pour un prix modeste dans les ateliers de prothèse de Paris, ou des grandes villes, un aide intelligent, habile, qui lui permettra très rapidement de se tirer d'un mauvais pas, et de faire très convenablement et aussi bien qu'à Paris, de la bonne prothèse facile, et de plus, très rémunératrice. La prothèse sera faite à la pièce par ce même mécanicien. Donc, ni frais, ni avance considérables.

L'encombrement existe dans cette branche, sauf peut-être dans les centres éloignés des grandes villes. Malgré cela, j'ai pu me rendre compte que le client s'adressait facilement à un médecin, qui tout en faisant de l'art dentaire, fait en même temps de la médecine générale,

1° Parce qu'il le connaît ;

2° Parce qu'il n'aura pas de frais de déplacement ;

3° Parce que le médecin connaissant son monde pourra faire un crédit plus long ;

4° Parce que, pénétrant dans les maisons, il dépistera une affaire de prothèse et excitera le client à se décider plus facilement que le dentiste qui attend le client dans son cabinet.

5° Parce que le médecin pourra intéresser ses confrères voisins dans ses bénéfices, ce qui encouragera les confrères à lui envoyer des clients.

Donc, d'un côté tout cet avantage — de l'autre, quelques petites difficultés à vaincre ; le résultat est si beau que j'engage mes confrères de campagne à s'engager hardiment dans cette voie.

Vous, mon cher collègue, vous avez été renseigné par un confrère, médecin-dentiste d'une grande ville, qui aura très probablement oublié de vous dire, que lors de son installation à Paris ou ailleurs, en fait d'expérience en art dentaire, il n'avait que celle de son mécanicien, qui prenait les empreintes et qui livrait les pièces.

Voulez-vous des exemples ? Je puis vous citer des noms de confrères installés à Paris dans ces conditions et qui aujourd hui gagnent beaucoup d'argent.

Votre article éloignera les confrères d'une source de grand profit — ne serait-il pas juste d'y remédier — à la condition que le confrère fasse, comme les camarades, appel au mécanicien pour les débuts ; qu'il soit à Paris ou à Rome, il doit réussir.

Votre dévoué,

Dr Bruneau,

Ozouer-le-Voulgis (S.-et-M.)

Réponse.

Merci beaucoup de votre réponse, mon cher Confrère : je l'estime très fondée, car vous m'opposez le fruit de votre expérience.

Je n'ai personnellement jamais pratiqué l'art dentaire ; mais j'ai été très lié avec deux dentistes qui exerçaient dans la localité ou campagne que je viens de quitter ; j'avais d'autre part, des relations très suivies avec un médecin professeur à l'école dentaire de Lyon et avec un jeune étudiant de cette école, qui vient de terminer ses études.

C'est un peu sous leur inspiration que je suis arrivé aux conclusions de mon petit article. J'ai cherché à contrôler leurs dires, en interviewant d'autres personnes et le résultat a presque toujours été le même : l'obturation simple ou provisoire seule est entre les mains du praticien ; l'obturation des dents bien malades est plus délicate et nécessite une plus grande clinique et une certaine habileté ; mais la prothèse doit rester l'apanage du spécialiste.

Somme toute, nous arrivons tous deux aux mêmes conclusions, à savoir que l'exécution de la prothèse doit être confiée à un homme du métier. Ne le disais je pas dans mon article ?

Mais la note que vous me donnez est vécue, partant pratique : vous faites part de vos résultats acquis et ils sont très encourageants.

Je me rallie donc entièrement à vos conclusions, trop heureux que je serais si notre correspondance actuelle pouvait intéresser quelques confrères et leur prouver que, dans notre profession, nous pouvons, nous devons même gagner notre vie autrement que d'après la routine, qui nous incite à nous borner à faire de la médecine générale bien simpliste, sans jamais oser aborder l'art de la spécialité pratique.

Merci encore et croyez-moi bien cordialement à vous.

Dr Paul Boudin.

SOU MÉDICAL

Extrait du procès-verbal de la séance du 10 mars 1910.

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, De Grissac, Diverneresse, Noir, Boudin et Dumesny.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les Docteurs :

16 9 Lafont, à Orthez (Basses-Pyrénées).

1610 Gautret, à Clisson (Loire-Inférieure).

Le Conseil ordonnance le paiement à Me Auger, avocat à la Cour de Cassation, d'une somme de 700 francs à titre de provision pour le pourvoi en Cassation qui a été décidé en principe dans l'affaire du Dr M.

Le Conseil vote le paiement de la somme de 72.75 pour les frais d'instance en justice de paix et d'appel devant le Tribunal civil dans l'affaire du Dr S., de Paris, actuellement soumise par le « Sou » à la Cour de Cassation.

Communication est donnée des deux lettres ci après :

1° Du Dr S. de N. :

A Monsieur le Président du « Sou Médical ».

Merci, mon cher Confrère, pour l'aide pécuniaire et la direction judiciaire que vous m'avez fournies dans mon procès que j'ai gagné grâce à vous contre la Compagnie.

Merci encore pour le renseignement que vous m'avez donné tout récemment à propos de la loi de 1902, sur la santé publique.

Je me plais à reconnaître une fois de plus les services que vous rendez à tout le Corps médical.

2° Du Dr St-M. :

J'ai le plaisir de vous annoncer que la Compagnie la P., à la suite du rapport des experts Landouzy, Delbet et Thoinot, a demandé à mon avoué la note des frais afin de solder le tout.

Vous vous souvenez de l'affaire ; j'avais guéri un tétanique au moyen d'injections massives de sérum antitétanique. La Compagnie contestait l'utilité et même .... la réalité du traitement. Aujourd'hui, elle est forcée de se rendre à l'évidence. Décidément, la légende des médecins marrons ne prend plus, quelle honte pour nos adversaires !

Dans quelques jours je vous raconterai les péripéties de l'affaire avec les réflexions qu'elle m'a suggérées.

P.-S.— Je ne puis fermer ma lettre sans remercier le « Sou » de ses bons conseils et de l'appui réellement confraternel qu'il m'a donné. Quand donc les confrères de France et de Navarre comprendront-ils la nécessité de leur adhésion du « Sou » ? ?

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

La Maison du Médecin

L'Assemblée générale de La Maison du Médecin a eu lieu le dimanche 13 mars dernier à l'amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris.

Cette Assemblée a été du plus haut intérêt, car elle a montré que le capital social atteint actuellement 66.248 fr., alors qu'il était de 10.000 fr. l'an dernier à pareille époque.

La plus grande part de cette impressionnante augmentation résulte *d'un geste généreux autant que modeste* : un praticien de province, ayant formellement réclamé l'anonymat, a fait ces temps derniers un don en espèces de : 50.000 fr. à *La Maison du Médecin* . L'utopie d'hier devient la réalité de demain. Ce geste décisif montre la route large et sûre à ceux qui ont assumé la charge d'organiser, malgré tous les obstacles, l'œuvre philanthropique.

L'intérêt très vif pris par quelques riches confrères à cette œuvre de pure solidarité ne tardera pas à compléter le capital nécessaire ; l'Assemblée générale prochaine sera, peut-être, autorisée à entendre, sur ce point, une révélation sensationnelle assurant la réalisation prochaine du but poursuivi.

Dr WICART, Secrétaire.

Souscription pour soutenir dans un procès d'intérêt général le Syndicat des Médecins de Valence et de la région.

1.	Syndicat des Médecins de Cette....	10 fr.
2.	Syndicat médical suburbain de la Gironde.....	25 »
3.	Syndicat des Médecins de Marseille	50 »
4.	Syndicat médical de Rochefort ...	10 »
5.	— — de Cambrai.....	20 »
6.	— — de Dunkerque...	20 »
7.	— — de Calais.....	20 »
8.	— — de la Basse Isère	100 »
9.	— — de Carcassonne..	20 »
10.	Syndicat de la Mayenne....	20 »
11.	Le Syndicat d'Arras.....	25 »
	Total...	320 »
	Listes précédentes...	685 »
	Total général....	1.005 »

JURISPRUDENCE MÉDICALE

JUSTICE DE PAIX DE DARNÉTAL (Seine-Inférieure). *Audience du 7 juillet* 1909. Président : M. ALLINNE, Juge de Paix.

Accident du travail. — Médecin choisi par la victime. — Honoraires. — Arrêté du Ministre du Commerce. — Tarif.

En matière d'accidents du travail, le patron n'est tenu de payer les frais médicaux et pharmaceutiques dus au médecin choisi par la victime que suivant le tarif fixé par l'arrêté du Ministre du Commerce du 30 septembre 1905, *sauf au médecin à réclamer le surplus à l'ouvrier.*

Attendu que par sa citation le docteur Bouju, de Darnétal, demande condamnation contre MM. Aubin frères, industriels au même lieu en payement : 1° d'une somme de 16 francs pour sept consultations données par lui à une demoiselle Leroy, à la suite d'un accident du travail dont elle a été victime le 29 avril dernier, au service des défendeurs, à raison de 2 francs par consultation plus deux francs pour le certificat initial ; 2° d'une autre somme de 12 francs pour cinq consultations données à une dame Baillif, à la suite d'un autre accident du travail dont elle a été victime le 7 mai dernier au service des mêmes, pour cinq consultations et un certificat sur les mêmes bases ;

Attendu qu'en réponse à cette demande, Aubin frères, excipant de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 (art. 1 et 2) fixant à 1 fr. 50 le prix de la consultation, ont offert réellement à la barre du tribunal à Bouju : 1° la somme de 12 fr. 50 pour l'accident Leroy et 2° celle de 9 fr. 50 pour l'accident Bailly, et acceptant le prix de 2 francs pour chaque certificat médical conforme à l'article 9 dudit arrêté ;

Attendu que Bouju a déclaré ne pas accepter ces offres et maintenir sa demande ;

En droit : Attendu que les lois du 9 avril 1898 et 31 mars 1905 sur les accidents du travail ont mis à la charge des chefs d'industrie les frais médicaux et pharmaceutiques en raison des soins donnés à leurs ouvriers à la suite d'un accident du travail ;

Attendu que l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 disposait que le patron ne peut être tenu des frais médicaux que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le Juge de paix du canton conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite ; qu'ainsi à Darnétal la visite était tarifiée à 1 fr. 50 et la consultation à 1 franc ;

Attendu que l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 dispose que la victime peut faire choix elle-même de son médecin ; que dans ces cas le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le Juge de paix du canton où est survenu l'accident conformément à un tarif qui sera établi par un arrêté du Ministre du Commerce ;

Attendu que cette disposition impose au Juge de paix une base certaine et intangible pour la fixation des honoraires du médecin quand ce dernier est choisi par l'ouvrier ;

Attendu qu'aux termes de l'article 1er de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 pris en exécution de l'article 4 de la loi du 31 mars précédent, le prix de la visite, fixé d'une manière générale à 2 francs, est élevé à 2 fr. 50 : 1° à Paris ; 2° dans les localités où il serait reconnu après enquête qu'antérieurement à 1901, le prix courant de la visite pour les ouvriers traités dans les dites localités était égal ou supérieur à 2 fr. 50. ;

Attendu que la désignation de ces localités a été faite par un arrêté ministériel du 26 juillet 1906 ; que Darnétal ne figure pas au nombre de ces localités ; que les seules villes de la Seine-Inférieure indiquées dans cet arrêté sont Rouen et le Havre ; les syndicats médicaux de ces villes ayant seuls revendiqué à leur profit les dispositions du paragraphe 2 de l'article 1er dudit arrêté dans les trois mois de sa publication ;

Attendu en conséquence que de la combinaison des articles 1er et 2 de cet arrêté, il résulte que le prix de la visite à Darnétal en matière d'accident du travail doit être fixé à 2 francs ; par suite celui de la consultation, inférieur de 0 fr. 50, à 1 fr. 50 seulement ;

Attendu de plus que les termes de la circulaire du 6 novembre 1905 sur l'application du dit arrêté sont très explicites ; « qu'il importe tout d'abord de remarquer, dit-elle, que, pas plus que le tarif d'assistance médicale gratuite sous le régime initial de la loi du 9 avril 1898, le nouveau tarif officiel ne s'impose, comme on a pu parfois s'y méprendre, aux médecins et aux pharmaciens. Ils restent en droit, comme auparavant, entièrement libres de débattre la rémunération de leurs soins et le prix de leurs fournitures. Le tarif a seulement pour but et pour effet, dans le cas où la victime d'accident a fait elle-même choix de son médecin et de son pharmacien et où des contestations s'élèvent sur la qualité des prestations du chef d'entreprise à cet égard, de fournir une base préfixe aux décisions des Juges de paix appelés à arbitrer ces questions » ;

Attendu que ce tarif, pas plus que celui fixé par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, n'est absolument obligatoire pour le médecin, lequel est toujours libre d'apprécier ses services et d'en réclamer le prix quand c'est le patron qui s'est adressé directement à lui pour les soins à donner ; que de plus, bien que le patron ne soit obligé vis-à-vis du médecin que jusqu'à concurrence du chiffre établi et prenant pour base les tarifs légaux susvisés, le médecin reste entièrement libre néanmoins de réclamer à l'ouvrier le montant total de sa note, sauf, bien entendu, la faculté qu'ont les tribunaux de réduire la note selon les circonstances.

En fait — attendu que Bouju objecte bien : 1° qu'il est de notoriété publique que le prix de la consultation était de 3 francs à Darnétal antérieurement à 1909 et que jusqu'à ces derniers temps les frères Aubin lui ont payé les soins médicaux donnés à leurs ouvriers sur ce taux, même postérieurement à l'arrêté dont ils excipent aujourd'hui ; 2° que les médecins de Darnétal n'étant qu'au nombre de trois dans cette localité, il leur était impossible de constituer un syndicat médical susceptible de revendiquer le bénéfice du paragraphe 2 de l'arrêté du 30 septembre 1905 ;

Attendu, sur la première objection, que si Aubin frères ont longtemps consenti à payer à Bouju le prix de la consultation conformément aux anciens usages, ils n'en sont pas moins libres aujourd'hui d'invoquer à leur profit les dispositions formelles des lois et arrêtés sus-visés ; que leur attitude nouvelle s'explique en ce sens que la compagnie d'assurances, qui les couvre contre les risques d'accident, refuse nécessairement de les désintéresser de toutes sommes qui excéderaient le tarif légal institué par l'arrêté du 30 septembre 1905, qu'ils ont la faculté d'opposer ;

Attendu, en ce qui concerne la seconde objection, que si les trois médecins de Darnétal ne pouvaient à eux seuls constituer un syndicat qualifié pour invoquer la revendication prévue au paragraphe 1er de l'arrêté du 30 septembre 1905, ils conservaient la faculté de s'affilier à l'Association générale des médecins de France qui pouvait exercer ce droit en leur nom ; qu'en ne faisant pas les diligences prévues dans le délai imparti ils se trouvent actuellement atteints de forclusion à cet égard ;

Attendu que les défendeurs ont réellement offert à Bouju, à la barre du tribunal, la somme de 22 francs ; que par les motifs ci-dessus déduits nous estimons cette offre suffisante.

Par ces motifs, statuant par jugement contradictoire et en dernier ressort :

Donnons acte à Aubin frères de ce qu'ils ont toujours offert et offrent réellement à Bouju la somme de 22 francs pour soins et consultations donnés à la demoiselle Leroy et la dame Baillif ;

Déclarons ces offres suffisantes et libératoires. En conséquence, déclarons l'action de Bouju non recevable, l'en déboutons et le condamnons à tous les dépens.

REPORTAGE MÉDICAL

Les cours de perfectionnement pour les médecins. — C'est là une question, dont on se préoccupe beaucoup à l'étranger (1). En ce qui concerne l'*Allemagne*, ces cours devront porter sur les lois des assurances et leur application, sur l'hygiène industrielle, la prophylaxie des maladies épidémiques et des maladies populaires ; mais leur organisation n'est pas encore complète.

Jusqu'à présent, il n'existe qu'une chaire de médecine sociale à Bonn ; la Prusse consacre à cette question 30.000 marks par an ; mais d'une façon générale cet enseignement est trop négligé, et le plus souvent les médecins sont obligés de s'instruire par leurs propres moyens.

Cependant des déclarations intéressantes viennent d'être faites à ce propos au Parlement, alors

(1) Voir le *Concours médical* : 10 octobre 1908, 8 août 1909.

qu'on demandait au Ministre de l'Intérieur une subvention de 10.000 marks pour l'organisation de cet enseignement. En effet, si le chancelier d'Empire a tout d'abord déclaré que cette question n'intéressait pas l'Empire, il a ensuite pris l'engagement d'inviter les différents Etats confédérés à prendre les mesures nécessaires pour que la Médecine Sociale soit enseignée aux étudiants en médecine et aux médecins.

L'Association-maladie des médecins de Vienne. — Cette association est fondée depuis 17 ans ; le bilan de l'année qui vient de s'écouler a donné les meilleurs résultats.

C'est ainsi qu'on note l'adhésion de 163 nouveaux membres. D'autre part, le chiffre des indemnités versées pour maladie s'est élevé à 25.590 couronnes, celui des indemnités funéraires à 2 700 couronnes. L'actif de l'association a été porté à la somme de 116.000 couronnes, soit une augmentation de capital de 21.700 c. au cours de 1909.

Cette excellente situation a permis de prolonger jusqu'à une année le temps pendant lequel est servie l'indemnité de maladie, de créer un fonds de secours extraordinaire, etc.

Il est cependant regrettable qu'un cinquième seulement des médecins de Vienne fasse partie de cette association.

Concours pour le grade d'aide-major de 2e classe de réserve. — Les jeunes gens nommés médecins auxiliaires à la fin de leur 1re année de service, pourvus du diplôme de docteur, peuvent être autorisés, s'ils comptent 3 semestres de service à la date du 31 mars, à subir les épreuves du concours pour l'obtention du grade d'aide major de 2e cl. de réserve.

Pièces à produire : acte de naissance ; extrait du casier judiciaire ; engagement d'accomplir, s'il y est invité, 3 périodes supplémentaires d'instruction pendant son séjour dans la réserve ; copie du diplôme ; relevé de punitions et état signalétique ; avis motivé du médecin-major et du chef de *corps*.

Les épreuves sont écrites et roulent l'une sur la chirurgie d'armée ou l'hygiène militaire (3 heures pour la rédaction), l'autre sur un sujet du service de santé en campagne (2 heures). Elles sont corrigées par une commission nommée par le ministre et ont les coefficients suivants :

Hygiène ou chirurgie d'armée....	6
Service de santé en campagne....	4
Note militaire du chef de corps....	5
Note technique du directeur.....	5

Seront éliminés les candidats qui ne réuniraient pas les deux tiers du maximum.

Un catgut original. — Il s'agit de la curieuse tentative que viennent de faire deux Américains en se servant de cheveux humains pour suturer les vaisseaux sanguins. Ces auteurs commencèrent par recourir à des cheveux légèrement bruns, de grosseur moyenne et d'environ 0,25 centimètres de longueur pour suturer la carotide sectionnée d'un chien, l'animal étant mort. Ils procédèrent ensuite à la même expérience sur le chien vivant, avec des cheveux stérilisés et conservés dans une solution aqueuse de formol à 10 %. Le résultat fut parfait, la plaie guérit par première intention. Cinq mois et demi après, l'animal fut sacrifié et les parois du vaisseau suturé furent trouvées d'apparence normale, la circulation y avait repris son cours régulier. Le vaisseau sectionné dans sa longueur et étalé de façon à présenter sa paroi interne, laissait à peine voir la ligne de suture sous la forme d'une vague traînée blanchâtre.

Maison départementale de Nanterre. — Un concours sera ouvert le 9 mai 1910 pour l'admission à cinq places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre et pour la désignation, à la suite du concours, de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, aux fonctions d'interne provisoire.

Les candidats qui seront désignés pour occuper les cinq places vacantes seront nommés pour une année à dater du 1er juin 1910. Leur fonction pourra être prorogée par le Préfet de police sur avis de MM. les médecins et chirurgien de la Maison départementale et du directeur de l'établissement.

Traitement annuel.....	1.800 fr.
Indemnité de logement...	300 fr.

Les candidats peuvent se faire inscrire dès à présent à la Préfecture de police (Secrétariat général, Personnel, Quai du Marché-Neuf n° 2) de 10 h. à midi, ou de 2 à 4 heures, où ils recevront le programme du concours. Le registre d'inscription sera clos le 20 avril prochain à 4 heures.

L'inondation et la santé de Paris. — Moyenne ordinaire des décès de la ville de Paris pendant les huit premières semaines de l'année : 8.850.

En 1909, total des décès pendant ces mêmes semaines : 8.919.

Nombre des décès pendant ces mêmes semaines en 1910 : 7.713.

Donc, l'inondation ..

Pour la typhoïde, du 20 au 26 février : 31 cas et 3 décès sur 2.700.000 habitants.

Moyenne de la semaine correspondante en 1909 : 36 cas et 6 décès

Conclusion : l'inondation paraît avoir noyé les *microbes ! Ce qui est plus probable, c'est qu'on a* pris plus de précautions au point de vue alimentaire de la propreté et de l'assainissement.

Pour un peu on demanderait une autre inondation !

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro, un de nos collaborateurs a emprunté une nouvelle au *Bulletin médical* sur notre confrère centenaire, le Dr Boullé. On a pu lire, du reste, une rédaction analogue dans tous les journaux politiques quotidiens. M. le Dr Janicot, rédacteur en chef du *Bulletin médical*, nous rappelle que la nouvelle vient de son journal. Nous le reconnaissons volontiers. Rendons à César ce qui appartient à César.

J. N.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 14 Dimanche 3 AVRIL 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

SOMMAIRE

Notre devoir électoral 287
Association générale des médecins de France
Assemblée générale de 1910..... 287
Propos du jour
Quelques mots sur la mutualité. Comment les mutualités comprennent les intérêts médicaux ? Une menace peu émouvante. Les deux cloches de la mutualité. L'illusion et la réalité. Ce que coûte et devrait coûter l'assistance médicale aux mutualités. Un exemple récent entre mille : comment les mutualistes traitent leurs médecins ?..... 289
Clinique chirurgicale
1° Les opérations à faire avec l'anesthésie locale. La cure de l'hydrocèle. 2° Sur le pronostic des épithéliomas cutanés..... 292
Ophtalmologie
Examen de la région maculaire... 294
La semaine médicale
Fractures de l'humérus à l'extrémité supérieure. — Complications cardiaques de la lithiase biliaire. — Les avortements criminels..... 295
Revue des sociétés savantes
Plaie du cœur — Polypes naso-pharyngiens.— L'hémostase par le procédé de Momburg. Traitement de l'épithélioma du testicule. Injections intra-articulaires dans les tumeurs blanches..... 297
Formulaire raisonné
La digitale..... 299
Chronique syndicale
Une expérience syndicale à tenter. — Le Syndicat de médecine sociale devant le Syndicat du Rhône..... 300
Sou médical
Séance du 17 mars..... 303
Correspondance
A la Société locale du département du Cher. Referendum de l'Amicale..... 305
Reportage médical..... 307
Nécrologie..... 308

NOTRE DEVOIR ÉLECTORAL

La section syndicale du XVe arrondissement du Syndicat des médecins de la Seine s'est réunie hier au soir, et a décidé de se conformer aux décisions prises par l'Union et le Concours, en vue de l'action corporative pendant la campagne électorale qui va s'ouvrir.

Le nécessaire sera fait : tous les candidats seront vus, et on présentera à leur signature l'engagement en faveur du libre choix du médecin.

ASSOCIATION GÉNÉRALE

de PRÉVOYANCE et de SECOURS MUTUELS des MÉDECINS de FRANCE

SIÈGE SOCIAL : 5, RUE DE SURÈNE, PARIS (VIIIe)

Assemblée générale de 1910

Paris, le 31 mars 1910.

Monsieur et très honoré Confrère,

Nous avons l'honneur de vous informer que la 51e *Assemblée générale* annuelle de l'Association Générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu le *dimanche* 30 *avril*, à 2 *heures précises*, dans la *Salle des Concours de l'Assistance publique* (ancienne Académie de médecine), *rue des Saints-Pères*, 49.

Les questions qui n'auraient pas pu être résolues dans la séance du dimanche seraient discutées le lundi 11 à la même heure.

Composition de l'Assemblée générale. — Conformément à l'article 53 des Statuts, ne peuvent assister à l'Assemblée Générale que les Membres du Conseil Général et les Présidents et Délégués des Sociétés locales.

Les Membres de l'Association qui ne font pas partie du Conseil Général ou qui ne sont ni Présidents ni Délégués des Sociétés locales ne peuvent pas prendre part à l'Assemblée Générale, mais ils peuvent assister au Banquet (cotisation : 20 francs).

Délégués. — « Chaque Société composée de 50 membres, ou au-dessous, est représentée par un délégué ; celles qui se composent de 51 à 100 membres peuvent avoir deux délégués ; de 101 à 150 membres, trois délégués, et, à partir de ce chiffre, un Délégué de plus par chaque fois 50 membres. » (Statuts, art. 53).

Les Présidents des Sociétés locales font partie de droit de la délégation et ne sont pas compris

dans le nombre règlementaire des Délégués qui, dans nombre de Sociétés, doivent être statutairement choisis parmi les membres des Commissions administratives.

Feuille de présence, réunion des délégués. — Une feuille de présence est déposée à l'entrée de la salle: MM. les Présidents et Délégués sont instamment priés de signer cette feuille dans la case spéciale réservée à leur Société. Cette formalité est indispensable pour permettre au Conseil Général d'établir la liste exacte des Délégués qui ont assisté à l'Assemblée.

MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans la Salle où se tiendra l'Assemblée, le dimanche 10 avril, *une demi-heure* avant l'ouverture de la séance.

Avis important. — M. le Président Lereboullet, en raison de son état de santé, s'excuse auprès de MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales de ne pouvoir les recevoir chez lui, la veille de l'Assemblée Générale, comme les années précédentes.

Banquet du dimanche 10 avril. — MM. les Membres du Conseil Général prient MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales de leur faire l'honneur d'assister au Banquet qui leur sera offert le dimanche 10 avril, à sept heures et demie, au Palais d'Orsay (Hôtel de la nouvelle gare d'Orléans, 9, quai d'Orsay). Ceux d'entre eux qui voudront bien accepter cette invitation sont priés d'en prévenir, *avant le 5 avril*, M. le Dr Darras, 5, rue de Surène, Paris.

En vue des dispositions à prendre pour l'organisation du Banquet, suivant le nombre des convives, il est indispensable que MM. les Présidents et Délégués veuillent bien envoyer une réponse avant la date fixée.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, la nouvelle assurance de nos sentiments dévoués.

Le Trésorier général,
Dr Darras.

Le secrétaire général,
Dr G. Lepage,

Le Président,
Dr L. Lereboullet.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Relatif à la Tenue des Assemblées Générales et au Mode de Votation.

I. Chaque année, l'Association Générale des Médecins de France réunit ses membres en une Assemblée qui se tient le deuxième dimanche après Pâques, ou à telle autre date que fixera l'Assemblée précédente.

II. Des Assemblées générales extraordinaires pourront être convoquées.

III. Aux Assemblées générales ordinaires et extraordinaires, ne seront admis que les Membres du Conseil Général et les Présidents et Délégués des Sociétés locales. Pour assister à ces réunions, ceux qui y auront droit recevront une carte exigible à l'entrée de la salle des séances.

IV. Les membres de la Presse pourront être convoqués individuellement et admis sur la présentation d'une carte spéciale.

V. L'ordre du jour de l'Assemblée est fixé un mois à l'avance par le Bureau du Conseil général. Toute Société qui voudra soumettre à la discussion une question déterminée devra, avant cette date, en avoir prévenu le Conseil Général.

VI. Les votes émis au cours des Assemblées générales auront lieu à mains levées ou bien par assis et debout.

Lorsqu'il y aura doute sur le nombre des suffrages émis, le vote à la tribune, *par appel nominal*, sera de droit. Ce mode de votation pourra toujours être réclamé par dix membres de l'Assemblée.

VII. Le vote à la Tribune se fera par l'appel des membres présents. *Chacun d'eux n'a droit qu'à une seule voix.*

Le dépouillement du vote sera fait par des scrutateurs désignés par l'Assemblée.

ORDRE DU JOUR :

1° Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière Assemblée Générale (publié dans le *Bulletin* n° 40, pages 191 à 280) ;

2° Allocution de M. Lereboullet, président ;

3° Rapport de M. Darras, Trésorier général, sur la situation financière de l'Association Générale à la fin de l'exercice 1909-1910 ;

4° Rapport de la Commission de vérification des comptes (MM. Jules Magnin et Périer, rapporteurs) sur la gestion financière du Trésorier pendant l'exercice 1909-1910 ;

5° Approbation des comptes de l'exercice 1908-1909 (publiés dans le *Bulleitn* n° 41, pages 346 à 371) ;

6° Compte-rendu de M. G. Lepage, Secrétaire général, sur les actes et la situation de l'Association Générale pendant l'exercice 1909-1910, sur les questions soumises à l'examen des Sociétés locales et sur les vœux présentés par elles (publié dans le *Bulletin*, n° 45, page 131) ;

7° Election de sept membres du Conseil Général.

Membres du Conseil arrivés au terme de leur mandat : MM. Paul Fabre (Allier) ; Foucault (Seine-et-Marne), Lourties, Reynier, Richelot, et Thibierge. (*Les Membres du Conseil sont immédiatement rééligibles* (Statuts, art. 9).

M. Monprofit, président de la Société de Maine-et-Loire, est candidat en remplacement de M. Louis Sentex, décédé.

8° Rapport de M. Thibierge sur les pensions viagères et les augmentations de pensions de-

mandées à l'Assemblée Générale (publié dans le *Bulletin* nº 45, page 166) ; discussion et vote des propositions ;

9º Election de la Commission chargée de l'examen des demandes de pensions viagères en 1910 ;

10º Vote des subventions à allouer aux Caisses annexes ;

11º Délibérations des Sociétés locales au sujet des questions suivantes soumises à leur examen en 1909 ;

A. — Les Sociétés commerciales qui intéressent le médecin à ses prescriptions. (*Vœu de la Société des Landes.*)

B. — Exercice de la médecine par des pharmaciens munis du diplôme de docteur en médecine et exerçant dans leur officine simultanément les deux professions. (*Vœu de la Société de la Charente.*)

C. — Relèvement des honoraires des expertises médico-légales. (*Vœu de la Société de l'Aveyron.*)

12º Discussion des vœux émis par les Sociétés locales.

a. — Exercice illégal de la médecine par les pharmaciens ; réclames pharmaceutiques .(*Vœu de la Société de Vitry-le-François* (Marne.)

b. — Retraites de droit à 60 ans. (*Vœu de la Société de la Drôme et Ardèche.*)

c. — Contre les soins gratuits donnés à des fonctionnaires. (*Vœu de la Société de la Seine-Inférieure.*)

d. — Pharmaciens-docteurs en médecine. Les services médicaux publics ne doivent pas leur être attribués. (*Vœu de la Société de la Haute-Garonne.*)

e. — Projet de création d'une filiale-décès. (*Vœu de la Société des Alpes-Maritimes.*)

f. — Nomination, durée des fonctions et révocation des médecins et chirurgiens des hôpitaux de province. (*Vœu de la Société de l'Allier.*)

13º Questions diverses :

A. — Le secours immédiat et l'Assistance par le travail. (*Projet de l'Association de la Presse médicale française.*)

B. — Refus d'agrégation de la Société dite « Métropolitaine ». (*Question de la Société de l'Oise*).

AVIS IMPORTANT

MM les Présidents et Délégués sont priés de lire le numéro de mars du Bulletin qu'ils recevront avant l'Assemblée générale et qui contient, outre le compte rendu du Secrétaire général et le rapport de M. G. Thibierge sur les Pensions viagères, des documents sur les questions qui seront discutées à l'Assemblée du 10 avril.

MM. les Présidents et délégués qui n'auraient pas reçu le Bulletin à la date du mercredi 6 avril sont priés d'en aviser le Dr DARRAS, 5, rue de Surène, qui leur en enverrait immédiatement un autre exemplaire.

MM. les Présidents et délégués recevront, avant la séance, un exemplaire du discours du Président.

PROPOS DU JOUR

Quelques mots sur la Mutualité.

Comment les mutualistes comprennent les intérêts médicaux ? Une menace peu émouvante. Les deux cloches de la Mutualité. L'illusion et la réalité. Ce que coûte et devrait coûter l'assurance maladie aux mutualistes. Un exemple récent entre mille ; comment les mutualistes traitent leursmédecins.

Vous ne lisez pas les journaux mutualistes ? Non, n'est-ce pas. Eh bien ! vous avez tort. Vous pourriez juger de l'esprit qui y règne et à quel degré peuvent atteindre l'inconscience, l'ignorance ou le bluff ?

Nous avons sous les yeux un article de l'*Avenir de la Mutualité* intitulé : *Médecins Mutualistes* !... *Pourquoi pas* ?. Il est signé de M. G. D. Fayard, qui n'a, certes, rien de commun avec notre sympathique ami et correspondant de Péage.

M. Fayard, après avoir constaté l'avortement « presque général des pourparlers engagés « entre les délégués du corps médical et ceux « des Sociétés de Secours mutuels à propos de « l'ABAISSEMENT du tarif des visites » (le contraire nous eût surpris), dénonce un certain état d'esprit du corps médical, qui au contraire se syndique pour faire élever ces tarifs. Il juge cet état de chose intolérable. Il engage les Sociétés mutualistes à se défendre, c'est-à-dire à s'organiser. Il est convaincu « que dans toutes les corporations (et sans doute parmi elles la corporation médicale) il se trouve des cœurs compatissants et généreux qui sauront répondre à l'appel des malheureux ». Après cet appel à la charité et comptant sur l'aumône des soins de certains d'entre nous, M. Fayard reconnaît que le médecin a dû faire de grosses dépenses pour ses études, qu'il a un rang à tenir dans la société, qu'un certain train de maison lui est indispensable, qu'un matériel roulant lui est nécessaire, et pour faire face à ces frais, il l'en-

gage, s'il est avisé, « à chercher à s'entendre avec les Sociétés de Secours mutuels de son voisinage et à accepter loyalement une raisonnable modération dans ses prix. » Nous savons, nous, ce que les mutualistes entendent par modération dans les honoraires médicaux. En échange, voici le double avantage que M. Fayard offre aux médecins : d'abord les sympathies nombreuses, la confiance et l'estime de tout le monde, la bénédiction de son nom dans la mansarde et dans la chaumière (nos confrères savent bien la valeur de tout cela !). « De plus, « continue le zélé mutualiste, moyennant un « petit sacrifice — ô combien léger ! — il devien- « dra créancier d'un débiteur toujours solva- « ble : la caisse de la Société ».

Vraiment, est-ce que l'honorable auteur de ces lignes ne se moque-t-il pas de nous ? Si le petit sacrifice qu'il demande est *léger, ô combien* ! pour les 15 à 16.000 praticiens français appelés à soigner pour rien les Mutualistes, combien serait insignifiant celui que demandent les médecins aux 3.049.635 mutualistes s'il était également réparti entre eux.

Le distingué rédacteur de l'*Avenir de la Mutualité* entrevoit — et ici il est réellement prévoyant - que les médecins resteront sourds à ses plaintes ; aussi les menace-t-il « si la voix de la raison et de l'humanité se heurtait à un parti pris de leur part », de créer, grâce à la pléthore médicale, un corps de médecins mutualistes. Les Sociétés pourraient, dit-il, leur donner un traitement fixe de 1,200, 1,400 ou 1,500 francs *selon les milieux (ce qui évidemment* leur permettrait largement de vivre) et à cela s'ajouterait vite le montant des visites faites aux parents des sociétaires, etc., etc.

Et M. G. D. Fayard conclut en souhaitant que la perspective de pareille concurrence « dessille « les yeux des médecins et les rappelle au sens « de la réalité. Qu'ils se hâtent donc de se « montrer franchement conciliants. La pru- « dence, la sagesse et leurs intérêts le leur com- « mandent ».

Nous remercions bien sincèrement M. Fayard de prendre aussi vivement en main nos intérêts. Il nous rappelle ce brave homme qui dans la *Mascotte* répondait aux demandes pressantes de secours de son frère dans le besoin par un panier d'œufs et une lettre de bons conseils ; encore ici les œufs du panier ont été plus que parcimonieusement comptés et les conseils ne sont pas nouveaux.

Nous n'entendons là qu'une des cloches mutualistes, car vous le savez, sans doute, confrères, il y a deux cloches à la chapelle de la Mutualité.

L'une sonne doucement, lentement, lugubrement le glas de la misère, elle fait appel aux bons sentiments, à l'humanité, à la charité du corps médical, c'est celle que vient de faire tinter l'honorable M. Fayard. Mais à côté d'elle est le bourdon énorme et retentissant que savent faire vibrer en temps voulu les chefs de la Mutualité ; elle ne s'adresse pas, celle-là, au seul corps médical, elle chante le *Te Deum* mutualiste au grand public et nous assourdit de ses vibrations. Elle nous apprend que les 3.019.635 mutualistes avec leurs 405.619.430 francs sont une force sociale, doublée d'une puissance financière. Elle répète que de se borner à assurer les indemnités et les frais de maladies, les frais funéraires, les secours aux veuves, c'est un but mesquin et tout à fait indigne de la Mutualité. Elle doit, la Mutualité, donner à tous ses enfants des retraites, assurer aux infirmes des secours réguliers ; bien plus, son vrai but doit être l'organisation en France de l'Hygiène sociale. Le Mutualiste aux larges vues prévoit un jour l'organisation d'un corps de médecins mutualistes sociaux inspectant tout le pays, créant des dispensaires d'Hygiène sociale, y remplissant un rôle éducateur, il rêve d'organiser des postes de secours ruraux pourvus d'infirmières, envoyant dans toutes les familles, à tous les foyers, des moniteurs d'hygiène au petit manteau bleu, porteurs de conseils imprimés et de journaux défendant la bonne cause. Ces mutualistes-là ne crient pas misère, ils n'envisagent que Congrès et réunions, que fondations prophylactiques contre la tuberculose, l'alcoolisme, l'avarie, la mortalité infantile, l'avortement, le malthusianisme etc., etc. Dans cette mégalomanie généreuse, les grands mutualistes vont plus loin. Pourquoi donc l'Etat ne leur confierait-il pas les retraites ouvrières, pourquoi ne les chargerait-il pas de l'Assistance (projet de loi Audiffred) ? Pourquoi en somme la France ne deviendrait-elle pas une vaste mutualité ?

Entre ces deux sons de cloches si différents, essayons, nous gens pratiques, de saisir, si nous avons l'oreille assez fine, le murmure de la vérité. Malgré leurs 405 millions, les Mutualistes ne sont pas riches, parce que cette somme se répartit entre trop d'intéressés et qu'on la destine à des emplois trop nombreux. Aucune œuvre considérable ne peut être entreprise par la Mutualité parce que la plus grande partie de ses réserves est immobilisée par le fonds commun inaliénable dans les coffres de l'Etat, qui avec le déficit croissant du budget, n'en laissera de longtemps rien sortir. A mesure que le nombre des Mutualistes augmente, leurs ressources proportionnelles diminuent, ce qui n'est pas en faveur de l'hypothèse d'un brillant avenir pour la Mutualité. Le taux des cotisations suit une progression descendante. En 1896, la cotisation

moyenne d'un participant dans une Société approuvée était de 14 fr. 15, en 1904, elle tombe à 12 fr. 45. La proportion des membres honoraires par rapport aux membres participants diminue aussi : de 23,50 pour 100 en 1897, elle tombe en 1903 à 20,35 pour 100. Bien plus, ces membres honoraires deviennent moins généreux ; tandis qu'en 1896 ils versaient une cotisation moyenne de 10 fr. 89, ils ne versaient plus que 9 fr. 88 en 1904.

Voilà, d'après les statistiques officielles, si patiemment et si clairement exposées dans son rapport au Congrès de Lille par notre collègue et ami, le Dr Bolliet, de Lyon, la situation vraie de la Mutualité française.

Au point de vue médical, le chiffre des honoraires médicaux vont en diminuant : tandis qu'en 1896 chaque mutualiste participant donnait annuellement en moyenne 3 fr. 57 à son médecin, en 1904, il ne lui offrait que 3 fr. 45. Le malade mutualiste, qui rapportait 10 fr. 40 jadis à son médecin ne lui donnait en 1904 que 9 fr. 10.

Et c'est seulement sur le corps médical que la Mutualité fait des économies. Au lieu de diminuer, les frais pharmaceutiques sont en augmentation : de 13.98 ils ont passé en 1904 à 14 fr. 36 et ceci se comprend, car les journées de maladies sont en augmentation.

Les rédacteurs de l'*Avenir de la Mutualité* devraient bien se donner la peine d'étudier la question avant d'écrire au courant de la plume de brillants et comminatoires articles sur l'exploitation par le médecin du pauvre mutualiste.

Si les Mutualistes veulent faire œuvre utile, il faut d'abord qu'ils payent régulièrement leurs cotisations, ensuite que les chiffres de ces cotisations, soient suffisants et soient basés sur des tables de morbidité qu'ils ignorent.

En 1904, la moyenne des secours de maladie a atteint 17 fr. 12 et la moyenne des cotisations des participants n'atteignait pas plus de 12 fr. 45 il s'en suivait un déficit de 4 fr. 67 par participant, déficit comblé par les subventions et les cotisations des membres honoraires. Or nous constatons qu'il faut de moins en moins compter sur ces derniers et que les subventions de l'État ne sont guère appelées à s'accroître, vu les difficultés que rencontre le gouvernement à équilibrer le budget. Que conclure ? C'est que la Mutualité, pour vivre, doit faire la seule chose possible : augmenter suffisamment les cotisations des membres participants et borner son but aux limites de ses ressources.

Or, savez-vous, combien devrait payer un mutualiste prévoyant et intelligent pour parer sérieusement aux atteintes de la maladie ? Les cotisations versées par les Mutualistes allemands, pour leurs caisses-maladies, cotisations calculées par des actuaires d'après des tables de morbidité bien dressées, nous l'indiquent : en 1905, pour chaque ouvrier allemand, participant à une caisse-maladie, il fut versé *soixante francs* (soit 23 fr. par le patron et 37 fr. par l'ouvrier).

Mutualistes français, réfléchissez et, vous, confrères, ne vous laissez pas effrayer par le son des cloches mutualistes.

***

Maintenant, voulez-vous savoir de quelle manière se conduisent certaines mutualités à l'égard de leurs médecins et comment elles récompensent leurs services, notre confrère le Dr André Roblot, de Paris, nous autorise à citer son cas comme exemple.

Notre confrère recevait, le 12 janvier 1910, d'une société dont il était le médecin, sans avoir été convoqué ni averti, sans observations préalables, une lettre qui lui retirait ses fonctions sans motifs. Il insista pour savoir de quel homicide ou autre crime il avait pu se rendre coupable. On lui répondit que ses ordonnances revenaient à des prix exagérés.

Or le Dr A. Roblot démontra qu'une de ses ordonnances, payée 16 fr. 75, devait revenir, aux prix portés sur le tarif de la maison Adrian, à 4 fr. 75, qu'une de 19 francs devait revenir à 4 fr. 99, qu'une autre, payée 22 fr. 90, avait coûté 5 fr. 26 au pharmacien. La Société payait *deux centimes* le gramme de phosphate tricalcique *qui* revient à *deux millimes et demi*, quinze centimes le gramme de créosote pure qui coûte *deux* centimes, et le bromoforme, qu'on paye *un centime et demi* les quarante gouttes, était compté *soixante* centimes.

Or personne n'ignore que les pharmaciens font encore 30 % de rabais aux Sociétés sur le tarif dit des Sociétés de Prévoyance. N'y aurait-il donc que sur les honoraires des médecins que les Mutualistes exerceraient un contrôle !

En sortant de la réunion tumultueuse où le Dr André Roblot avait cherché à se disculper, un mutualiste adressa à notre confrère une invective qui peint bien l'esprit de nombre de ses collègues à l'égard du médecin qui les a soignés et qui nous permettent de juger de la valeur des sympathies, de la confiance, de l'estime et des bénédictions que l'*Avenir de la Mutualité* promet au médecin mutualiste :

« Qu'est-ce que vous venez faire à l'Assemblée ? lui cria cet agité. Les médecins sont étrangers à notre Société. Ils n'ont aucun droit ici. Ils ne sont que nos *larbins* ! »

C'était dur pour notre confrère, mais c'était vrai.

D'ailleurs la patience du corps médical est

à bout. Elle l'est tellement que la seule perspective d'une action contre les abus de la Mutualité a amené la cohésion parmi nos confrères parisiens, elle a suffi pour rapprocher le Syndicat médical de Paris et le Syndicat des médecins de la Seine, naguère encore deux frères ennemis, elle a suffi pour faire naître les idées de défense professionnelle dans des groupements qui s'affirmaient rebelles au syndicalisme médical. Grâce aux abus de la Mutualité, est née la Fédération des médecins de la région parisienne qui, nous l'espérons, saura agir avec suite et méthode, sans excès, mais sans faiblesse.

J. Noir.

Je viens de lire le dernier numéro du *Petit Praticien*, tiré à 20.000 exemplaires. M. le Dr Coppens m'y prend tout particulièrement à partie au sujet du Syndicat national de médecine sociale. Je lui répondrai nettement que j'ai toujours dit et écrit que je préférais juger les actes que louer ou excommunier les personnes et les institutions. J'approuverai hautement le Syndicat national de médecine sociale toutes les fois qu'il rendra service à notre cause ; je blâmerai tout aussi énergiquement les faits nuisibles à notre action qui seront exécutés en son nom. Je ne saurais douter de la bonne foi de M. le Dr Coppens, aussi je le prie de parcourir les articles que j'ai écrits récemment dans le *Concours* avant d'affirmer que je trouve déontologique l'accaparement par l'extrême gauche des syndicats (le Syndicat national de médecine sociale), tandis que je le trouve condamnable sous une autre étiquette (l'association secrète tentée jadis par quelques médecins catholiques).

Dans le numéro du 30 janvier 1910, j'ai écrit un article de six colonnes, montrant les dangers de la création des cliniques dites ouvrières et l'accaparement des accidents du travail qui en résulte, j'ai cité des exemples et j'ai émis assez nettement mon opinion personnelle à ce sujet pour ne pas avoir à y revenir.

Quant à la protestation contre le vote du Conseil général du Nord excluant les médecins sortant de la Faculté catholique, je sais bien maintenant qu'elle a été faite par le Syndicat de Lille. Mais nombre de journaux politiques et médicaux ayant répandu aux quatre coins de la France la nouvelle de ce vote, je pense qu'il n'était pas indifférent, bien que l'affaire ait été purement locale, au dire de M. Coppens, de faire entendre ailleurs qu'à Lille la protestation du corps médical. Sur ce point, je puis affirmer qu'il est dans le Nord plus d'un confrère même non directement intéressés, qui partagent mon opinion.

Et je conclus qu'à l'heure actuelle, il me semble que ceux qui s'occupent de défense professionnelle ont mieux à faire que de se chamailler entre eux et que de chercher à jeter les uns sur les autres un mutuel discrédit. J. N.

CLINIQUE CHIRURGICALE

I

Hôtel-Dieu : M. le professeur Reclus.

Les opérations à faire avec l'anesthésie locale : la cure de l'hydrocèle.

Je vais commencer aujourd'hui une série de démonstrations sur les opérations que l'on doit faire avec l'anesthésie locale. Je pratiquerai, chez un malade atteint d'hydrocèle, le retournement de la vaginale, procédé le plus avantageux de cure de cette affection.

Je vous ai rappelé, lundi dernier, les grands principes de l'anesthésie locale, notamment le type de la solution que nous employons (elle est combinée de telle sorte que chaque seringue contienne une demi-goutte d'adrénaline et 1 centigramme de novocaïne). J'ai insisté sur la nécessité de maintenir l'opéré couché. Hier, encore, je voyais une jeune dame qui me raconta l'histoire suivante : ayant un torticolis, cette malade se fit faire une injection de cocaïne, un centigramme ou un demi-centigramme, je crois, dans le sterno-mastoïdien. L'injection fut pratiquée dans la position assise. Quand elle fut terminée, la malade continua à causer ; tout à coup, elle se sentit prise de vertige violent, de syncopes qui se répétèrent huit fois et de vomissements incoercibles. Vous comprenez, par cet exemple, l'importance de la position couchée. Chez cette jeune femme, existait évidemment une susceptibilité spéciale. En pareil cas, il serait bon de laisser le sujet couché pendant une demi-heure après l'injection et de donner un stimulant de la circulation. D'ailleurs, nous nous servons actuellement d'un agent moins toxique que la cocaïne, la novocaïne.

Je vous ai dit également que les différents plans de la région à opérer devaient être successivement anesthésiés. En 1886, quand j'ai commencé à édicter les règles de l'anesthésie locale, on faisait des injections sous-cutanées, et on employait des solutions fortes, à 20 %. J'ai montré, alors, la vanité de ces injections sous-cutanées qu'il convient de remplacer par des injections dans tous les plans avec une solution beaucoup plus faible. Ainsi, pour l'opération de l'hydrocèle que je vais exécuter devant vous, il faudra faire successivement des piqûres dans la peau, dans le tissu sous-cutané, et insensibiliser la vaginale.

L'anesthésie de la peau s'obtiendra par une injection intra-dermique traçante et continue au niveau de la ligne d'incision,sur la face antérieure de la proéminence que constitue l'hydrocèle. Cette première piqûre devra être intra-dermique et non sous-cutanée. On s'en apercevra à la difficulté de pousser le liquide. Vous presserez lentement sur le piston de façon à avoir une zone plus large d'anesthésie. Vous aurez soin également de toujours repiquer en tissu insensibilisé. Pour la première piqûre, prévenez le malade qu'il sentira une légère douleur ; il sera de cette façon mis en confiance.

Dans la cure de l'hydrocèle, il est bon d'anesthésier le cordon. On y parvient en injectant à la base de la vaginale, le long du cordon, le contenu de quatre ou cinq seringues de novocaïne adrénalisée. Il y a une précaution à prendre. Le cordon renferme une veine volumineuse. Je vous conseille de pousser le piston en retirant l'aiguille, ce qui évite l'injection intra-veineuse. L'anesthésie empêche la douleur, toujours assez vive, que provoque la malaxation du testicule mis à nu.

Vous m'avez vu injecter un certain nombre de seringues, sans les compter, dans les tissus où va porter l'opération. Ceci vous montre combien j'ai peu peur de la novocaïne. J'ai utilisé en tout 15 seringues de la solution anesthésiante, soit 15 centigrammes de novocaïne et 7 gouttes 1/2 d'adrénaline (solution d'adrénaline au millième). Lorsque je me servais de cocaïne, je comptais avec rigueur le nombre de seringues. Je savais qu'au-dessus de 20 centigrammes, le malade courrait le risque d'accidents mortels. Pour la novocaïne, avec 50 et 60 centigrammes même, on n'a pas l'ombre d'une alerte. Aussi, j'anesthésie sans trop me préoccuper du nombre de seringues employées. Quant à l'adrénaline, dont la dose thérapeutique maxima est de un et même deux milligrammes, la marge est également assez grande pour ne pas créer d'inquiétude. La prudence est toujours indispensable au chirurgien comme au thérapeute. Avec la solution de novocaïne que je vous ai indiquée, nous avons toute tranquillité.

Il est encore une couche de tissu non anesthésié. C'est la vaginale. Pour l'insensibiliser, il suffit d'y verser — lorsqu'elle a été ouverte — une certaine quantité de la solution de novocaïne, avec un verre. Le simple contact suffit. Il est des cas où la séreuse est douloureuse, enflammée. Alors, il vaut mieux faire pénétrer l'injection entre les deux feuillets de la vaginale. Toutes les fois, en effet, où vous avez des tissus enflammés, l'emploi des anesthésiques locaux est plus délicat.

N'oubliez pas que la novocaïne et l'adrénaline agissent lentement. Ne craignez donc pas d'attendre avant d'opérer. Dans les cas chroniques les anesthésiques mordent, il est vrai, plus vite.

Notre malade est un nerveux. Chez de tels sujets, vous devez multiplier les raisons pour empêcher les douleurs, et attendre le temps nécessaire.

Je viens de finir l'opération. Je termine par une application de teinture d'iode sur la plaie et par le pansement en suspensoir. Vous le voyez, le résultat de l'anesthésie est excellent. Je crois donc pouvoir conclure que l'opération de l'hydrocèle, même quand il y a un peu d'inflammation, doit être pratiquée à l'anesthésie locale. Nous avons des devoirs envers les malades. Nous ne devons pas oublier les dangers du chloroforme. L'employer lorsque l'anesthésie locale est parfaitement suffisante constitue une faute.

II

Hôpital Necker : M. le prof. Pierre DELBET.

Sur le pronostic des épithéliomas cutanés.

Je vous présente un malade atteint d'une lésion dont le siège est l'angle externe de l'œil gauche. Cette lésion, qui s'étend à la paupière inférieure, est constituée par une partie centrale ulcérée, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, entourée d'un bourrelet assez saillant, d'où partent, en s'irradiant,une série de petits plis cutanés. On a l'impression que la tumeur a tiré sur les tissus voisins.

Qu'est cette affection ? Le diagnostic n'offre aucune difficulté. Vous constatez une tumeur ulcérée, ayant envahi la peau. Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux, vraisemblablement lobulé. Cela nous suffit-il pour établir un pronostic et poser des indications thérapeutiques ? Vous savez qu'il y a des épithéliomas sur les téguments, sur la face en particulier, dont l'évolution offre de grandes différences. Certains évoluent lentement et guérissent avec n'importe quel traitement, avec tous les caustiques, pâte de Czerny, thermo-cautère, poudre de chlorate de potasse même. D'autres ont, au contraire, une réelle malignité et sont envahissants en surface et profondeur. Par conséquent, faire un diagnostic d'épithélioma cutané, de cancroïde comme on dit, ne suffit pas.

Sur quels caractères peut-on se baser pour apprécier la gravité d'un épithélioma cutané ?

Tout d'abord, les cancroïdes qui touchent aux muqueuses, conjonctive, lèvres, fosses nasales, ont un pronostic plus grave.Ceux-là ne guérissent pas par le chlorate de potasse. Outre cela, il est d'autres éléments de pronostic tirés de l'histologie. Enfin, l'analyse clinique de la lésion peut donner des indications également. Ici, les froncements cutanés observés à la périphérie de la tumeur indiquent une extension de la néoplasie ; elle tient à ce que les lymphatiques sont bourrés de cellules épithéliales, et tel est le mécanisme de production desdits froncements.Dans le même or-

✦✦

dre d'idées, nous avons à rechercher les connexions de la lésion avec les parties profondes et le retentissement possible sur le système lymphatique.

Recherchons du côté de l'œil, du cul-de-sac conjonctival. Il n'y a pas d'envahissement, le cul-de-sac n'est pas soulevé et est encore mobile. Recherchons ensuite les connexions profondes. J'essaye de mobiliser la tumeur sur les plans profonds, et je n'y parviens pas. A gauche, au contraire, la peau est mobilisable sur l'os malaire. Il y a donc une extension de la néoplasie en profondeur, s'étendant au moins jusqu'au périoste.

Explorons les ganglions. Quels ganglions ? En premier lieu, le ganglion pré-auriculaire. Il est indemne. En second lieu, les ganglions de la région sous-maxillaire. L'examen de la région sous-maxillaire offre, vous le savez, d'assez sérieuses difficultés. Chez tous les sujets, on sent la glande sous-maxillaire, qu'il faut se garder de prendre pour un ganglion. Chez notre malade, je la perçois. En arrière, à la région sous-angulo-maxillaire, je ne trouve rien. Cet examen est-il suffisant ? Non, l'examen de la région sous-maxillaire n'est pas simple. La palpation ordinaire est absolument insuffisante, car les ganglions peuvent y échapper. Pour faire une bonne exploration de la région sous-maxillaire, il faut introduire les doigts d'une main dans la bouche, en dedans des arcades dentaires, de façon à empêcher le plancher de la bouche de se déprimer, et palper avec les doigts de l'autre main. Ce n'est que comme cela que l'on peut percevoir les petits ganglions.

Résumons les éléments de pronostic dans le cas particulier. La lésion a une extension locale déjà considérable, plutôt en profondeur qu'en surface, ce qui est plus sérieux. Le petit bourrelet périphérique indique l'envahissement des lymphatiques. A distance, on ne constate aucun engorgement ganglionnaire, aucune adénopathie. Il en est souvent ainsi dans ces épithéliomas, non seulement dans les types bénins, mais aussi dans les autres. La gravité est surtout une gravité locale. L'extension lointaine est rare.

Quel sera le traitement ? Pouvons-nous espérer guérir le malade par le radium ? Ce n'est pas impossible. Peut-être allons-nous faire des tentatives de radiumthérapie, car l'intervention chirurgicale devrait être étendue et demanderait l'ablation d'une partie de la paupière. Le malade a déjà eu des applications de radium. Ces applications n'ont pas été, il est vrai, assez longues, n'ayant pas dépassé une demi-heure. Ici, la difficulté est de placer convenablement le radium. Il y a un intérêt réel, chez notre patient, à essayer la radiumthérapie qui donnerait une cicatrice meilleure que la cicatrice chirurgicale.

(*Leçons recueillies par* le Dr P. Lacroix.)

OPHTALMOLOGIE

Examen de la région maculaire,

Par le Dr Breuil (de Troyes).

Notre confrère, le docteur Clerc, vient de pu blier dans l'*Ophtalmologie Provinciale* (n° 12, dé 1909) un article remarquablement document sur l'examen, la physiologie et la pathologie de l région maculaire.

Un court résumé de la méthode d'examen pr conisée par l'auteur sera de quelque utilité, pen sons-nous, aux praticiens, de plus en plus nom breux, qui savent se servir de l'ophtalmoscope Elle mérite d'autant plus d'être exposée qu'el n'est décrite nulle part, ainsi que le constate l docteur Clerc.

L'examen de la région maculaire se pratique l'ordinaire dans la chambre noire ; il peut se fai à l'image droite ou à l'image renversée.

La dilatation pupillaire sera provoquée préa lablement par l'instillation d'un collyre mydri tique (atropine, ou mieux euphtalmine, dont l'a tion ne dure que quelques heures).

L'examen à l'image renversée, beaucoup plu facile pour le non-spécialiste, se fait à l'aide d miroir concave ordinaire, de 4 à 5 centimètres d diamètre, 20 à 25 centimètres de foyer et d'un lentille convexe de 15 à 20 dioptries (une lentil de 10 dioptries est utile dans les cas de myop très forte).

Le malade placé en face de l'observateur fixe la racine du nez de celui-ci. L'observateur projet alors le faisceau lumineux sur l'œil à examin en penchant la tête du côté opposé (Motais), c'es à-dire du côté gauche du malade, s'il examin l'œil droit. Si la macula se trouve un peu en d hors du champ d'examen, il suffit de promen la lentille dans un plan parallèle au plan front de l'observé, et circulairement, autour du centr de la cornée. La macula apparaît alors dans l champ d'examen. Rappelons, en passant, qu d'après Rollet et Jacqueau, la macula siège a dessous d'une ligne horizontale passant par l centre de la papille, et se trouve à une distan variable de cette dernière, suivant l'allongemen le raccourcissement, la tension, la réfraction d l'œil examiné, distance qu'on peut évaluer néa moins à 2 diamètres papillaires, comptés à part de la limite externe du disque optique. A l'imag renversée on la trouvera donc en dedans et u peu au-dessous de la papille. L'examen à l'imag droite nécessite l'emploi de l'ophtalmoscope réfraction (Parinaud, Panas, ou autres), sur le m niement duquel nous n'insisterons pas. Mais, d l'avis du Dr Clerc et de Ludsay-Johnson, il e nécessaire, pour bien voir la région maculair que le miroir incliné (à 30° environ) ait 12 mil mètres 1/2 de diamètre, qu'il soit percé d'un ouverture de 2 millimètres 1/4 à 2 millimètr 1/2, et placé à 14 millimètres.

Certaines conditions accessoires sont d'un grande importance : la source lumineuse doi

être peu intense et émettre le moins possible de rayons chimiques (huile, pétrole, gaz). Il est bon de laisser le malade dans la chambre noire pendant 1/2 d'heure environ, avant de commencer l'examen : la macula est d'autant plus visible que le sujet a été moins exposé à la lumière. L'interposition d'un verre légèrement teinté en bleu facilite la vision de la macula ?

Enfin, il est utile de savoir qu'à partir de 40 ans la visibilité de la macula est considérablement diminuée. Et le Dr Clerc termine en faisant remarquer fort judicieusement que l'examen méthodique de la région maculaire permettra de réduire considérablement le nombre des cas d'amblyopie sans cause connue, et dont la plupart sont très probablement dus à un trouble maculaire que nous ne savons pas ou ne pouvons pas diagnostiquer.

Tout l'article, d'ailleurs, abonde en aperçus cliniques du plus grand intérêt, soit que l'auteur nous décrive la symptomatologie des lésions maculaires : scotome central, micropsie, mégalopsie, métamorphopsie, chromatopseudopsie, amblyopie pour la vision rapprochée coïncidant avec une acuité visuelle normale de loin dans certains cas de chorio-rétinite, para-fovéale, nystagmus des amblyopies congénitales, dont la plupart sont peut-être dues à des aplasies fovéales, ou qu'il nous explique la cause du manque de précision des examens skiascopiques, qui portent sur l'étude de la marche des ombres dans toute la région du fond de l'œil, alors que l'acuité visuelle dépend presque exclusivement de la région fovéale.

LA SEMAINE MÉDICALE

Fractures de l'humérus à l'extrémité supérieure.

Les conférences sur le traitement des accidents du travail, faites à l'hôpital de la rue Championnet, à Paris, ont été inaugurées cette année par M. le Dr Just Championnière : notre éminent confrère a traité une partie de la question des fractures de l'humérus, celles de l'extrémité supérieure.

« N'oubliez pas, dit-il en débutant, que les traumatismes de l'épaule peuvent mener aux infirmités les plus graves, aux lésions les plus incurables. Parmi ces traumatismes, la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus est la lésion la plus importante : grave parce que fracture articulaire et grave parce que le traitement coutumier est fait plus pour engendrer les impotences définitives que pour les prévenir.

Lors d'un premier examen, il faut vous préoccuper d'établir, dans la mesure du possible, le diagnostic de la lésion, qui peut être contusion grave, fracture ou luxation, ou fracture compliquée de luxation, chacune de ces lésions pouvant, du reste, donner les éléments d'un pronostic grave.

Il ne faut pas oublier que les signes pathognomoniques des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus sont peu nombreux et que d'ailleurs bien des circonstances peuvent contribuer à les masquer.

Les fractures à symptômes bien nets sont de beaucoup les plus rares.

L'attention dans l'examen doit être appelée sur les points capitaux suivants :

Nature de l'accident. Sur quelle partie a porté le traumatisme ? Sur quelle région du membre est-il tombé ?

Impotence du membre ;

Douleurs et leur localisation (douleurs spontanées et douleurs provoquées).

Tuméfaction de la région ;

Epanchements sanguins et ecchymoses (leur localisation) ;

Déformation de la région ;

Déformation directement appréciable du squelette ;

Crépitation (nature de cette crépitation) ;

Contractures musculaires et douleurs revenant par crises (crampes).

Dans la rédaction d'un rapport, toutes ces conditions doivent être relevées, car ce n'est que dans les cas exceptionnels que la fracture et l'étendue de la lésion peuvent être affirmées par une brève caractéristique (diagnostic net).

Une luxation peut être compliquée d'une fracture qui n'a pas été vue.

Une fracture peut être sentie par la crépitation, même alors qu'il y a une luxation.

Dans le cas de fracture, sauf les fractures basses et bien évidentes du col chirurgical, *il est rare* de pouvoir localiser et déterminer exactement les limites de la fracture.

Il serait évidemment toujours désirable qu'une radiographie vînt au secours du chirurgien. Même dans les meilleurs cas, dans lesquels le diagnostic peut être bien affirmé, la radiographie a l'avantage de bien établir les limites de la fracture. Il faut pourtant s'en défier, ou plutôt ne pas se fier à elle pour le pronostic, car elle ne peut donner aucune idée de l'avenir du membre.

Enfin, un dernier terme très important à considérer, c'est que le volume de l'épaule, la profondeur des lésions, la difficulté qu'il y a à apprécier les signes de la fracture peuvent créer des difficultés, compliquées de la volonté du sujet de nous tromper sur l'importance et l'étendue des lésions. Ce fait peut jouer un rôle considérable.

On conçoit combien en pareil cas, la radiographie peut être précieuse.

Il y a encore deux modes d'examen qui peuvent rendre les plus grands services : le chloroforme d'abord. Dans les cas graves et difficiles, j'ai toujours recommandé hospitalièrement d'y avoir recours, d'autant plus que dès le début il peut donner une solution thérapeutique très facile. »

M. Championnière recommande le massage de l'épaule, pratiqué aussitôt que possible après l'accident ; c'est une méthode qui permet de réduire rapidement les luxations, quand il en existe

de latentes ; c'est un bon palliatif de la douleur, mais seulement, s'il y a fracture.

« Il est important d'établir un certificat très circonstancié de l'accident.

Chacune des conditions suivantes doivent être rappelées :

La nature de l'accident que le blessé accuse ;

L'aspect et l'attitude générale du blessé que l'on place autant que possible de façon à comparer l'épaule saine et l'épaule blessée ;

Le point frappé par le traumatisme (le coude ou le moignon de l'épaule) ;

Les douleurs, leur siège, leur production spontanée ou provoquée ;

La tuméfaction de la région ;

L'étendue des épanchements et des ecchymoses et leur siège.

La déformation, si elle est appréciable ;

La crépitation et les craquements ;

Les contractures et les crises musculaires ou crampes ;

L'état des mouvements actifs et passifs, s'il y en a.

Enfin, ne jamais oublier de noter l'âge, qui joue un rôle considérable pour le pronostic.

Toutes les fois que vous pourrez ajouter la radiographie à vos autres modes d'examen, il est désirable que la radiographie soit faite. Comme nous l'avons dit, elle a peu d'importance pour le pronostic. Mais elle est capitale pour montrer aux intéressés les détails d'une lésion qu'ils ne soupçonnent point et dont la gravité ne peut les frapper.

Si, dans les cas graves, l'examen sous chloroforme, permettant une action immédiate de réduction, a été nécessaire, il y a lieu d'insister sur ses résultats.

Quant au mode d'exploration, peu répandu, par le massage, il a deux avantages : de permettre une réduction qui ne se faisait pas, puis souvent de permettre rapidement un diagnostic. Si les douleurs sont rapidement apaisées, le diagnostic de fracture s'impose, tandis qu'en cas de luxation les douleurs ne disparaissent guère ; c'est un point capital à signaler. »

M. Championnière termine en résumant les indications que toute expertise pour un cas un peu complexe doit toujours comporter :

« Forme générale du membre avec comparaison des deux côtés ;

Difformité locale ;

Enraidissement articulaire et péri-articulaire ;

Atrophies musculaires proches et lointaines ;

Douleurs spontanées provoquées : par le travail, par l'examen ;

Affirmations du sujet relatives à des douleurs non constatées ;

Disposition aux états douloureux ;

Signes locaux d'arthrite et de péri-arthrite (craquements) ;

Influence probable de l'exercice demandé au sujet, exercice thérapeutique et professionnel ;

Mention de la radiographie et son interprétation.

Quant à la fixation de l'incapacité de travail, on se trouve en face de difficultés très grandes.

On peut dire qu'elle sera relativement élevée, plus élevée que l'on n'imagine au premier abord toujours variable avec la profession, mais certainement considérable pour tous les travailleurs de force.

« Le temps peut amener une révision sérieuse de la première détermination. Il faut savoir la prévoir.

« Toutefois, il ne faut pas oublier qu'avec le traitement actuel de tous les traumatismes de l'épaule, avec les habitudes des médecins et des blessés, avec l'état actuel de la loi sur les accidents du travail qui arrête le travail et ses mouvements, vous devez toujours considérer la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus comme une des lésions graves réduisant d'une façon importante la capacité de travail de tout ouvrier manuel. »

Complications cardiaques de la lithiase biliaire.

M. le Dr Pierre MAUGER, de Paris, a étudié dans sa thèse les complications cardiaques et cardio-pulmonaires de la lithiase biliaire chez le vieillard. Ce sont, dit-il, des complications d'ordre réflexe.

« Les complications cardiaques : palpitations, syncope, mort subite, surviennent au moment d'un accès de coliques hépatiques ; les complications cardio-pulmonaires, forme mixte, présentent une physionomie différente, suivant qu'elles surviennent chez l'adulte ou chez le vieillard, en particulier au cours de la cirrhose calculeuse.

La forme cardio-pulmonaire ne prête pas à confusion chez l'adulte, en raison de la netteté des symptômes lithiasiques.

Chez le vieillard, le diagnostic en est difficile parce que, chez lui, la lithiase biliaire est souvent méconnue. Il est surtout difficile, quand ces accidents compliquent une cirrhose calculeuse et quand se pose le problème suivant : a-t-on affaire à cette affection lithiasique, à une cirrhose calculeuse se compliquant de troubles cardiaques réflexes, ou bien a-t-on affaire à une cirrhose cardiaque consécutive à une cardiopathie ?

Le diagnostic se posera, à la suite de l'étude minutieuse des antécédents, qui fera connaître l'existence antérieure, soit de manifestations cardiaques, soit de manifestations lithiasiques sous forme de coliques hépatiques frustes, et à la suite de l'examen du malade. Les signes qui devront faire penser à des troubles cardiaques secondaires, d'origine lithiasique, étant, alors que le cœur gauche est *cliniquement* sain, ce qui n'exclut pas une certaine sclérose cardiaque, l'accentuation du deuxième ton pulmonaire, le bruit de galop droit et les râles congestifs localisés à la base du poumon droit.

Enfin, si ces symptômes manquent, il sera possible de chercher des signes de probabilité dans le sexe, le tempérament du malade, les résultats de la médication et l'évolution de la maladie.

Les avortements criminels.

D'après M. le Dr Raymond Torné (*Thèse de Paris*), le nombre des avortements criminels allant, sans cesse, en augmentant, il est de toute nécessité pour le praticien de savoir les diagnostiquer et leur appliquer le traitement approprié.

C'est généralement avant le quatrième mois qu'est produit l'avortement criminel. Il est rarement dû à l'absorption de substances abortives ou réputées telles, mais le plus souvent à des manœuvres mécaniques : ponction ou décollement des membranes.

L'avortement criminel présente incontestablement, dans bien des cas, une symptomatologie clinique qui le différencie de l'avortement spontané.

On peut noter :

a) Tantôt un écoulement sanguin léger et persistant, plus inquiétant par sa durée que par son abondance, anémiant la femme, si l'on n'intervient pas pour enrayer les accidents.

b) Tantôt, au contraire des hémorragies abondantes et profuses qui, survenant à une époque peu avancée de la grossesse, sont un élément de présomption en faveur d'un avortement, criminellement provoqué.

L'avortement spontané des deux premiers mois se fait généralement en un seul temps ; l'avortement criminel, au contraire, surtout lorsqu'il y a eu ponction des membranes, se fait le plus souvent en deux temps et s'accompagne de phénomènes de rétention, plus ou moins prolongée.

Un dernier caractère en faveur de l'avortement criminel est tiré de l'intensité et de la rapidité des phénomènes infectieux.

C'est souvent à une époque très rapprochée des tentatives abortives qu'éclatent les accidents d'autant plus redoutables que souvent le diagnostic s'égare, si l'interrogatoire ne fournit pas la possibilité d'une grossesse, la femme cherchant à fournir des renseignements inexacts.

En résumé, c'est sur la *persistance* de l'écoulement sanguin, sur l'*abondance* de l'hémorragie survenant presque au début d'une grossesse, sur l'*expulsion* en deux temps d'un œuf de moins de deux mois, sur la rétention placentaire prolongée, enfin sur la *rapidité* et l'*intensité* des phénomènes infectieux que nous pourrons dans les cas douteux établir notre diagnostic.

L'intérêt de ces notions réside entièrement dans la conduite à tenir, la thérapeutique à appliquer. Qu'il s'agisse d'hémorragies abondantes ou profuses, de rétention placentaire ou d'accidents suraigus d'infection, il faut désinfecter la cavité utérine et terminer « aseptiquement » ce qu'a fait septiquement et incomplètement une main criminelle.

Lorsque nous en aurons la possibilité, nous aurons recours au curage digital ; dans le cas contraire, si l'interruption de la grossesse a lieu dans les premiers mois, l'utérus n'étant pas encore assez développé pour permettre l'introduction d'un ou plusieurs doigts, nous pratiquerons le curettage.

En présence d'accidents graves ne cédant pas au curettage et devant la possibilité d'une perforation utérine, on aura recours à l'hystérectomie.

Si le rôle du médecin est de guérir le mal, il a aussi le devoir de le prévenir en s'attaquant à sa cause par la prophylaxie.

Or, en matière d'avortement criminel, prophylaxie ne signifie pas toujours châtiment. C'est en protégeant la femme enceinte et la fille-mère, en leur fournissant un appui moral, parfois un secours dans leur misère, que l'on parviendra à sauver de frêles existences, accomplissant à la fois œuvre d'humanité et de justice.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Plaie du cœur. — Polypes naso-pharyngiens. — L'hémostase par le procédé de Momburg. — Traitement de l'épithélioma du testicule. — Injections intra-articulaires dans les tumeurs blanches.

M. Guinard rapporte à la *Société de chirurgie* un cas de *plaie du cœur*. Le malade, un enfant de treize ans, s'était tiré dans la région cardiaque un coup de revolver. L'orifice d'entrée de la balle siégeait dans le 3e espace intercostal, à un centimètre en dedans de la ligne mamelonnaire. Le point intéressant de cette observation réside dans l'absence de signe clinique précis. Ni l'auscultation, ni le pouls, n'offraient de particularité à noter. La percussion montrait une matité normale au niveau du péricarde. Seuls, les symptômes d'hémorragie interne progressive et l'aggravation de l'état général incitaient le chirurgien à intervenir. M. Guinard trouva la plèvre remplie de sang, rien dans le péricarde, et une double plaie du cœur : la balle avait traversé la pointe du cœur et l'orifice de sortie siégeait à deux centimètres au-dessus de cette pointe. Malgré la suture, l'enfant succomba 3 heures après l'opération.

— Dans une communication à la *Société de chirurgie*, M. Rouvillois aborde la question du *point d'implantation des polypes naso-pharyngiens*. L'auteur pense que l'insertion basilaire, considérée comme étant la règle par les classiques, constituerait plutôt, au contraire, l'exception. Souvent, ces polypes ont une implantation ethmoïdo-sphénoïdale.

M. Sebileau estime également que l'insertion des polypes naso-pharyngiens se fait non à la base du crâne, mais sur le pourtour de la région choanale, sur le vomer, sur le palatin. En fait, l'insertion est nasale et non pas crânienne. Jamais les fibromes naso-pharyngiens ne naissent sur l'apophyse basilaire où, depuis tant d'années, les localise presque exclusivement la légende. Les insertions ne sont pas larges : sans être pédiculées, elles n'ont pas une grosse racine.

Pour M. Sebileau, la voie d'élection, pour les atteindre, est la voie rétro-palatine, naturelle, chaque fois du moins qu'on peut la suivre. En

tout cas, lorsqu'on est obligé de se donner du jour, cela ne doit jamais être par la résection de la mâchoire supérieure, opération inutilement mutilante. Dans l'ablation du polype naso-pharyngien, le danger est l'hémorragie. Aussi, faut-il pratiquer la désinsertion sans tâtonner. Il importe d'arracher la tumeur sinon rapidement, du moins d'un seul coup, sans la morceler.

— M. Auvray fait à la *Société de chirurgie* une communication sur l'hémostase provisoire par le *procédé de Momburg*.

Le procédé de Momburg a pour but d'obtenir l'hémostase de la moitié inférieure du corps en serrant la taille avec un tube de caoutchouc. Momburg applique lentement le tube de caoutchouc entre le bord inférieur du thorax et la crête iliaque ; il l'enroule de deux à quatre fois autour de la taille, en le serrant fortement jusqu'à ce que les pulsations cessent dans l'artère fémorale. L'arrêt de la circulation est ainsi obtenu par la compression de l'aorte abdominale dont la lumière se trouve effacée par la constriction du tube.

La méthode hémostatique de Momburg a été employée dans un assez grand nombre de cas. On l'a utilisée en chirurgie et en obstétrique. Les cas chirurgicaux concernent des interventions diverses pratiquées sur les membres inférieurs, sur la hanche, sur le bassin, sur le rectum et sur les organes génitaux (désarticulation de la hanche, résection de l'os iliaque, amputation de rectums cancéreux, ablation de cancers utérins, etc.) ; les cas obstétricaux concernent des hémorragies par placenta prævia, par déchirure du col, par atonie utérine. La durée d'application du lien élastique a varié depuis quelques minutes jusqu'à 2 heures ; elle a été habituellement de 25 à 45 minutes.

Quelle est la valeur de ce nouveau procédé d'hémostase ?

Au point de vue hémostatique, dit M. Auvray, tous les chirurgiens qui ont employé la méthode de Momburg la considèrent comme un moyen suceptible d'assurer une hémostase absolument parfaite dans les régions situées au-dessous de l'ombilic.

Au point de vue des inconvénients et des accidents auxquels expose le procédé de Momburg, les avis sont moins unanimes. L'action du lien élastique sur la circulation et sur le cœur n'est pas douteuse. La compression de l'aorte entraîne une augmentation de la tension sanguine, ce qui impose au cœur un surcroît brusque et considérable de travail. Si le cœur est sain, il s'adapte aux conditions nouvelles de la circulation ; sinon il peut faiblir, devenir insuffisant à sa tâche et alors apparaissent des signes d'insuffisance cardiaque. Effectivement, on a observé pendant l'application du tube, et surtout au moment de son application et de son enlèvement, une accélération du pouls qui devient petit, parfois même imperceptible. Ces troubles sont le plus souvent passagers ; quelquefois cependant ils ont abouti au collapsus et à des états cardiaques graves. D'autres accidents ont été observés chez les malades soumis à la méthode de Momburg : les accidents en question (paralysie de la vessie, hémorrhagie intestinale, écoulement de liquide rouge-brun par la bouche et le nez) ne sont pas tous nettement imputables à la ligature élastique du tronc.

M. Auvray conclut de son étude qu'à son avis, le procédé d'hémostase provisoire de Momburg mérite d'être conservé, mais comme un procédé d'exception et non comme un procédé de choix. On le réservera, dit-il, aux cas où de très graves interventions doivent être pratiquées sur la racine des membres inférieurs et sur le bassin (désarticulation de la hanche, résection de l'os iliaque), lorsqu'il s'agit de sujets profondément affaiblis, chez lesquels la plus légère perte de sang est susceptible de provoquer la mort. Il peut être aussi indiqué dans certains cas de chirurgie d'urgence, lorsqu'il y a hémorragie interne grave, dans le cas de grossesse extra-utérine rompue, etc. Le procédé de Momburg, enfin, ne s'adresse qu'aux sujets jeunes, dont l'appareil cardio-vasculaire et l'appareil respiratoires sont absolument sains. On aura toujours soin, dans son emploi, de serrer et de desserrer très lentement la bande élastique.

— M. Pierre Delbet présente à la *Société de chirurgie* un rapport sur quatre observations de castration (avec ablation des ganglions lombo-aortiques) pour *cancer du testicule*. Deux de ces observations appartiennent à M. Chevassu, une à M. Gosset et une à M. Fredet.

Le point intéressant desdites observations est qu'elles soulèvent la question de l'exérèse des ganglions lombo-aortiques dans la cure chirurgicale du cancer du testicule.

L'évolution de la thérapeutique opératoire du cancer du testicule, remarque M. Delbet, suit les mêmes étapes que celle du cancer du sein. Comme jadis on enlevait le sein tout seul, on enlève encore souvent, aujourd'hui, le testicule seul. Mais, de même que l'on est arrivé à faire le curage systématique de l'aisselle dans le cancer du sein, on fera le curage systématique de la région lombo-aortique dans le cancer du testicule. Cette doctrine a été soutenue par M. Chevassu. Ce qui a empêché de l'adopter, ce n'est pas seulement l'étendue de l'acte opératoire auquel elle conduit, c'est aussi et surtout le peu d'espoir que laissent les interventions pour cancer du testicule. On sait le déplorable pronostic des cancers du testicule traités par la castration simple : leur récidive est souvent rapide. On s'est demandé parfois si l'opération ne hâtait pas la généralisation du cancer, ne lui donnait pas un coup de fouet.

L'exérèse des ganglions lombo-aortiques améliorera-t-elle le pronostic ? M. Delbet le pense et conseille cette exérèse comme un véritable progrès dans la cure chirurgicale du cancer du testicule.

— *La Société des chirurgiens de Paris* discute la question des injections intra-articulaires dans les *tumeurs blanches*.

M Barbarin est partisan des injections in-



PIPÉRAZINE MIDY

$Az\,H\langle^{CH^2-CH^2}_{CH^2-CH^2}\rangle Az\,H$

Diéthylène-Diamine

GRANULÉE EFFERVESCENTE

Produit défini plus actif que ses dérivés ou les associations médicamenteuses à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE

LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE

Prix : 5 fr. • La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.

Echantillons : Phie MIDY 140, Faub. St-Honoré, PARIS

Comme préventif : 3 mesures par jour, 10 jours par mois

Crises aiguës : 4 à 6 .....

chaque mesure = 0.20 ctg Pip pure

BIOGÉSINE ROCHARD

SPÉCIFIQUE DE Ier ORDRE

DE TOUS LES ETATS

ANÉMIQUES

NEURASTHÉNIQUES ET CACHECTIQUES

FORME. — La *Biogésine* est présentée sous la forme d'élégantes pilules blanches obtenues par un procédé spécial assurant un dosage rigoureux et une dissociation rapide. D'où administration très facile.

COMPOSITION.— Chaque Pilule contient : 1° Dix centigrammes d'une composition **PHOSPHO-ORGANIQUE** nouvelle à **NOYAU LAXATIF** de **FER** et de **MANGANÈSE**. — 2° Un centigramme d'**ARRHÉNAL**.— 3° Un milligramme de **SULFATE** de **STRYCHNINE**. — 4° Cinq centigrammes d'**EXTRAIT** de **NOIX** de **KOLA FRAICHES** et **STÉRILISÉES : MAXIMUM** d'**ACTIVITÉ** sous **MINIMUM** de **VOLUME**.

RÉFÉRENCES. — D'après les innombrables attestations médicales que nous avons reçues, la « *Biogésine* » s'est toujours montrée très supérieure, par la **RAPIDITÉ** et la **PERSISTANCE** de son action aux préparations à base de peptonate de fer, hémoglobine, glycérophosphates, etc.

DOSES. — 2 à 6 pilules par jour, aux repas.

Pour Échantillons s'adresser : **Pharmacie ROCHARD**, à Ste-SUZANNE (Mayenne)

LE MEILLEUR DES ANTISPASMODIQUES



CAPSULES BRUEL A L'ÉTHER AMYL-VALÉRIANIQUE

(VALÉRIANATE D'AMYLE)

COLIQUES HÉPATIQUES, NEPHRÉTIQUES, UTÉRINES
NÉVROSES

ÉCHANTILLONS ET BROCHURES
36 RUE DE PARIS A COLOMBES (SEINE)

CONVALESCENCES
CACHEXIES
ASTHÉNIES
TUBERCULOSE



ELIXIR POLY-GLYCÉRO-PHOSPHATÉ DE G. BRUEL

LE PLUS ACTIF DES RECONSTITUANTS

a-articulaires seulement dans les tumeurs blanches de l'adolescent ou de l'adulte qui guérissent difficilement par l'immobilisation simple. En général, chez l'enfant, il n'y a aucun profit à faire ces injections au début des tumeurs blanches et on obtient 75 à 80 0/0 de guérisons par l'immobilisation compressive très serrée.

M. JUDET injecte des liquides variés (éther iodoformé, naphtol camphré, solution iodo iodurée). Il analyse 13 observations de tumeurs blanches dont plusieurs fistuleuses, traitées par cette méthode avec guérison plus rapide que par la simple immobilisation.

M. ARNOULD insiste sur la fonte des fongosités, c'est à-dire leur digestion, par un ferment protéolytique (étudié par Laurence) sécrété par les leucocytes sous l'influence du liquide modificateur quel qu'il soit.

Du reste, la technique sera toujours la même, quel que soit le liquide injecté : provoquer la réaction inflammatoire, c'est-à-dire créer un abcès chaud et aspirer, puis laisser refroidir en comprimant et recommencer tant que l'on sent encore des fongosités. M. Arnould rejette systématiquement les injections sclérogènes et extra-articulaires.

M. BROCHIN traite les arthrites fongueuses par la thermo-cautérisation profonde et les pointes de feu superficielles sous chloroforme, suivies d'immobilisation dans un appareil ouaté compressif.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Le digitale (*Suite*) ;

(4e *article*),

Par le Dr André LOMBARD.

Formes pharmaceutiques autres que la digitaline et la macération. — On peut remplacer la macération, dans les traitements de longue durée, par l'*extrait* et formuler ainsi :

Extrait alcoolique de digitale.	deux centigr.
Excipient.....	q. s.

pour une pilule très molle.

En faire 12. En prendre quatre par jour, ce qui correspond à 0 gr. 30 de poudre de feuilles, environ.

L'*extrait fluide* se prescrit à la dose de vingt à cinquante gouttes par jour pendant trois jours ; il correspond à un poids égal de digitale stérilisée.

On ne prescrit guère seule la *poudre* de feuilles de digitale (0 gr. 10 correspondent à un dixième de milligr. de digitaline), en raison de ses propriétés nauséeuses ; c'est même une raison pour que toutes les préparations liquides faites avec elle soient soigneusement filtrées.

Associations utiles. — Cependant, elle est souvent associée à la scille, et on utilise les pilules suivantes :

Poudre de digitale.....	
Poudre de scille.....	àà cinq centigr.
Poudre de scammonée.....	

en une pilule ; en faire vingt et en avaler quatre à six par jour. Elles sont en même temps toni-cardiaques, diurétiques et purgatives. On doit les prendre à intervalles réguliers, entre les repas, et elles conviennent très bien aux urémiques dont le cœur fléchit et dont les reins sont insuffisants. Si c'est, au contraire, la congestion hépatique qui prédomine, on modifiera ainsi les pilules :

Poudre de digitale.....	
Poudre de scammonée.....	àà cinq centigr.
Calomel à la vapeur.....	

en 1 pilule. Rien ne s'oppose à l'adjonction de la scille à cette formule.

On l'associe aussi à la quinine, et par les pilules suivantes :

Bromhydrate de quinine.....	0 gr. 10
Poudre de digitale.....	àà 0 gr. 05
Extrait de convallaria maïalis...	

dont on prescrit deux à quatre par jour, on agit utilement dans l'éréthisme cardiaque, les palpitations du début de l'aortite aiguë, des endocardites aiguës, des affections valvulaires mitrales.

Le *sirop* est dosé de telle sorte que 20 gr. correspondent à 1 gr. de teinture à 1/10, soit cinquante-sept gouttes.

La digitale entre dans la composition du *vin de Trousseau* et du *vin de l'Hôtel-Dieu*, dont voici la *composition* :

	Vin de digitale composé ou de l'Hôtel-Dieu.	Vin de Trousseau.
Feuilles de digitale..	5 gr.	6 gr.
Squames de scille....	7 gr, 50	3 gr.
Baies de genièvre....	75 gr.	30 gr.
Acétate de potasse...	50 gr.	20 gr.
Vin blanc.....	900 gr.	400 gr.
Alcool à 90°.....	100 gr.	50 gr.

En raison des modifications apportées à la formule primitive de Trousseau, il vaut mieux prescrire : *vin de digitale composé* ou *vin diurétique de l'Hôtel-Dieu* (Brissemoret et Joanin) ; une cuillerée à soupe (16 gr). contient huit centigr. de feuilles de digitale et douze centigr. de scille.

La digitale chez l'enfant. — Chez l'enfant, comme chez l'adulte, la digitale trouve une indication précise dans l'endocardite rhumatismale, soit pour ralentir le cœur et lui procurer du repos, soit quand il y a de la dilatation, de l'angoisse, de la tendance au collapsus ; dans l'endocardite chronique, dans l'asystolie enfin, quelle qu'en soit l'origine. Son administration est soumise ici aux mêmes règles que chez l'adulte. Mais les tout jeunes enfants la tolèrent généra-

lement mal ; dans la seconde enfance elle est, au contraire, fort bien supportée. Il est des cas cependant, la broncho-pneumonie par exemple, où son usage est légitime quel que soit l'âge.

Posologie chez l'enfant. — M. Marfan prescrit :

	Poudre de feuil. en macérat ou	Teinture à 1/10	Sirop	
	—	—	—	
	Centigr.	Gouttes		
De 6 à 15 mois...	1 à 5	2 à 6	pas	par jour
De 15 mois à 3 ans.	5 à 10	6 à 20	pas	
De 3 à 5 ans	10 à 20	20 à 30	5 à 10 gr.	
De 5 à 10 ans....	20 à 30	30 à 40	10 à 30 gr.	

La digitaline cristallisée ne s'emploie pas au-dessous de cinq ans ; de cinq à dix ans, on peut donner 1/5 à 1/4 de milligr. de digitaline cristallisée, soit dix à douze gouttes de la solution au millième. Après cet âge, M. E. Weill (de Lyon) en prescrit un demi-milligramme.

Injections de digitaline. — La digitaline est injectable en solution huileuse ; mais il ne semble pas que la médication digitalique ait beaucoup à gagner à ce mode d'absorption ; car, outre que l'injection hypodermique est un procédé d'exception et réservé aux cas urgents, l'action cardiaque du médicament se manifeste très rapidement après son absorption stomacale.

CHRONIQUE SYNDICALE

Une expérience syndicaliste à tenter.

A qui appartient le devoir de fonder des cliniques ? Aux assureurs ? Aux mutualités ? Aux médecins ?

Fin janvier, nous recevions la lettre suivante :

St-C., le 18 janvier 1910.

Monsieur,

« L'Union des Sociétés de secours mutuels de St-C., dont nous faisons partie comme administrateurs, a l'intention d'installer, dans la pharmacie mutualiste qu'elle a fondée dans notre ville, un appareil de radiographie par les rayons X.

Cet appareil, qui n'existe pas encore à St-C., servirait, non seulement aux membres des Sociétés de secours mutuels, mais encore à toutes les personnes qui pourraient en avoir besoin ; il serait mis à l'entière disposition de Messieurs les Docteurs qui eux seuls auraient, bien entendu, le droit exclusif de se servir de cet appareil. Cela répondra donc à l'intérêt général.

Messieurs les Docteurs de notre ville que nous avons consultés sur ce point ont approuvé pleinement notre idée.

Or, nous nous souvenons avoir vu dans votre cabinet à Oyonnax un appareil semblable, et c'est à ce titre que nous nous permettons de vous demander les renseignements suivants :

1° Quel peut être approximativement le prix de l'appareil prêt à fonctionner ?

2° A quel maison doit-on s'adresser pour cette acquisition ?

3° Comment doit être actionné l'appareil, est-ce par machine statique ou par bobine Ruhmkorff ; quel est le meilleur de ces procédés, leurs avantages ; la machine statique ne pourrait-elle pas, comme nous le faisait remarquer un docteur, servir à faire donner des massages électriques pour le traitement de certaines maladies ? A St-C., le secteur électrique a une tension de 200 volts pour la lumière.

4° Quel doit être le volume du local nécessaire pour les travaux avec cet appareil ?

5° Si dans les devis que nous donneront les maisons, il n'y a pas des accessoires superflus dont on pourrait se passer, tout en ne prenant que ce qu'il y a d'absolument nécessaire et pratique pour le bon fonctionnement de l'appareil ?

Nous savons que pour la radiographie, il faut une chambre noire pour développer les clichés par l'appareil photographique.

Nous vous prions de vouloir bien être assez bon pour nous donner ces divers renseignements qui nous seront d'une grande utilité pour le projet que nous avons en vue ».

Au reçu de cette lettre nous nous abouchâmes avec le Syndicat des médecins de St-C., en même temps que nous répondions à M. F... en lui donnant les quelques renseignements qu'il nous demandait.

Ces jours-ci, nous recevions du secrétaire du Syndicat de St-C. une lettre accompagnant l'ordre du jour suivant adopté par les médecins de St-C.

Le syndicat des médecins de St.-C.,
à M. le secrétaire de l'Union mutualiste.

J'ai l'honneur de vous informer que, dans sa réunion du 11 février 1910, la section de St-C. du Syndicat des médecins a examiné la question posée individuellement à chacun de ses membres sur l'opportunité de l'installation d'un appareil à radiographie dans la pharmacie mutualiste de St-C.

L'assemblée adhère à cette proposition et l'accepte avec plaisir en faisant, bien entendu, les réserves suivantes :

1° Les médecins n'auront aucune responsabilité au sujet des accidents de toute nature pouvant résulter du fonctionnement de l'appareil ;

2° L'usage de l'appareil sera exclusivement médical et, sauf pour le développement des clichés, réservé aux médecins seulement, conformément à la pratique de l'exercice légal de la médecine ;

3° Aucun médecin quel qu'il soit ne pourra être spécialement attaché à ce service (par forfait, subvention, ou séances à jour fixe).

Le Secrétaire.

Nous avons adressé au Président du syndicat la réponse suivante :

25 février 1910.

Mon cher Président,

En réponse à la lettre de votre dévoué secrétaire, nous demandant notre avis au sujet d'une installation radiologique qu'aurait l'intention de faire une Société de S. M. à St-C., nous vous prions de faire à nos confrères du Syndicat les réflexions suivantes :

1° Le projet est dangereux, car il constitue une excitation à l'exercice illégal de la médecine. En effet, l'installation étant faite dans une pharmacie, le titulaire de l'officine sera tenté de s'en servir pour son propre compte et il vous sera bien difficile de surveiller le fait.

N'auriez-vous pas à craindre que l'on dise au client que la présence du médecin n'est pas indispensable pour tirer un cliché de radiographie ; puis celui-ci développé, on se garderait de le mettre sous les yeux du médecin, car le pharmacien penserait pouvoir se passer du praticien pour faire une interprétation de la photographie ?

2° Le projet est ensuite dangereux quant au local proposé : le médecin ne sera pas chez lui, et, s'il s'élève des contestations ou difficultés, le médecin sera mis à la porte sans qu'il ne puisse rien dire.

Il serait, au contraire, désirable de faire adopter le projet suivant :

Le Syndicat louerait, de ses deniers, un local où il serait chez lui : ce serait son siège social, son lieu de réunion. Là, le médecin aurait à sa disposition des appareils de radiologie ; il pourrait aussi y trouver plus tard d'autres instruments achetés peu à peu et que chaque médecin ne peut avoir chez lui : installation d'électricité, galvanocaustie, endoscopie, ophtalmologie, laryngologie, etc.

Seraient aussi dans ce local, des livres : médecine, chirurgie, spécialités, accidents du travail, etc.

En somme, les médecins syndiqués mettraient en commun des livres et des instruments qu'ils ne peuvent pas tous s'offrir. En cela, ils imiteraient les agriculteurs qui achètent en commun des instruments agricoles perfectionnés, que chacun emploie suivant ses besoins.

Le Syndicat pourrait avoir un employé, qui ne viendrait que quelquefois, pour aider pour la manipulation des appareils, à moins que l'on ne préfère, ce qui vaudrait beaucoup mieux, confier à un médecin le soin d'utiliser ces appareils pour l'usage de ses confrères. Nommé par le Syndicat, ce praticien pourrait être révoqué par lui, s'il y avait des dissentiments. Somme toute, le médecin ferait la cuisine radiologique qui n'est pas difficile à faire, puisque je la faisais moi-même lorsque j'étais à Oyonnax.

Les fonds, pour l'installation, seraient fournis par le Syndicat, par une cotisation extraordinaire, ou par l'émission d'obligations entre médecins, obligations remboursables peu à peu par le Syndicat, au fur et à mesure que celui-ci aurait des ressources.

Ces ressources seraient produites, en plus des cotisations ordinaires du Syndicat, par un prix de louage que paierait le médecin chaque fois qu'il se servirait de ces appareils : il verserait tant dans la caisse syndicale et il y trouverait son compte, puisqu'il n'aurait pas à payer une installation chez lui et puisqu'il aurait la possibilité de faire des applications spéciales de son art, choses qu'il ne peut pas entreprendre actuellement par manque d'installation.

N'y voyez-vous pas aussi un avantage au point de vue professionnel et déontologique ? Un lieu de réunion inciterait les médecins à se voir plus fréquemment entre eux ; ils pourraient aussi se montrer des malades, les examiner complètement et acquérir ainsi une plus grande sûreté de diagnostic, grâce aux discussions en commun et aux consultations plus multipliées.

Le client, mieux examiné et n'ayant pas le besoin d'aller dans une grande ville, pour les cas ordinaires, serait reconnaissant aux médecins de leur nouvelle installation.

Enfin, le médecin pourrait tirer parti de toutes les branches de son art, il gagnerait forcément des honoraires plus élevés.

Mais je vous entends me faire des objections : mon projet est difficile comme exécution : le manque d'argent d'abord, puis les petites dissensions entre confrères qui sont encore mal préparés à ce communisme, permettez-moi le mot.

A cela, je vous répondrai : faites pour le mieux, car ce projet est l'avenir de demain : les médecins sentent le besoin de grouper leurs efforts pour améliorer leur situation. Mais, si des difficultés locales vous obligeaient à surseoir momentanément à l'application de ce projet, adoptez la manière provisoire suivante : dites à la Société de S. M. de faire son installation à l'hôpital et non dans une pharmacie.

Si cette Société est généreuse, elle pourra faire don de cette installation à l'hospice. Là, l'installation pourrait être confiée au médecin de service qui sera chargé des manipulations, mais qui devra faire ses diagnostics avec le confrère à qui appartiendra le malade. A moins que l'on obtienne de la commission de l'hôpital que tous les médecins aient le droit d'aller à l'hôpital examiner leur malades personnels aux rayons X.

Pour résumer cette longue lettre, nous nous permettons d'attirer votre attention et celle de vos confrères sur l'énorme danger qu'il y aurait en donnant suite aux propositions qui vous sont faites : il y a un danger d'exercice illégal et un danger de propriété de local.

Contre cela, vos restrictions votées sont absolument illusoires et ne vous donnent aucune garantie.

Installez-vous donc chez vous, vous y serez les maîtres et vous ne dépendrez de personne. Faites-le vite, ou pensez-y sérieusement, car les mutualités, les assurances, rêvent d'installations de ce genre : ne vous laissez pas devancer par elles, sans cela vous serez encore plus sous leur domination.

Veuillez croire, mon cher Président, ainsi que tous vos confrères de St-C., à l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Boudin.

Le secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux a à ce sujet adressé la lettre suivante :

Monsieur le Président et très honoré confrère,

Mon collègue et ami Boudin m'a fait part de la proposition qui vous a été faite par une Société Mutuelle qui désirait établir à l'usage des Médecins de Saint-C. un service de Radiologie dans une pharmacie. Permettez-moi de vous mettre en garde contre un projet dangereux d'abord pour vous, puis, en tant qu'exemple, pour tout le Corps Médical.

Un précédent vous fera mieux saisir les inconvénients de cette innovation.

Dans un de nos grands ports, un vétérinaire très intelligent fut autorisé par les médecins syndiqués à diriger un service de radiologie et électrologie à l'hôpital de la ville, aucun confrère ne voulant s'y consacrer. Tout alla bien durant quelques années, quand, s'apercevant que la radiologie et l'électrologie prenaient une importance insoupçonnée dans la ville, des confrères songèrent

à leur tour à s'y consacrer. Mais le vétérinaire tenant à sa situation, la politique aidant, il maintint illégalement son service à l'Hôpital, parvint, en usant de sa réputation, à se faire nommer directeur du bureau d'hygiène et, pour fermer la bouche aux protestataires, il se fit accorder par faveur un nombre notable d'inscriptions et termina dare-dare ses études médicales. Pendant ce temps-là, nos confrères se plaignaient et on répondait à leurs récriminations : « C'est vous qui vous avez poussé le vétérinaire dans cette voie. De quoi vous plaignez-vous ? Vous êtes des jaloux ». Ils avaient, comme dans la fable, introduit eux-mêmes le loup dans la bergerie.

Craignez d'en faire autant à Saint-C. J'ai lu la lettre que vous répond notre collègue Boudin, je l'approuve hautement. Tâchez de donner au Corps médical français un exemple d'initiative utile, que je me ferais un plaisir d'applaudir. Créez un service syndical indépendant ou subventionné si l'on veut, pour et par les mutualistes, mais ne délivrez pas à un pharmacien une licence d'exercice illégal. L'affaire serait pour vous avant peu mauvaise et l'exemple serait déplorable.

Veuillez croire, Monsieur le Président et très honoré confrère, à mes sentiments les meilleurs et les plus dévoués.

J. Noir.

Le Syndicat national de médecine sociale devant le Syndicat des médecins du Rhône.

Compte-rendu de la séance empruntè au Bulletin officiel *du Syndicat des Médecins du Rhône.*

Présidence de M. le Docteur Guillaud, Vice-président.

Présents : MM. les docteurs Guillaud, Trévoux Bolliet, Bertoye, Frappaz, Fieux, Cassas, Genet, Weigert, Monin, Proby, Etiévant, Gélibert, Rome Borreil, Durand (Léon), Goujon aîné, Mauris, Lévy, Defrain, Juguet, Diot, Papillon, Faracoud, Buy, Mugniéry, Hau, Albertin, Lacroix, Ferran, Fléchet (de Lyon), Chamba, Audier, Sargnon, Bonnet (Neuville), Bonnet (Saint-Genis) et plusieurs autres confrères dont les signatures n'ont pu être déchiffrées sur le registre de présence.

Le docteur Guillaud, après avoir présenté les excuses du président, M le docteur Chambard-Hénon, empêché, rappelle l'objet de cette réunion qui est de répondre au referendum demandé par l'Union des Syndicats Médicaux de France auprès des Syndicats, au sujet du Syndicat National de Médecine sociale.

Le docteur Goujon demande que l'on précise les circonstances qui ont déterminé le Conseil de l'Union à faire ce referendum.

M. le Président donne alors lecture de la lettre du docteur Noir, secrétaire du Conseil de l'Union, lettre qui accompagnait le questionnaire envoyé. Cette lettre signale la discussion éclose au sein du Conseil et l'utilité qu'il y a à connaître l'avis des Syndicats fédérés sur les actes d'un groupement appréciés de façon très diverse par les membres du Conseil.

Le docteur Goujon insiste et demande si ce ce n'est pas à la suite de l'intervention d'un délégué lyonnais que le Conseil s'est rangé au projet du referendum.

Le docteur Proby rappelle son opinion, qui n'a pas varié et redit les craintes qu'il avait ressenties à la suite des événements de Lille. Il ajoute que la conduite de la section lyonnaise est plutôt de nature à faire évanouir ces craintes.

On passe à la discussion des articles du questionnaire.

1re question : *Avez-vous dans votre région une section du Syndicat National de Médecine sociale* ?

Réponse : « *Oui* ».

2e question : *Que pensez-vous de cette organisation* ?

Le docteur Ferroud et d'autres confrères demandent quelques éclaircissements sur le but de ce nouveau syndicat. On donne alors lecture des statuts de cette organisation nouvelle. A la suite de cette lecture, l'assemblée reconnaît l'utilité du Syndicat National et l'excellence de son objet.

Le docteur Bertoye demande si ce syndicat est légal, étant donné que, statutairement, il comprend des médecins et *similaires*, c'est-à-dire des gens qui ne sont pas tous médecins : infirmiers, architectes, représentants ouvriers, etc.

Le docteur Goujon répond que la section lyonnaise ne comprendra jamais que des médecins et que les statuts ont été déposés à la mairie de Villeurbanne. Il explique, en outre, qu'à côté de la section existera un Secrétariat d'hygiène, mixte, comprenant des médecins et des « *similaires* », et avec lequel il ne faut pas confondre la section qui demeurera composée exclusivement de médecins.

Réponse à la 2e question : « *Le Syndicat des médecins du Rhône croit à l'utilité du Syndicat National de Médecine sociale, mais il émet des doutes sur sa légalité, du fait qu'il comprend non seulement des médecins mais encore des similaires.* »

3e question : *Quels sont, selon vous, ses avantages et ses inconvénients pour les médecins* ?

Au sujet de cette question, le Dr Buy rappelle, en s'inspirant de la lecture du bulletin corporatif du Syndicat de Médecine sociale, que lors d'une demande d'admission d'un jeune confrère soumis à l'enquête sur la plainte de deux médecins, le Syndicat de Médecine sociale émit un avis qui prenait toutes les apparences d'un ordre à notre Chambre syndicale, de nature à porter préjudice au confrère en question. Lecture est donnée de l'article incriminé par le docteur Frappaz.

Le docteur Proby rappelle les appuis que reçut durant quelque temps, de la part du même Syndicat de Médecine sociale, certain confrère pour l'accord qu'il avait conclu avec la Bourse du travail lorsque cette discussion vint devant la Chambre syndicale. Le docteur Goujon estime, au contraire, que c'est grâce à son intervention que l'affaire fut aplanie par la démission du confrère.

Le docteur Monin estime que ce sont là deux mauvais fruits produits par l'arbre nouveau, qui sont de mauvais augure.

En revanche, le docteur Goujon rappelle le cas d'un de nos confrères du Rhône, qui sous le coup d'une poursuite en responsabilité civile pour un accident du travail, fut appuyé avec le plus grand succès par le Syndicat de Médecine sociale, alors

que la Chambre syndicale avait paru se désintéresser de son cas.

Le docteur Guillaud déclare que jamais la Chambre syndicale ne fut saisie officiellement de ce cas.

Le docteur Lévy fait remarquer qu'on ne peut pas encore conclure. Plusieurs faits sont en présence, les uns peuvent être interprétés en défaveur pour le Syndicat de Médecine Sociale, mais aussi d'autres sont bien en sa faveur. Comme tout groupement très actif, le nouveau Syndicat peut donner des résultats tantôt très heureux, tantôt moins. Qu'on lui fasse crédit et qu'on attende davantage pour l'apprécier.

Le docteur Bertoye résume l'impression générale et avoue que forcément le nouveau Syndicat donnera d'un côté d'excellents résultats pour la profession et d'autre côté présentera de temps à autre quelques inconvénients.

Le docteur Proby voudrait que le nouveau groupement donnât au moins quelques garanties que ne mentionnent pas ses statuts.

Réponse à la 3e question : « *Cette organisation « n'aura pas d'inconvénients et aura des avantages, « si ses membres se conforment aux règles déonto- « logiques édictées par le Syndicat de la région, « obéissent à ses décisions, respectent l'intérêt gé- « néral et si la composition en demeure exclusive- « ment médicale.* »

4e question : *Avez-vous des groupements qui canalisent des blessés du travail (cliniques patronales, dispensaires d'assurances, cliniques ouvrières ou particulières)* ?

Réponse : « *Oui* ».

5e question : *Les Syndicats médicaux de votre région ont-ils tenté ou refusé de s'entendre avec les organismes ouvriers ou employés pour faciliter l'application de la loi des accidents au point de vue médical et médico-légal* ?

Réponse : « *Oui. Cette tentative a échoué à la « suite du refus de la Bourse du travail* ».

6e question : *S'il existe dans votre région une section du Syndicat National de Médecine sociale, les médecins qui en font partie sont-ils adhérents à votre Syndicat* ?

Réponse : « *Oui, tous sans exception* ».

7e question : *Cette section a-t-elle été créée en dissidence avec le Syndicat local.*

Réponse : « *Non* ».

8e question : *Etes-vous d'avis que le Syndicat Médical doit suffire à toute la défense professionnelle* ?

Le docteur Goujon prétend que le Syndicat du Rhône a montré maintes fois de l'inertie, notamment au cours de ses pourparlers avec la Bourse du travail.

Le docteur Lévy fait remarquer que le Syndicat du Rhône, par suite de sa composition, et du fait qu'il comprend la presque totalité des médecins lyonnais, ne peut pas se mêler à la lutte des partis comme peut le faire un groupe sorti de son sein et uni par un même idéal politico-social, comme c'est le cas pour le Syndicat de Médecine sociale.

Le docteur Bertoye voudrait qu'avant d'entreprendre une campagne quelconque, le nouveau groupe prenne toujours l'avis du Syndicat du Rhône.

Le docteur Maurice assure que, au cours des campagnes entreprises par le Syndicat de Médecine sociale, dans lesquelles il pourra se trouver en lutte avec certains groupements, patronaux ou autres, il s'établira dans l'esprit public une confusion entre les deux syndicats, dont le Syndicat du Rhône pourra subir les conséquences.

Réponse : « *Oui, le Syndicat Médical doit suffire à toute défense professionnelle* ».

9e question : *Si le rôle principal du Syndicat National de Médecine sociale consiste en l'étude ouvrière et en action pour le respect et l'application sérieuse des lois ayant trait à l'hygiène des travailleurs, n'y aurait-il pas avantage de prier cette Société de continuer à remplir ce rôle, suffisamment important et complexe, en l'engageant à modifier son titre pour éviter toute confusion avec les syndicats médicaux et à borner son action à toutes les questions qui n'entrent pas directement dans le ressort de nos Syndicats médicaux* ?

Le docteur Lévy déclare que le mot Syndicat fut choisi à dessein, car il semble mieux définir et montrer aux yeux de tous quelle sera la tendance des adhérents et le sens de leur action qu'ils souhaitent de rendre tout à fait efficace.

Réponse : « *Le Syndicat du Rhône demande à la « nouvelle organisation de changer son titre de « Syndicat* ».

10e question : *Enfin, ne croyez-vous pas, étant donnée l'importance de ces questions qu'il serait nécessaire de créer une Commission inter-syndicale (Union et Fédérations, non encore adhérentes) dans le but de les étudier complètement et de tirer de cette étude des conséquences pratiques qui nous permettront de prévoir et d'éviter le danger imminent de la généralisation des cliniques ouvrières.*

Réponse : « *Oui* ».

Le Secrétaire : Dr Buy.

SOU MÉDICAL

Extrait du procès-verbal de la séance du 17 mars 1910.

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, Divernoresse, de Grissac, Noir, Boudin et Dumesny.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation.

MM. les Docteurs :

1611 Lacroix à Lyon-Villeurbanne.
1612 Pigard à Beausoleil (Alpes-Maritimes).
1613 Baudon à Creil (Oise).
1614 Carette à St-Pol (Pas-de-Calais).
1615 Belle à Nogent-sur-Oise (Oise).
1616 Pantalonacci à St-Louis-du-Rhône (Bouches-du-Rhône).
1617 Graillon à Méru (Oise).

Revendications législatives du corps médical. — Le Conseil examine et arrête les termes d'une circulaire à envoyer par le soin des médecins aux candidats aux prochaines élections législatives pour leur demander de s'engager à voter toutes dispositions ayant pour objet d'assurer à tout individu le libre choix de son médecin.

Le « Sou » et les procès en recouvrement d'honoraires. — Il arrive souvent que des adhérents manifestent leur mécontentement du refus que le Conseil du « Sou » est contraint d'opposer à leur demande d'appui pécuniaire dans de simples affaires de recouvrement d'honoraires.

Le Dr Boudin a rédigé, en réponse au Dr M., de C., qui vient de présenter une réclamation dans ces circonstances, la lettre ci-après, à laquelle le Conseil donne son approbation :

Mon cher Confrère,

Nous tenons à faire une réponse très catégorique à votre lettre du 13 mars, pour qu'il ne puisse rester aucune équivoque, dans votre esprit, au sujet de ce que vous êtes en droit d'attendre du « Sou ». Prenons tout d'abord le fait particulier de recouvrement d'honoraires, qui, d'après vous, serait d'intérêt général.

Vous oubliez que ces discussions concernant les accidents du travail, agricoles ou non, sont partout les mêmes et que les difficultés que vous éprouvez pour recouvrer vos honoraires sont identiques dans toute la France.

Par conséquent, depuis longtemps nous en avons parlé et nous en parlons encore, dans les colonnes du *Concours* ou dans sa petite correspondance. Nous sommes donc fondés à croire que ces questions sont des ennuis particuliers, mais non généraux; avec cette restriction, c'est que malheureusement ils se produisent dans toutes les régions où le médecin a à traiter des accidents du travail.

D'autre part, nous ne pouvons pas dépenser l'argent des cotisants du « Sou » pour ces questions intéressantes pour un seul, puisqu'il s'agit de ses créances professionnelles, mais qui ne touchent nullement son voisin. Nous avons au contraire besoin d'être très économes pour soutenir certains procès en cassation ou devant le Conseil d'Etat, car devant ces deux juridictions, tout comme lorsque nous allons en appel, nous cherchons à obtenir des jugements qui nous serviront à conseiller nos confrères et à leur faire gagner leurs procès en première instance. Ce faisant, nous sommes persuadés de soutenir pour le mieux les intérêts généraux du corps médical.

Nous sommes économes ; mais nous ne saurions être accusés de parcimonie. Prenez en effet les deux avant-derniers numéros du *Concours* (nos 9 et 10). N'y voyez-vous pas que le Conseil du « Sou » a décidé de donner son aide pécuniaire pour trois affaires en cassation et un recours en Conseil d'Etat. Or, nous devons verser, comme provision de chaque affaire, 800 francs à l'avocat et, si le pourvoi est admis, il faudra en verser autant lors de la plaidoirie. Soit donc 2.400 pour commencer ces trois affaires, votés en deux séances, sans compter l'aide pécuniaire pour un recours devant la Cour d'appel et le règlement de notes d'avoués et avocats allant de 68 à 1900 francs. Vous m'avouerez que ce sont des chiffres, alors que, pour payer tout cela, nous n'avons que les cotisations à 20 francs de 1600 membres.

Ah ! certes, notre conduite ne serait pas la même si tous nos confrères voulaient adhérer au « Sou ». Disposant alors de sommes plus considérables, nous pourrions être généreux.

Vous nous demandez pourquoi le « Sou » n'accorde pas son aide pécuniaire, mais seulement son appui moral, pour toute affaire de recouvrement. D'abord, parce que c'est contraire aux décisions des assemblées générales ; puis, en second lieu, parce que les frais de justice de paix sont si minimes que chaque intéressé peut les sortir facilement de sa poche, alors que leur total, payé par nous, constituerait une somme énorme et qui dépasserait nos disponibilités

D'autre part, les adhérents, ne versant que 20 fr. par an, ne peuvent demander au « Sou » des secours pécuniaires que dans une certaine limite. Combien, en effet, donne-t-on à un encaisseur pour faire recouvrer des notes d'honoraires ? 15 % d'ordinaire. Il est donc impossible que l'on puisse demander au « Sou » d'être, pour un louis de cotisation annuelle, l'encaisseur gratuit de tous ses adhérents.

En cas de contestation d'honoraires, le « Sou » donne ses conseils et les consultations de ses avocats, laissant à la charge du médecin demandeur, les frais très minimes de justice de paix. Mais, nous intervenons en fait et accordons notre appui pécuniaire, en fait de recouvrements, lorsque le jugement de première instance a été rendu d'une façon qui nous paraît injuste et par conséquent serait susceptible de léser les intérêts particuliers du confrère et, après ricochet, ceux du corps médical.

Nous intervenons également dans le cas où le confrère est traîné en appel par la partie adverse, voulant défendre les médecins adhérents qui seraient victimes de la chicane et, de manœuvres de procédure injustifiées.

Vous avez donc eu raison, mon cher Confrère, de nous dire franchement la surprise à vous causée par notre attitude : elle nous a permis de mettre les choses au point. Nous sommes persuadés de vous avoir convaincu et de vous avoir fait comprendre quelle énorme besogne et quels services nous pouvons rendre avec la bien faible cotisation de 20 frs par an. Heureux serions-nous si nous étions plus nombreux au « Sou » : nous aurions, ce qui nous manque, la force de l'argent et nous serions moins économes.

Le Dr de Grissac annonce que, suivant les conseils qu'il lui a donnés, le Dr D. de V.-F. a l'intention d'employer le montant des dommages-intérêts qu'il a obtenus contre le confrère qui s'était installé dans sa clientèle après l'avoir remplacé, d'abord au remboursement des sommes payées par le « Sou » dans cette affaire, et de verser le surplus à la *Caisse de secours immédiat.*

Le Conseil en prend acte et adresse au Dr D. ses bien sincères remerciements.

Dans une affaire accidents du travail contre une puissante Compagnie industrielle, le Dr M., d'A., voit son adversaire former opposition à un jugement qui le condamne par défaut à payer l'intégralité des honoraires et des dommages-intérêts demandés, à la suite d'une expertise entièrement favorable au Dr M. Il demande l'appui du « Sou » pour se faire défendre par un avocat.

Le Conseil, sur la proposition de M. Divernesse, considérant que la manœuvre du patron constitue une mauvaise chicane et un artifice de

procédure qui peut être assimilé à un appel formé contre un jugement équitable, accorde au Dr M. son appui sur opposition devant le juge de paix jusqu'à concurrence de 50 francs pour les honoraires de l'avocat.

Le Dr M., de R., demande l'appui du « Sou » en justice de paix pour faire juger la question suivante : « Qui est juge de l'opportunité du déplacement du blessé du travail, le médecin traitant ou le patron ? »

Cette question étant nouvelle en jurisprudence et présentant un intérêt général pour le corps médical, le Conseil accorde au Dr M. l'appui pécuniaire du « Sou » en justice de paix, à condition qu'il demande des dommages-intérêts pour rendre l'affaire susceptible d'appel et communique le jugement à intervenir en temps utile pour qu'il puisse être frappé d'appel s'il y a lieu.

CORRESPONDANCE

Jars, le 18 mars 1910,

Mon cher confrère,

Je vous envoie ci-inclus, avec ma réponse à la question posée aux membres de l'Amicale dans le *Concours* du 27 février, l'ordre du jour que j'ai proposé à l'Assemblée Générale de la Société locale du Cher, ordre du jour que j'avais fait précéder de quelques paroles dans lesquelles j'avais développé les idées contenues dans ladite réponse.

Le vote unanime qui a été émis dénote que mes confrères du Cher pensaient tout bas ce que j'ai dit tout haut et que je m'étonnais de n'avoir encore pas vu soit dans les ordres du jour votés par les sociétés locales, soit dans les articles du *Concours*. Sous une forme volontairement brutale, c'est, je crois, l'expression juste de ce qui est désirable.

Vous ferez paraître si vous le voulez ma réponse en article, en supprimant ou non mon nom, peu m'importe. L'essentiel est que l'ordre du jour voté par la Société locale du Cher soit promptement connu du corps médical, en vue de la prochaine Assemblée générale de l'A. G.

Je profite de l'occasion qui m'est offerte pour vous demander où en est l'organisation des correspondants du *Concours* dans notre département. Le moment est admirablement choisi pour développer chez nous le nombre très restreint des membres des filiales du *Concours*. Nous sommes encore sous l'influence de la victoire remportée sur l'Adminisstration au sujet de l'assistance médicale gratuite, notre Syndicat travaille plein d'ardeur et du désir de faire œuvre utile. A l issue de la réunion de la Société locale, nous étions plusieurs à regretter le défaut d'organisation qui empêchait la propagande en faveur du *Concours* et de ses filiales.

Je vais aller à Paris pour le Congrès des Praticiens, délégué par le Syndicat. Je me propose de venir vous voir afin de vous entretenir de tout ce qu'il importe de faire dans notre département pour le triomphe des idées et des œuvres qui vous sont chères.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments,

Dr PRUNET.

A la société locale du département du Cher.

Jars, le 19 mars 1910,

Mon cher confrère,

Membre de l'Amicale, je réponds à la question que vous posez dans le *Concours* du 27 février dernier. Ne faisant pas partie de la *Prévoyance*, je suis bien à l'aise pour donner mon avis en toute indépendance sur le conflit qui, à son sujet, s'est élevé entre l'Amicale et le Conseil Général de l'A. G.

Quoi qu'en dise son secrétaire général, l'A. G. est seulement une Société de Secours mutuels. Et même, est-elle, à proprement parler, une société de secours mutuels ? Non, car *elle ne garantit pas les mêmes avantages de droit à tous ses membres.* Plutôt qu'une Société de Secours mutuels, l'A. G. est une société de bienfaisance ; plutôt qu'une Mutuelle elle est une Œuvre de charité.

Le paragraphe de l'article 5 des statuts qui, après d'autres buts, assigne à l'A. G. celui de « maintenir par son influence moralisatrice l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession », avait sa raison d'être jadis, alors que l'A. G. et ses Sociétés locales étaient les seules associations professionnelles capables d'exercer une action d'ensemble sur le corps médical. Mais, depuis, ont été fondés les Syndicats, leurs Fédérations, surtout leur Union ; et c'est à ces associations syndicales que les praticiens ont confié, avec la charge d'assumer la défense de leurs intérêts matériels et moraux, celle de « maintenir par leur influence moralisatrice .... etc. ».

S'il en était autrement, si, Société de Bienfaisance, l'A. G. voyait son Conseil Général transformé en je ne sais quel Conseil de l'Ordre, les intérêts qu'elle représente risqueraient d'être compromis dans les conflits que ce Conseil pourrait provoquer ou dans ceux dans lesquels il serait obligé de prendre parti. La « question de la Prévoyance » est une preuve évidente de l'inconvénient grave qu'il y aurait à assigner deux buts si différents, si incompatibles, à la même Association.

Pour nous, médecins praticiens, affiliés à la fois à notre Syndicat et à notre société locale, également reconnaissants à l'A. G., et à l'Union des services qu'elles nous rendent, nous n'admettons pas que leurs attributions se confondent, nous voulons la séparation de leurs pouvoirs : à l'A. G. et à ses Sociétés locales, les œuvres de prévoyance ou de charité avec la prudence, et la sérénité qui conviennent à la gestion des intérêts sacrés des imprévoyants et des malheureux ; aux Syndicats et à leur Union, la déontologie, l'influence moralisatrice, mais aussi la lutte contre

tous les adversaires de la dignité et des intérêts de la profession médicale, aussi bien ceux du dedans que ceux du dehors.

Sollicité de prendre position dans la question de la Prévoyance, le Conseil d administration de l'Union des Syndicats a voté à l'unanimité que « le médecin doit conserver sa liberté absolue de « prescrire » et qu'il « dénie à tout groupement « professionnel, médical ou autre, le droit de lui « dicter sa conduite à ce sujet ». Si, peu satisfaits de cette réponse catégorique, certains désiraient que la question soit tranchée quand même par le corps médical réuni dans ses comices, ils devaient adresser leur referendum aux Syndicats et non aux Sociétés locales.

Mais, après l'avis formel du Conseil de l'Union, vouloir imposer sur cette question l'opinion du Comité directeur d'une autre Association d'esprit et de buts différents, comité trop éloigné des véritables médecins praticiens pour les représenter, c'est, par la confusion des pouvoirs et le triomphe des incompétences, risquer d'aboutir à la division, à la débandade du corps médical.

Au lieu de lancer ses foudres contre la Prévoyance, au lieu de prendre ou de laisser prendre des mesures de rigueur contre certains de ses membres, au lieu de se laisser entraîner par son intransigeance dans un conflit avec l'Amicale, le Conseil Général aurait dû faire écarter le vœu de la Société des Landes, comme dangereux et sortant des attributions de l'A. G. Il n'aurait pas dû oublier que le nombre des adhérents de la Prévoyance est considérable, que dans l'A. G. ils forment un groupe fort important, parfaitement homogène, admirablement discipliné ; que les 1.500 membres de l'Amicale, membres, eux aussi de l'A. G. feraient cause commune contre lui, avec les adhérents de la Prévoyance. Plus perspicace, il aurait dû prévoir que les Sociétés locales seraient d'avis (les résultats du referendum le prouvent) de ne pas le suivre, et de laisser de côté une question irritante, sans sanctions possibles, capable seulement de diviser le corps médical ; que le recrutement de la Prévoyance serait activé par l'attention attirée sur elle, hier encore inconnue de nombre des médecins ; que ce procès de tendance semblerait, à beaucoup de confrères désintéressés, comme la manifestation d'une sorte de rivalité, de dépit, et, à parler franc, comme une question de boutique.

La résultante de ces maladresses et de ces imprévoyances, de ce manque absolu du sens de la mesure et de l'opportunité, est une certaine désaffection des praticiens non pas pour l'A. G., mais pour son Conseil général. Ils trouvent excessives ses prétentions qui ne tendraient à rien moins qu'à régenter le corps médical ; ils désirent le voir se confiner dans son rôle assez élevé et assez important pour absorber l'énergie et les initiatives de ses membres.

Je suis donc avec vous contre le Conseil général, et je vous approuve, quel que puisse être le résultat de l'ordre du jour que vous déposerez à l'Assemblée générale. Je souhaite seulement que les frais du procès se bornent à l'inévitable débarquement des quelques personnalités plus maladroites que malintentionnées qui ont provoqué le conflit, et que l'A. G. ne souffre pas de leurs imprudences.

Cependant, nous sommes bon nombre de praticiens à penser que l'occasion est favorable d'une réforme sérieuse dans la composition du Conseil général de l'A. G. Il ne comprend , à de trop rares exceptions près, que des membres de la Société Centrale, ce qui met les destinées de l'A. G. entre les mains de quelques médecins parisiens, en général richement ou hautement situés ; or, la Société Centrale compte 500 membres ; les Sociétés locales, 8.000.

Tant que le Conseil général s'est tenu dans son rôle, il n'y avait pas grand inconvénient à cet état de choses. Les velléités qu'il vient de manifester semblent dénoter chez ses dirigeants le désir de jouer un rôle incompatible avec le but et la sécurité de l'A. G., et hors de proportion avec les attributions du Conseil général ; la volonté de reprendre l'ancienne attitude hostile de la Société Centrale à l'égard des Syndicats ; une tentative pour supplanter dans la direction du corps médical les hommes qui, à l'Union, au *Concours* et à ses filiales, ont mérité la reconnaissance et la confiance de tous les praticiens. Aussi, les membres de l'A. G., en grande majorité provinciaux, doivent-ils prendre des mesures de précaution.

C'est dans cet esprit que les membres de la Société locale du Cher, réunis en Assemblée générale à Bourges, le 14 mars dernier, *après avoir écarté le vœu des Landes par la question préalable*, ont voté à l'unanimité moins trois ou quatre abstentions (sur une trentaine de présents), l'ordre du jour suivant :

« Considérant que l'A.G., est une société de bienfaisance ; que le Conseil général de l'A. G. doit se garder, sous peine de compromettre gravement les intérêts dont il a la charge, d'empiéter sur les attributions des autres sociétés professionnelles : Syndicats, Fédérations, Union, mieux au courant que lui des questions de déontologie, et des intérêts matériels et moraux des médecins praticiens ;

« Considérant que le Conseil Général de l'A. G. est composé en grande majorité de membres de la Société Centrale, alors que les membres des Sociétés locales y sont peu nombreux ; qu'il importe, conformément à la logique et à la justice, et ainsi d'ailleurs que cela existe pour le Conseil d'Administration de l'Union des Syndicats, qu'une plus grande place y soit faite aux membres des Sociétés locales ;

« Décide :

« 1° D'inviter le Conseil général de l'A.G., à rester dans son rôle de Comité directeur d'une Société de Bienfaisance ;

« 2° De demander à l'Assemblée générale de l'A. G. que les sièges du Conseil général soient proportionnellement répartis entre les membres de la Société Centrale et ceux des Sociétés locales. »

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr PRUNET.

REPORTAGE MÉDICAL

IIIe Congrès des praticiens (Paris 7-10 avril 1910), *Hôtel des Sociétés Savantes*. Programme et ordre du jour. — *Jeudi matin 9 heures*, Discours du Président du Comité d'Organisation. — Election du Bureau du Congrès. — Rapport du Dr Leredde, secrétaire général du Comité de Vigilance. — Rapport du Dr Bolliet : Libre choix et Sociétés de Secours Mutuels. — Rapport du Dr Vallat : Libre choix et grandes administrations. — Rapport du Dr Bresselle : Relèvement des honoraires médicaux.

Après-midi 1 *heure* 3/4, Rapport du Dr Bertillon : L'avortement au point de vue médico-légal. — Rapport du Dr Levassort : L'exercice illégal de la médecine. — Dr Maurice Faure : Communication sur l'évolution actuelle de l'éducation physique en France.

Vendredi matin 9 *heures*, rapport du Dr Lafontaine : Les Syndicats médicaux et l'enseignement médical. — Prof. Kutner, de Berlin : Communication sur l'enseignement complémentaire de la médecine en Allemagne. — M. Marro : Communication sur les admissions et les inscriptions irrégulières dans les Ecoles de médecine. — Rapport du Dr Le Fur : Conseil Médical Supérieur.

Après-midi, 1 *heure* 3/4, rapport du Dr Tourtoural : Limitation ou non-limitation du nombre des étudiants dans les Ecoles de médecine. — Rapport du Dr Delpeut : Concours d'admission à l'entrée des Ecoles de médecine.

Samedi matin 9 *heures*, rapport du Dr Léon Archambault : La structure administrative des hôpitaux en France et à l'étranger. — Dr Kœnig : Communication sur l'organisation des hôpitaux aux Etats-Unis : institution des « nurses ». — Dr Kolb : Communication sur l'organisation administrative des hôpitaux en Allemagne.

Samedi après-midi, 1 *heure* 3/4, rapport du Dr Declercq : Organisation administrative des services d'hygiène à l'Etranger. — Rapport du Dr Wicart : La Loi de 1902 sur la santé publique. — Dr Campinchi : Communication sur le rôle des Syndicats en matière d'hygiène. — Election du Comité de Vigilance.

La réduction des compagnies de chemins de fer sera valable du 4 au 13 avril. Cette réduction et la distribution des volumes, avant le Congrès, n'est pas assurée aux médecins qui souscriront après le 28 mars.

Le libre choix dans les grandes administrations. — Tel est le titre de l'un des plus intéressants rapports du *Congrès des Praticiens*. Il sera présenté par le Dr Vallat, le sympathique trésorier de l'Union des Syndicats médicaux.

Tous ceux qui connaissent les idées de M. le Dr Périer, chef du service médical de la Compagnie du Nord, et de M. le Dr Créquy, chef du service médical de la Compagnie de l'Est, caressent l'espoir que ces deux membres dévoués du Conseil de l'Association Générale des médecins de France viendront appuyer Vallat et montrer comment on s'y prend *pour faire appliquer* ses vues par les grandes administrations, quand on a reçu mandat des praticiens à cet effet.

Nous serions bien étonnés, nous aussi, qu'ils ne profitent pas de l'occasion pour donner un exemple si opportun.

Une victime du devoir. — Le docteur Perrel de Montbéliard vient de mourir à l'âge de 41 ans, de septicémie contractée en soignant un varioleux auquel il consacrait plusieurs heures par jour. Bien que victime de son dévouement, le malheureux confrère laisserait une veuve dans la détresse, si la *Famille* et la *Prévoyance Médicale*, dont il était membre, ne lui assuraient une rente d'environ mille francs. Et dire qu'il est des Confrères pour considérer des institutions de ce genre comme contraires à la dignité médicale ?

C'est évidemment ceux qui croient qu'eux ni les leurs, n'en auront jamais besoin, ou qui préfèrent qu'une fois disparus, leurs veuves et leurs orphelins soient réduits à aller étaler leur misère et tendre en rougissant la main. J. N.

Le Médecin de Campagne publie dans son nº d'avril les résultats de son concours médical contre le charlatanisme et l'exposé de son action auprès des candidats députés au sujet de la limitation du nombre des médecins. Les confrères feront bien de lire attentivement ce numéro.

Cours libre d'anatomie chirurgicale. — M. Doyen fera à la Faculté de Médecine (Grand Amphithéâtre), à partir du 18 avril prochain, un cours d'anatomie chirurgicale avec projections de coupes anatomiques.

Ce cours comprendra 15 leçons et aura lieu tous les jours, de 6 à 7 h. du soir, le dimanche excepté.

M. Doyen s'attachera à démontrer les avantages et la supériorité de la méthode anatomique, telle qu'il l'a conçue et mise en pratique, pour établir les lois générales de sa technique opératoire.

Cette nouvelle, qui n'a l'air de rien, marque cependant une étape importante, — pour qui connaît le dessous des cartes, — vers la conquête de la liberté d'enseigner.

Le congrès de la presse médicale. — Le prochain Congrès et la prochaine assemblée de l'Association internationale auront lieu à Londres, à la veille du XVIIe Congrès international de médecine, en 1912. La prochaine réunion du Comité permanent se tiendra à Bruxelles, en 1910, pendant l'Exposition universelle qui aura lieu dans cette ville. L'Association a renouvelé son bureau, qui est composé jusqu'en 1912, de la façon suivante :

Président : M. le Dr Lucas-Championnière (Paris) ; *vice-présidents* : M. le Dr Dejace (Belgique) ; M. le professeur de Lenhossek (Budapest) ; *Secrétaire général* : M. le Dr R. Blondel (Paris), *Trésorier* : M. le Dr Dawson Williams (Londres).

Règlement relatif à la soutenance de thèse. — I. MM. les élèves ayant subi avec succès le 4e examen probatoire peuvent déposer au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de midi à 3 heures, le manuscrit de leur thèse, revêtu de la signature du professeur qui en a accepté la présidence.

Ce dépôt a pour but : 1º de s'assurer si toutes les formalités ont été remplies dans la rédaction de la thèse ; 2º de soumettre le manuscrit au visa du Doyen de la Faculté, puis à celui du recteur de l'Académie pour la délivrance du permis d'imprimer.

MM. les étudiants sont, en outre, priés de déposer en même temps que leur manuscrit et séparément le duplicata du titre et des conclusions de leur thèse dûment signés du président de thèse.

Ce document est destiné à être conservé dans les archives de la Faculté.

II. — Quarante-huit heures environ après le dépôt, les manuscrits de thèse, revêtus du permis d'imprimer, sont tenus à la disposition de MM. les candidats, au secrétariat de la Faculté, où ceux-ci

pourront venir les retirer, tous les jours, de midi à 3 heures.

III. L'imprimeur est laissé au choix du candidat. Le format de la thèse est l in-octavo.

Les thèses présentées en vue du diplôme universitaire de docteur en médecine doivent porter la mention suivante, inscrite en tête du titre de la couverture et de la première page : *Thèse présentée pour le doctorat de l'Université de Paris* : (*mention Médecine*).

IV. — Avant le tirage définitif de la thèse, MM. les candidats devront faire parvenir au secrétaire de la Faculté une épreuve du premier feuillet de la thèse, portant les indications suivantes :

1° Titre de la thèse :

2° Nom, prénoms, date et lieu de naissance du candidat ;

4° Nom et titres du président de la thèse ;

4° Liste des professeurs et agrégés en exercice.

Ce feuillet sera immédiatement renvoyé à l'imprimeur avec indication des corrections et bon à tirer, s'il y a lieu.

V. — MM. les candidats ne seront admis à consigner qu'après le dépôt à la Faculté de 185 exemplaires imprimés de leur thèse.

Ce dépôt pourra être effectué le mardi et le samedi, de 1 à 4 heures. Il en sera délivré reçu détaché d'un livre à souche.

VI. — Les consignations pour la thèse seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures, sur la présentation du reçu des exemplaires imprimés de thèses, mentionnés à l'article V.

La mise en série aura lieu dans les quinze jours qui suivront la consignation, en tenant compte des exigences du service de la Faculté.

VII. — Il est interdit de consigner pour la thèse avant d'avoir subi avec succès la 2e partie du 5e examen probatoire.

VIII. — Le présent règlement sera mis en vigueur à dater du 4 avril 1910.

Quand se décidera-t on en haut lieu à supprimer l'obligation, sinon de la thèse elle-même, tout au moins de son impression ? Est-il bien utile d'entasser dans les bibliothèques des quintaux de papier noirci dont les 9/10e dorment un éternel sommeil dans la poussière accumulée des siècles ?

Voyage d'études « E. M. I. 1910 ». — Le voyage d'études « E. M. I. 1910 » de l'*Œuvre d'enseignement médical complémentaire (patronnée par le Gouvernement français)* aura lieu du 1er au 20 août prochain en Belgique et Hollande avec retour par le Luxembourg et l'Alsace. Concentration : Lille. Dislocation : Vittel. Itinéraire : Ostende, Middelkerque, Blankenberghe, Bruges, Gand, Bruxelles, Louvain, Anvers, Rotterdam, La Haye, Leyde, Amsterdam, Ile de Marken, Utrecht, Liège, Spa, Borgoumont, Luxembourg, Strasbourg, Munster, La Schlucht, Gérardmer.

Ce voyage d'études, qui est le 7e organisé par cette association, présente un très vif intérêt scientifique ; et nous ne saurions trop engager nos confrères qui n'en font pas encore partie à solliciter leur admission dans le groupement d'études qui a fait de ces missions à l'étranger l'un de ses principaux moyens d'action. Le comité organisateur a eu cette année l'idée heureuse de faire coïncider l'E. M. I. 1910 avec le plein de l'Exposition internationale de Bruxelles que les sociétaires de l'Œuvre auront toute opportunité de visiter pendant le séjour dans la capitale des Belges.

Le programme détaillé a paru dans le numéro du 25 février de l'*Enseignement médico-mutuel international*, qui contient aussi une étude savamment documentée, toute palpitante d'intérêt et d'actualité, et signée d'un de nos meilleurs maîtres de la Médecine militaire sur « l'Etat sanitaire de l'Armée française comparé à celui des Armées étrangères ». Bureaux du journal : 12, rue François-Millet, Paris XVIe. (Envoi franco de ce numéro sur demande accompagnée de cinquante centimes en timbres-poste).

Abus de la cigarette dans l'armée anglaise. — Le Lt-général Oliphant, commandant le Northern Command, vient de donner des ordres spéciaux pour interdire l'abus de la cigarette chez les jeunes soldats et il invite les membres du service de santé, qui ont observé des cas de maladies produites par l'abus de la cigarette, à attirer l'attention des officiers pour que ceux-ci défendent l'usage de la cigarette pendant un temps donné, par exemple à l'exercice, en manœuvres, sans pour cela interdire l'usage de la pipe pendant ce même temps. Les troubles cardiaques, si fréquemment observés seraient dus, suivant le Lt-général, aux produits résultant de la combustion du papier entourant les cigarettes. (*The Lancet*).

A rapprocher du travail intéressant d'un confrère militaire paru récemment dans le *Bulletin médical*, et d'où il paraît ressortir que, — la fumée du tabac étant anti-méningococcique, — il serait peut-être bon de rendre le *tabac obligatoire* (tout comme le service militaire) comme prophylaxie de la méningite cérébro-spinale.

Encore un spécifique pour la phtisie. — La nouvelle de cette découverte nous vient d'Amérique !

L'association des anciens élèves de l'University Yale, à Philadelphie, offre depuis quelques années un prix de 50.000 francs pour la guérison de la phtisie. Or, on assure que ce prix sera décerné, cette année, au Dr Hays, qui aurait, paraît-il, fait des expériences surprenantes sur l'emploi du venin du serpent à sonnettes dans le traitement de cette terrible maladie.

L'action de la crotaline affecte profondément le système cérébro-spinal et tout spécialement cette partie de la moelle qui contient les centres respiratoires et autres fonctions s'y rattachant immédiatement. La toux et l'expectoration disparaissent presque toujours sous l'action de la crotaline administrée par voie digestive ou par voie sous-cutanée. Dès le début du traitement, le malade gagne en vigueur et la guérison survient presque toujours. (*Le Monde thermal*).

On ne dira plus : *in caudâ venenum*, mais : *in veneno salus* !

O paradoxe !

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Guénard, de Fèvresse (Marne) ; Pasturaud, d'Etampes (Seine-et-Oise) ; Maire, de Lunéville (Meurthe-et-Moselle) ; Smagghe, d'Hazebrouck (Nord) ; Osiecki, de Clermont-en-Argonne (Meuse) ; Fontan, de Chauché (Vendée) ; Guennoc, de Sizun (Finistère) ; Bourdy, du Mans, et Tourneux, de Rouen, membres du *Concours Médical*.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 15 Dimanche 10 AVRIL 1910

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

Notre devoir électoral..... 309
Propos du jour
La situation réelle du syndicalisme médical en France. 310
IIIe Congrès des Praticiens
7 Avril 1910. — Compte rendu..... 314
Chirurgie pratique
Traitement immédiat des fractures malléolaires non compliquées..... 315
La semaine médicale
Gastralgie et hyperchlorhydrie — Le traitement des fractures de la rotule. — Traitement de la douleur dans la gangrène. — Le séro-diagnostic pour le contrôle des prostituées. — L'Association de la syphilis et de la tuberculose..... 318
Revue des sociétés savantes
Syphilis cérébrale. Syphilis gastrique. Les porteurs de germes diphtériques. — Fièvre typhoïde apyrétique. — Intra-dermo-réaction avec la syphiline. Corps étrangers œsophagiens..... 320
Epidémiologie
Essai critique sur la genèse et la prophylaxie de la fièvre typhoïde..... 322
Intérêts professionnels
L'éducation physique par le médecin... 323
Médecine Légale
Un certificat médical sincère n'est pas reprochable au praticien..... 324
Chronique des accidents du travail
Le rôle du médecin du blessé. Un rapport d'expert. Un examen critique de ce rapport par le médecin du blessé. Le médecin et les accidents du travail..... 325
Reportage médical..... 329

NOTRE DEVOIR ÉLECTORAL

Mon cher Confrère,

Je viens de voir à Paris deux de nos amis qui se présentent à la députation dans mon département : ils sont tout disposés à prendre en mains la question des assurances telle que nous la comprenons.

Pourriez-vous me communiquer des renseignements pour les mettre au courant des conditions vraiment scandaleuses dans lesquelles fonctionnent certaines sociétés d'assurances (notamment assurances-accidents).

J'ai vu dans un des derniers numéros du *Concours* qu'un de nos confrères vous avait fait la même demande, j'espère que comme à lui vous me ferez parvenir *très promptement* des documents probants et détaillés.

En vous remerciant à l'avance, veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs et bien dévoués sentiments confraternels.

Dr JAY,
à *Condé-sur-Huisne* (Orne).

Les documents et les renseignements demandés ont été envoyés à notre confrère et nous ne demandons que d'avoir l'occasion de multiplier *ces envois.*

Nous signalons à ce sujet l'apparition d'un volume de notre ami Levassort intitulé « **Le Monopole des assurances** » qui est édité par Marchal et Godde, 27, rue Dauphine (prix : 3 fr. 50). A la lecture de ce volume, écrit d'après une documentation que nous n'avions jamais rencontrée, il nous est resté cette impression que la masse du corps médical en était encore sur ce point à une opinion toute faite..... par les stipendiés des assureurs. Il serait grand temps de nous en faire une nous-mêmes.

A signaler également dans l'*Officiel* le rapport de M. Ferdinand Buisson, au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociale ; ce rapport conclut précisément à l'adoption du principe du monopole.

AVIS IMPORTANT. — L'Administration des Grains de Vals, 64, boulevard de Port-Royal, à Paris, informe les membres du « *Concours* » que, sur simple demande par carte postale, ils *recevront gratis et franco* un **THERMOMÈTRE MÉDICAL** de précision garanti.

PROPOS DU JOUR

La situation réelle du syndicalisme médical en France

Le Syndicat médical doit-il suffire à toute la défense professionnelle ? Ce que peuvent les Syndicats médicaux. La nécessité actuelle d'une action parasyndicale.

Dans un article bien pensé et qui, au point de vue théorique, exprime les idées de tous les médecins syndicalistes, notre ami, le Dr Lafontaine, affirme que *le Syndicat médical doit assurer toute la défense professionnelle* (1). Il fait à ce sujet un rapide tableau de ce que le Syndicat médical doit devenir et devrait être. Nous ne différons point d'avis et il n'y aurait pas lieu à controverse si nous n'envisagions que l'avenir.

Mais la lutte professionnelle est de tous les instants, elle nécessite une action constante et continue, et nous ne pensons pas que dans l'esprit du Dr Lafontaine nous devions l'abandonner jusqu'au jour, sans doute encore assez éloigné, où notre organisation syndicale sera à peu près parfaite.

Aussi nous pensons qu'il ne faut pas poser la question comme l'a fait le Dr Lafontaine. Il n'y a pas lieu de nous demander à l'heure actuelle si le Syndicat médical *doit* suffire à la défense professionnelle, mais bien de rechercher s'il est en état de le faire, s'il *peut dès maintenant assurer toute cette défense.*

Seize ans de vie syndicale, seize ans de luttes et de réflexions, seize ans de négociations, de correspondance journalière avec tous ceux qui en France ont contribué de près ou de loin au développement du syndicalisme médical, nous autorisent à répondre catégoriquement :

Oui, le Syndicat médical devrait suffire à toute la défense professionnelle. Mais à l'heure actuelle il lui est absolument impossible de remplir entièrement cette mission.

Il ne faut pas se hâter cependant de proclamer la faillite du syndicalisme médical, mais il convient de rechercher les raisons de cette impuissance relative et, nous l'espérons, temporaire. Ces raisons sont multiples et diverses, nous allons tâcher de les exposer en indiquant aussi nettement que possible l'évolution et l'état actuel du syndicalisme médical français.

L'ÉVOLUTION DU SYNDICALISME MÉDICAL. — Né grâce à l'initiative de promoteurs que les lecteurs du *Concours médical* ne sauraient ignorer, le syndicalisme médical s'est développé par la force des choses.

Les praticiens ne se sont montrés, au début, ni enthousiastes, ni prévoyants ; s'ils sont arrivés peu à peu à se syndiquer, c'est, il faut le reconnaître, presque à leur corps défendant, contraints et forcés en quelque sorte par les événements.

Obéissant à la loi naturelle qui oblige les faibles à se grouper pour se défendre, les praticiens français sont entrés peu à peu, par poussées successives, dans les associations professionnelles qu'un très petit nombre de propagandistes, eux, véritablement prévoyants, avaient déjà organisées.

Le corps médical français avait vu pendant longtemps avec une belle indifférence, s'élaborer en dehors de lui toute la législation médico-sociale dont il devait subir le plus vivement les effets, et ce ne fut que tardivement, lorsque l'expérience lui eut démontré tous les inconvénients qui pouvaient résulter pour lui de l'application de ces lois, qu'il songea à s'en préoccuper et à se grouper pour les modifier. Ainsi voyons-nous le nombre des syndiqués s'accroître après la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine ; de même voyons-nous, lors de l'application de la loi de 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, nos associations syndicales prendre un nouvel essor.

La loi de 1893 sur la Mutualité aurait pu, dans certains de ses articles, bénéficier de la collaboration du corps médical ; on aurait pu empêcher légalement, par exemple, l'exploitation de la Mutualité par les gens très aisés et même riches. Rien ne fut tenté dans ce but. C'est à l'initiative personnelle du Dr Porson, Président de l'Union des Syndicats médicaux, et grâce à un de ses amis M. Roch, député de la Loire-Inférieure, que les Syndicats médicaux obtinrent un représentant élu au Conseil supérieur de la Mutualité. Lorsque l'application de la loi du 1er avril 1898 eut provoqué une multiplication imprévue de Sociétés de secours mutuels, les praticiens s'aperçurent alors des effets de leur imprévoyance et ils recoururent tout naturellement aux Syndicats pour résister aux exigences et aux abus mutualistes.

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail donna lieu aussi au même phénomène. Pendant la préparation et la discussion de la loi, les voix de quelques confrères s'élevèrent bien pour montrer quelles en seraient, pour les médecins, les conséquences, mais ces gens à longue vue jouèrent le rôle de Cassandre et

(1) In *Petit Praticien*, de mars 1910.

ne furent guère écoutés. Il fallut que le praticien commençât à pâtir des lacunes de cette législation pour s'en émouvoir ; alors les Syndicats médicaux partirent en guerre, ils se décidèrent un peu tardivement à seconder Diverneresse et cela, sans trop de conviction ni d'enthousiasme ; ce qui n'empêcha pas d'obtenir par une tactique habile et une action constante les modifications des lois du 22 mars 1902 et du 31 mars 1905.

Le même phénomène se reproduisit avec la loi de 1902 sur la santé publique. Là encore nous voyons le mouvement de défense ne se produire que lorsque l'application de la loi en a montré les désagréments, qu'il eût été facile de prévoir.

Nous devons donc constater que le développement du syndicalisme dans le corps médical français a été un phénomène naturel de défense qui n'a pas eu le caractère de prévoyance qui eût été utile à son épanouissement et à son efficacité. C'est ce caractère de prévoyance que nous voulons lui voir acquérir et que nous croyons nécessaire de lui donner.

Causes du manque de cohésion du corps médical. — Il ne faut pas s'étonner, après pareille constatation, du manque de cohésion de notre organisation. Les praticiens se sont, avons-nous dit, syndiqués à chaque danger, à chaque menace ; ils n'ont vu en se groupant que la nécessité de résister au péril du moment.

Ils n'ont pas, pour la plupart, de vue d'ensemble sur la défense professionnelle. Aussi ne s'aperçoivent-ils pas que la majorité d'entre eux, en monopolisant par des fonctions une partie de l'exercice de la médecine, porte atteinte à l'intérêt général et restreint considérablement la somme des ressources sur la répartition desquelles la totalité des médecins est en droit de compter. Les difficultés de l'existence, créées par l'encombrement de la profession, et l'augmentation du coût de la vie, obligent souvent les possesseurs de ces situations acquises, les détenteurs de ces monopoles médicaux, à défendre leurs prébendes avec une âpreté singulière. Ce manque de logique apparent chez le médecin syndiqué, qui le porte à reprocher à son voisin le monopole qu'il détient, sans songer à celui qu'ils se sont approprié eux-mêmes, a permis à nos syndicats de se constituer et même d'agir. Mais il s'ensuit une cause de désunion et de faiblesse provisoire qui persistera jusqu'à ce que l'application progressive du libre choix ait, par voie d'extinction, fait disparaître les monopoles médicaux. Cette disparition brusque n'est guère possible, mais nous sommes convaincus que progressivement on pourra l'obtenir.

Manque d'éducation syndicale. — La contrainte des événements qui poussa nos confrères sans préparation, souvent sans conviction, vers les associations professionnelles, explique encore leur manque d'éducation syndicale. Nous nous sommes efforcés de réagir contre cette ignorance en publiant des études et des programmes bien imparfaits, avouons-le, et qui demandent de nombreuses modifications, mais notre but a été plus de susciter des réflexions et des observations que d'indiquer une voie à suivre ou des règles à respecter. Les Congrès des Praticiens, les Assemblées générales de notre Union, de nos Fédérations, les polémiques de nos journaux contribueront peu à peu à combler les lacunes de l'éducation de nos confrères. Cela n'empêche, en attendant, que ce manque de connaissances des choses professionnelles dépasse tout ce que l'on peut imaginer. Nous avons vu des confrères fonder un syndicat sans se douter de l'existence de la loi de 1884 sur les syndicats professionnels ; nous avons reçu l'an dernier des lettres où des médecins, se disant syndiqués depuis plus de dix ans, ignoraient l'existence du tarif Dubief. Il ne faut donc pas nous étonner si beaucoup se font encore, malgré nos efforts, une idée très vague de ce que peut et doit faire un syndicat médical.

Faiblesse des cotisations. — Une des conséquences graves de ce manque d'éducation est la faiblesse des cotisations. Le médecin n'ayant qu'une idée vague des services que le syndicat peut lui rendre, hésite à faire en sa faveur les sacrifices nécessaires.

Il fut, il est peut-être encore des syndicats dont la cotisation annuelle ne dépasse pas 2 fr. ; nombre de groupements, approuvant le rôle de l'Union des Syndicats Médicaux de France, nous ont exprimé le regret de ne pouvoir adhérer parce que la pénurie de leurs ressources ne leur permettait pas de verser la cotisation cependant bien modique. En outre, une habitude déplorable règne dans un certain nombre de syndicats, qui limitent toute leur action aux libations d'un banquet où de joyeux convives boivent aux frais de la caisse, à la santé des collègues absents. Sans être un ascète ni un puritain, nous trouvons déplorable cette façon d'entendre le syndicalisme.

Manque d'énergie des dirigeants. — On a dit que les peuples avaient le gouvernement qu'ils méritaient, nos syndicats, à leur exemple, n'ont pas toujours de véritables dirigeants. Trop souvent, cédant à une déplorable habitude, nos confrères mettent à la tête du Syndicat un médecin vénérable par son âge, par la considération dont il jouit et l'estime dont il

est entouré. C'est bien, mais insuffisant ; les infirmités inhérentes à la vieillesse ne permettent pas à un homme, quelles que soient sa valeur morale et sa bonne volonté, de donner une vie active à une association de combat. Parfois l'on croit habile de confier le bureau à des médecins haut placés, surchargés de fonctions publiques qui les mettent dans l'impossibilité de s'occuper en toute indépendance du Syndicat.

Il faut songer que mille tentations guettent nos militants : ce sont, tout d'abord, le désir d'obtenir des honneurs, des fonctions et des rubans, terrible infirmité qui, lorsqu'elle atteint un homme, amollit son énergie, annihile sa volonté, en fait le jouet des chefs d'administration, des hommes politiques, qui savent admirablement utiliser à leur profit ces ambitions faciles à découvrir. Puis vient la tentation du démon de la politique qui, à la veille d'une élection, oblige un président ou un secrétaire de Syndicat, que l'on croyait énergique et sur l'activité duquel on se reposait, à abandonner la cause médicale pour se ménager les voix de MM. les mutualistes ou ne pas effaroucher telle personnalité influente.

LA CONSÉQUENCE DE TOUTES CES CAUSES DE FAIBLESSE : LA LIMITATION DE L'ACTION SYNDICALE. — Il résulte de toutes ces causes de faiblesse une limitation de l'action syndicale, limitation qui persistera encore fatalement pendant une assez longue période.

Aussi, quand nous menons une campagne syndicale avec quelque vigueur, nous savons d'avance que nous verrons surgir au premier rang de nos adversaires tout un groupe de confrères, qui, se croyant directement lésés dans leurs intérêts privés, combattront avec énergie les réformes poursuivies par la grande majorité de leurs confrères.

Lors de nos efforts pour la défense du libre choix dans les accidents du travail, nous avons trouvé en face de nous et dans nos syndicats même les médecins d'assurances et les médecins d'industrie (crise du Syndicat des médecins de la Seine de 1907 à 1909), en attendant, si nous continuons à mener loyalement cette lutte, de nous trouver aux prises avec les médecins accapareurs des cliniques ouvrières. Quand dans les Syndicats on a tenté, par le libre choix, d'améliorer l'assistance, on a vu dans quelques départements les médecins détenteurs de ces services mal indemnisés se grouper pour résister au Syndicat (Nièvre, Nord).

Et si nous ébauchons demain une action contre les abus mutualistes, nous sommes persuadés que nous verrons aussitôt des confrères se proclamer mutualistes plus que médecins et tenter de faire échec à l'entente syndicale.

De ce fait, la défense professionnelle prend souvent au début des allures de guerre civile et les premiers coups se portent au sein même du Syndicat, entre ses propres membres. Aussi très souvent dans les Syndicats peu actifs (et c'est le plus grand nombre) on préfère laisser les choses en état et éviter toute action qui pourrait amener des brouilles, une scission ou même la disparition de l'association.

La faiblesse des cotisations dont nous avons indiqué les causes, limite encore plus l'action des Syndicats. Pour que ces derniers vivent et fassent œuvre utile, il est indispensable qu'ils travaillent et pour poursuivre un but général il faut qu'ils adhèrent à une Fédération ou tout au moins à l'Union Centrale.

Or, Fédérations et Union Centrale ont des frais importants de publication, de correspondance, de propagande à couvrir, des avocats conseils à honorer, des employés de divers ordres à payer. Il faut que ces Fédérations et cette Union constituent une caisse de réserve pour subventionner au besoin un procès, une campagne, pour prendre part à l'organisation des Congrès et tout cela ne peut se faire qu'avec les ressources tirées des cotisations. En outre, le Syndicat ne doit pas oublier qu'il est seul une personnalité civile, que la Fédération et l'Union peuvent le soutenir, mais non se substituer à lui dans une action. Il lui faut donc avocat et avoué.

Il faut qu'il tienne ses membres en éveil et au courant de toutes les affaires qui les intéressent, que son bureau ne craigne pas, par affiches, tracts et conférences, de mettre le public en garde contre les préjugés, contre les habitudes tout aussi nuisibles aux malades qu'aux médecins. Le moment d'une élection arrive-t-il ? Il faut qu'en évitant de prendre officiellement parti, les dirigeants du Syndicat fassent connaître aux candidats leurs revendications et tâchent d'obtenir d'eux, à quelques nuances politiques qu'ils appartiennent, l'engagement de les faire triompher.

Si le Syndicat veut être utile, ceux qui le dirigent ne doivent jamais se lasser.

A eux le souci d'organiser des arbitrages, de fonder dans ce but des commissions mixtes, de se préoccuper de l'assistance, de l'hygiène, de l'exercice illégal, de tout ce qui a trait en un mot à l'exercice de la profession. Pour bien remplir ce rôle, il faut de l'argent et les maigres cotisations sont insuffisantes à le procurer.

Pour maintenir dans le Syndicat une cohésion plus durable, il serait nécessaire que cette association offrît à ses membres des avantages matériels palpables, offices de recouvrements, caisses de secours, caisses d'assurances, etc., et pour alimenter tout cela, il faut encore de l'argent.

Cette limitation de l'action des Syndicats par manque de ressources s'accroît encore de la limitation imposée par la législation. C'est l'article 13 de la loi de 1892 qui nous interdit toute coalition contre l'Etat, le département et la commune. Il s'ensuit que pour tout ce qui concerne l'assistance et l'hygiène, le Syndicat médical a le droit de se concerter avec les pouvoirs publics dans le but d'une entente, mais ne peut, sans courir de risques de dissolution, résister vigoureusement à la pression officielle.

Il est donc évident qu'à l'heure actuelle et pour longtemps encore les Syndicats médicaux ne peuvent assurer par leurs propres moyens toute la défense professionnelle.

L'ACTION PARASYNDICALE. — Frappés par ces causes d'impuissance, la centaine de véritables militants qui donnent une vie à la masse quelque peu indécise de nos syndiqués, a tenté, avec l'appui des 1.500 ou 1.600 confrères décidés à les seconder, de suppléer à ce manque d'énergie par l'action parasyndicale.

Notre corps d'armée s'organise lentement et péniblement, ont-ils dit, nous ne pouvons encore compter sur lui que dans une mesure donnée ; en attendant que nous l'ayons convaincu de la nécessité de s'ébranler et, même dans le but de l'éduquer et de le convaincre, créons à côté des œuvres utiles, actives et hardies dont il pourra juger de l'excellence des résultats.

Et comme toujours, du laboratoire du *Concours médical* fécond en ingénieuses découvertes, est sorti cette œuvre parasyndicale du *Sou médical*, qui a largement démontré que les Syndicats à l'heure actuelle ne peuvent pas suffire à toute la défense professionnelle, puisqu'à lui seul, avec les cotisations de ses 1.600 membres, sagement employées, il a porté la défense professionnelle à un degré jusqu'à lui inconnu.

Que ne ferait pas ce *Sou médical*, si, devenu la caisse de défense de tous les Syndicats fédérés, comme cela devrait être avec une bonne organisation syndicale, il disposait de la cotisation des 12.000 syndiqués actuels. Mais en attendant, il comble une lacune et aucun Syndicat médical jusqu'à ce jour, sauf peut-être dans une faible mesure le Syndicat des médecins de la Seine avec sa Caisse d'assistance, n'a tenté de seconder le *Sou médical*. Quelques petits Syndicats ont même si bien compris la nécessité de cette œuvre parasyndicale qu'ils ont exigé l'affiliation au « Sou » de chacun de leurs adhérents.

Cette action parasyndicale s'est encore manifestée pour tâcher d'obtenir quelques réformes dans les Congrès des Praticiens et leurs Comités de vigilance auxquels presque tous les Syndicats, croyons-nous, ont accordé leur concours. Nous-même, malgré la méfiance de certains de nos amis qui y voyaient à tort une cause de dissociation de nos forces, nous les avons soutenus, car nous avons jugé, et l'expérience nous a toujours donné raison, qu'ils étaient un puissant moyen d'éducation par l'agitation qu'ils créaient et les discussions qu'ils provoquaient même dans des milieux peu enclins au syndicalisme.

A Paris, la récente création de la Fédération permanente des médecins de la Seine démontre la nécessité et l'utilité de l'action parasyndicale, tant que les Syndicats médicaux ne grouperont pas la presque unanimité des médecins praticiens. Grâce à cette Fédération où les deux Syndicats parisiens en voie de réconciliation ont tendu la main à des groupements étrangers, peut-être même hostiles au syndicalisme, parce qu'ils le connaissent mal, nous avons pu tenter le relèvement des honoraires et nous prévoyons la possibilité d'une pression sur la mutualité qui eût été, sans la Fédération, une tentative vouée d'avance à un insuccès certain.

N'est-ce pas encore de l'action parasyndicale que l'organisation de ce Comité contre l'agrégation, où Lafontaine a donné lui-même l'exemple de ce que pouvaient la volonté et l'énergie de quelques-uns au service d'une bonne cause ? N'a-t-il pas démontré plus éloquemment lui-même que le Syndicat médical ne pouvait *à l'heure actuelle* suffire à toute la défense professionnelle.

D'ailleurs, tant que la législation bornera la liberté des Syndicats médicaux, l'action parasyndicale sera nécessaire. Elle a été utilisée dans le Cher quand nos Confrères syndiqués et non syndiqués, avec une discipline admirable, sont parvenus par l'intervention d'une Société parasyndicale à faire triompher leurs revendications auprès du Conseil général et de l'Administration préfectorale.

Même si l'abrogation de l'article 13 de la loi de 1892 donnait aux Syndicats médicaux toute la capacité syndicale, l'action parasyndicale serait encore nécessaire. Elle le sera tant que tous les membres d'un Syndicat n'auront pas exactement les mêmes intérêts à défendre. Le Tribunal de la Seine en a donné la preuve en déboutant le Syndicat des médecins de la Seine de sa demande, dans un procès intenté, il y a quelques années, contre une Compagnie de tramways accusée d'avoir, par des ordres affichés, détourné des malades du cabinet de leurs médecins ordinaires. Le Tribunal, constatant que dans le Syndicat il y avait des médecins de la dite Compagnie, prétendit, non sans logique

que les intérêts des membres du Syndicat étaient dans ce cas différents et que le Syndicat ne pouvait prendre judiciairement la défense de certains de ses membres aux dépens des autres.

Il eût fallu ici, pour triompher, une Société à côté, parasyndicale, qui eût poursuivi au nom de ses membres ayant tous les mêmes intérêts à défendre.

De l'action parasyndicale, nous en faisons tous et un peu partout pour seconder nos Syndicats, nous en faisons au *Concours médical* par nos correspondants, nous en ferons encore plus avec nos Comités de propagande.

Les Syndicats médicaux en bénéficieront au lieu d'en pâtir.

Aussi nous croyons que le Dr Lafontaine, plein d'une généreuse ardeur, mais n'ayant pas encore suffisamment vécu notre vie syndicale, pose mal la question quand, à propos du referendum sur l'utilité et les dangers du Syndicat national de médecine sociale, il affirme que le Syndicat médical actuel doit et peut assurer toute la défense professionnelle.

Il le devrait, oui ; il le pourra à l'avenir sans doute. Mais actuellement il n'en a ni la force, ni les moyens, ni légalement le droit.

J. Noir.

Le meilleur argument en faveur de nos idées vient d'être fourni par le Dr Jablonski à la première séance du Congrès des Praticiens. Notre confrère, non syndiqué, prétend que la porte des Syndicats n'est pas partout ouverte à tous. Les Syndicats envisagent en effet de façon différente leur rôle : tandis que certains laissent largement ouverte leur entrée à tous les médecins, allant jusqu'à supprimer pour l'admission le parrainage (Syndicat des médecins de la Seine), d'autres exigent de la part de leurs adhérents une communauté absolue d'opinions sur les choses professionnelles. Nous n'avons pas ici à discuter les avantages et les inconvénients de ces deux manières de voir, mais nous constatons que le fait de l'éviction d'un Syndicat d'un certain nombre de confrères peut le mettre encore dans l'impossibilité d'assurer à lui seul toute la défense professionnelle.

LE IIIe CONGRÈS DES PRATICIENS

LA SÉANCE D'OUVERTURE

La première séance du Congrès s'est ouverte dans un calme et dans un recueillement qui n'ont malheureusement pas duré. La fin en a été plus que houleuse, cependant qu'un seul rapport, sur les trois qui figuraient à l'ordre du jour, a pu être discuté et sanctionné par un vote. Il est évident qu'en continuant ainsi nous serons encore là dans huit jours !

Il fut manifeste à un moment donné — et nous ne cesserons de le déplorer — que les questions de personnes, encore que sourdes et insidieuses, sont intervenues mal à propos pour envenimer un débat qui pouvait et qui devait se poursuivre sur le seul terrain des idées. Et cela, avec des appels à l'union, à l'entente, à la concorde qui jaillissaient des lèvres des orateurs et qui résonnaient dans la salle, pour recevoir un formel démenti de l'attitude même de l'Assemblée. Triste ! Triste !

Il y a là une méthode de travail fâcheuse, car elle ne peut qu'aboutir à de piètres résultats et rendre stériles et infécondes ces grandes assises du Corps médical.

Nous souhaitons de tout cœur que les séances suivantes soient un peu mieux ordonnées, les discussions plus rapides, que les orateurs, plus brefs, ne s'écartent pas du sujet et qu'enfin les Congressistes s'assagissent pour le meilleur profit des intérêts qui sont en cause; nous le souhaitons et nous tenons à rendre une de fois plus hommage à la maîtrise du président Gairal, qui eut souvent fort à faire pour dominer le tumulte d'un verbe sonore que les bruits couvraient parfois.

Mais procédons par ordre.

Donc, la séance débute exactement à 9 heures, par la nomination du Bureau du Congrès.

Sont élus par acclamations :

Président : Dr Gairal.

Vice-Présidents : Drs Gassot, Barbanneau, Coppens, Declercq, Mignin, Laurent, Noir, Albertin, Lande.

Secrétaire général : Dr Leredde.

Trésorier : Dr Quidet.

Le Dr Leredde déclare qu'il n'imposera pas à l'Assemblée la lecture de son rapport. Ce rapport rend compte des actes et de la gestion du Comité de Vigilance ; il a été publié et chacun a pu en prendre connaissance.

Il se borne à indiquer d'un mot le but général du Congrès, qui est de donner au médecin la place qu'il mérite dans la Société. Il compte en grande partie, pour y parvenir, sur l'entente, sur la concorde, sur l'amitié confraternelles qui seront, espère-t-il, assez puissantes pour faire taire les inté-

rêts particuliers devant l'intérêt général dominant. Il faut que le Corps médical parvienne à exercer l'action sociale dirigeante à laquelle il a droit de par sa mission.

Il adresse les remerciements du Comité d'organisation aux confrères étrangers qui ont bien voulu accepter l'invitation qui leur fut adressée, et les différents groupements professionnels qui ont fourni leur appui moral et pécuniaire ; il regrette l'absence du Dr Dubuisson empêché et lui adresse l'expression de la gratitude du Corps médical pour le concours actif et bienveillant qu'il lui a toujours prodigué, notamment au Parlement.

Le Dr Jablonski demande la parole pour protester au nom des médecins non syndiqués contre une phrase du rapport qui déclare que seuls, ont souci des intérêts professionnels les médecins syndiqués. Il déplore que souvent les Syndicats soient des organes de défense, voire d'attaque contre tel ou tel autre groupement. Il faut qu'ils ignorent le particularisme et qu'ils ouvrent toutes grandes leurs portes à toutes les bonnes volontés. (*Applaudissements.*)

Le Président fait remarquer qu'il s'agit là non d'une protestation mais en réalité d'une observation qui figurera au procès-verbal. Il met aux voix les conclusions du rapport qui sont adoptées. Il donne ensuite la parole au Dr Quidet, trésorier. Son exposé montre que la situation financière est très satisfaisante.

Le président félicite le Dr Quidet. Il excuse les Drs Lereboullet et Bossi, l'un retenu par la maladie, l'autre par des obligations professionnelles. Il salue les délégués étrangers et invite le Dr Kutner, de Berlin, à prendre la parole.

Celui-ci remercie l'Assemblée de l'accueil cordial qui lui est fait et souhaite au Congrès actuel tout le succès et toute la réussite qu'il mérite. Il convie les médecins français, au nom de la direction du Congrès international d'hygiène, à assister à ce Congrès.

Ces préliminaires étant accomplis, M. le Dr Bolliet donne lecture de son rapport sur le libre choix dans les Sociétés de Secours mutuels, non sans avoir exprimé son navrement devant l'apathie des secrétaires des Syndicats, dont 90 seulement ont répondu à sa demande de documentation.

Prennent successivement la parole sur le rapport Bolliet et ses conclusions les confrères Gorecki, Armand Lévy, Leval, Testut, Caillaud, Lévy-Bram, Vimont, Le Fur, Bourdin. De cette discussion souvent confuse, il résulte que le Congrès a à se prononcer sur l'opportunité de l'introduction, dans la loi régissant les Sociétés de Secours mutuels, de l'obligation du libre choix, qui en tout état de cause, doit être absolu. Traitera-t-on le mutualiste comme un malade ordinaire ? Se fera-t-on honorer directement par lui ? Ignorera-t-on les Mutualités ? Autant de questions qui sont examinées successivement par les orateurs sous des jours différents selon leurs conceptions personnelles.

Finalement, après riposte du Dr Bolliet qui défend énergiquement ses conclusions, après intervention dans le débat des confrères Vallat, Vimont, Régis, Noir, Guillon, l'amendement Le Fur est mis aux voix paragraphe par paragraphe. Les deux premiers sont adoptés ; les deux derniers, qui sont opposés aux vœux du rapport Bolliet sont repoussés. Il en résulte donc que le Congrès s'est déclaré partisan de l'obligation du Libre choix en matière de mutualité, sanctionnée par un texte législatif.

Et comme il est midi, chacun va déjeuner.

A la séance de l'après-midi, le Dr Vallat donne lecture de son rapport sur le libre choix dans les grandes administrations.

Le Dr Papillon appuie les vœux du Dr Vallat ; il propose en amendement que les médecins contrôleurs représentant les Administrations et médecins traitants aient entre eux les rapports que réclament l'intérêt bien compris des malades et la courtoisie confraternelle.

Le Dr Diverneresse expose à son tour comment le libre choix est respecté par les grandes Compagnies de chemin de fer contrôlées par l'Etat. Il lit certains documents significatifs qui mettent en fâcheuse posture les ingénieurs et les médecins en chef de ces Compagnies.

Les conclusions et les vœux du rapport Vallat amendés par le Dr Papillon sont adoptés à l'unanimité.

Le Dr Bertillon entame la lecture de son rapport sur l'avortement que les nécessités de la mise sous presse nous forcent à remettre au prochain numéro. G. D.

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement immédiat des fractures malléolaires *non compliquées*,

Par le Dr Maurice Patel,
Agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

Quoi de plus fréquent que les fractures malléolaires ? Une chute, insignifiante en apparence, une torsion brusque et inattendue du pied pendant la marche, suffisent pour rompre ligaments et malléoles. Le rebouteur avisé ne gardera pour lui que la « fausse fracture », la simple entorse ; il retournera au médecin la vraie fracture, qui constitue l'un des cas les plus embarrassants de la pratique courante.

Il ne faut pas le cacher plus longtemps : le résultat éloigné des fractures malléolaires est mauvais ; les expertises pour les accidents du travail, les certificats d'assurance montrent des incapacités permanentes partielles atteignant de 50 à 60 %. Et pourtant, le cas paraissait simple au début ; l'immobilisation semblait suffisante ; la consolidation s'était faite dans le délai normal ; mais lorsque le blessé se reprend à marcher, son coude-pied est douloureux, des déformations apparaissent secondairement ; la marche est souvent dif-

ficile, voire même impossible ; le membre s'œdématie, se cyanose, s'atrophie ; le malade est infirme.

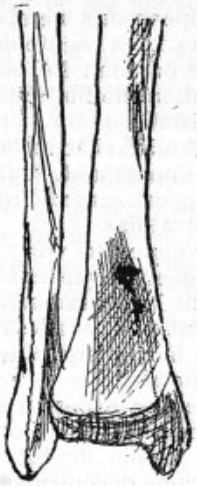


Fig. 1. — Squelette normal de l'extrémité inférieure de la jambe.

Faut-il invoquer la diathèse, le rhumatisme, l'arthrite tibio-tarsienne, l'enraidissement musculaire ? C'est ce que l'on fait encore volontiers. En réalité, la cause est tout autre : la radiographie nous a appris à connaître des types anatomiques jusque-là insoupçonnés. Fait important : ils se traduisent en clinique par des signes presque semblables. Il est nécessaire cependant d'essayer de les distinguer, et il ne saurait exister de traitement logique si on les ignore.

Types anatomo-cliniques principaux des fractures malléolaires

On peut, au point de vue anatomo-clinique, distinguer deux groupes :

1° La fracture de Dupuytren ;

2° Les fausses fractures de Dupuytren .

I. — *Fracture de Dupuytren* . — Anatomiquement, elle se caractérise (fig. 2) :

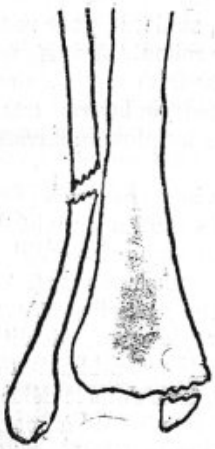


Fig. 2. — Fracture bimalléolaire classique (type Dupuytren.)

1° Par une fracture du péroné, siégeant à 7 ou 8 cm. au-dessus de la malléole externe ;

2° Par un arrachement de la malléole tibiale.

Cliniquement, son tableau est connu et les lésions expliquent bien les déformations constatées ; faut-il rappeler la déviation du pied en dehors, la *chute du talon en arrière*, le coup de hache de Dupuytren, l'élargissement des malléoles, l'impotence fonctionnelle absolue, la douleur localisée aux traits de fracture ?

II. — *Fausses fractures de Dupuytren.* — Nous rangeons sous cette dénomination les autres fractures, très nombreuses, qui simulent à peu près le tableau clinique précédent. Cependant, que de variétés anatomiques ! En voici quelques-unes :

a) *Fracture de la malléole externe.* — Complète et verticale, s'accompagnant de déchirure du ligament latéral externe.

b) *Fracture bimalléolaire avec diastasis.* — On a ici les lésions de la fracture de Dupuytren avec diastasis plus marqué de la tibio-tarsienne.

c) *Fracture bi-malléolaire avec 3e fragment.* — C'est le type le plus intéressant, il n'est pas rare, puisque Destot, qui l'a décrit le premier, reconnaît son existence dans 1 /10e des cas.

Il est caractérisé par ce fait de premier ordre : c'est que, indépendamment des traits de fracture rappelant à peu près ceux du type Dupuytren, il existe un *troisième trait*, qui siège sur le tibia, et qui détache un *troisième fragment*.

Ce fragment peut être *antérieur* ; c'est lui (fig.3)

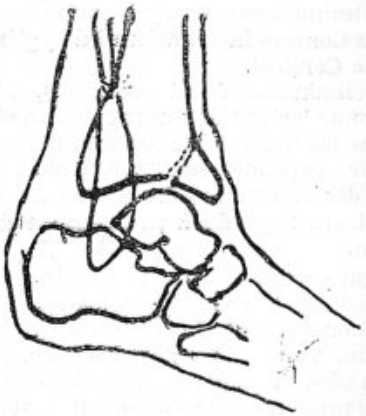


Fig. 3. — Fracture bimalléolaire avec troisième fragment antérieur.

qui forme un ergot, soulevant les tendons extenseurs du pied, limitant la flexion, gênant la marche. Lorsque la fracture est solide, la déformation se reconnaît aisément ; le pied est reporté en arrière ; à voir le malade debout, on dirait que son squelette jambier va glisser sur le versant antérieur de l'astragale.

Plus souvent, le fragment est *postérieur* (fig. 4),

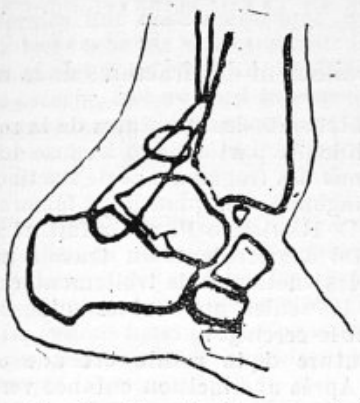


Fig. 4. — Fracture bimalléolaire avec 3e fragment postérieur.

il est plus difficilement perçu, lorsque la fracture est guérie ; le pied est reporté en arrière ; ses mouvements peuvent être totalement supprimés ; s'ils existent, ils sont toujours limités et douloureux.

Ces types de fractures sont graves, car elles sont *intra-articulaires* ; voilà la raison d'être, anatomique et réelle, des raideurs, des douleurs, des ankyloses. En reconnaissant de bonne heure ces *faux Dupuytren*, il est possible d'améliorer de beaucoup les résultats.

Traitement

Le traitement, toujours délicat, des fractures bimalléolaires, comporte, pour ainsi dire, une série de temps successifs, qu'il faut accomplir sans précipitation et avec régularité. Nous distinguons :

1° Les soins immédiats ;
2° L'immobilisation sous anesthésie ;
3° Les soins consécutifs.

1° Soins immédiats. — Appelé après l'accident, vous cherchez à établir le diagnostic de fracture ; ce qui est, en général, facile ; l'impotence fonctionnelle est absolue, ce qui n'existe pas dans l'entorse ; le pied est dévié en dehors et en arrière ; l'hésitation n'est plus permise. Il est inutile de chercher la crépitation, la mobilité anormale, les points douloureux ; le diagnostic doit se faire à la vue; le malade vous en sera d'autant plus reconnaissant. Il est inutile également de chercher à faire un diagnostic plus complet ; la douleur est trop vive.

Immobilisez le membre dans une gouttière de fortune, si vous n'en avez pas d'autre (se servir de carton, de planche) ; élevez le pied sur un oreiller, et annoncez votre retour dans deux ou trois jours.

2° Immobilisation sous anesthésie. — Au 3e jour, l'œdème a diminué, mais surtout la douleur, le pied est plus maniable. Si vous pouvez faire faire une radiographie, n'hésitez pas ; la radiographie doit être double (face et profil) ; vous pourrez, à votre aise, voir le type de fracture dont il s'agit.

Si toute radiographie est impossible, ne comptez faire un diagnostic qu'au moment de la réduction.

a) *Préparatifs.* — Disposez tout ce qu'il faut pour faire un plâtre (attelle en tarlatane grossière, 12 doubles d'épaisseur, 2 kilogs de plâtre, coton ordinaire, bande de gaze). Mettre le blessé sur une table et non sur un lit, qui trompe au point de vue de la bonne direction de la jambe.

b) *Anesthésie.* — L'anesthésie est nécessaire ; je ne saurais trop y insister ; elle seule permet de faire un diagnostic exact ; les réductions « à la volée » sont douloureuses et forcément mauvaises. L'anesthésie au chlorure d'éthyle est rarement suffisante ; il faut commencer par elle et continuer avec l'éther pour avoir un complet relâchement.

c) *Exploration.* — Le malade dort ; empaumez le pied, cherchez les traits de fracture ; explorez successivement le péroné et surtout le tibia ; suivez sa crête, son bord externe et son bord postérieur.

Le Dupuytren se reconnaît bien à la liberté des faces antérieure et postérieure du tibia.

Pour les faux Dupuytren, on cherchera le diastasis, mais surtout les saillies, antérieure et postérieure, que démontreront des explorations profondes, le pied étant fortement ramené en dedans.

d) *Réduction* . — La réduction se fera différemment suivant la fracture reconnue.

Pour le Dupuytren, il faut : 1° ramener le pied en dedans ; 2° reporter le talon en haut .

Pour cela, saisissez le talon, et tirez à vous comme si vous vouliez enlever un soulier.

Pour les faux Dupuytren, il faut exagérer surtout le dernier mouvement ; fléchissez le pied sur la jambe fortement, veillez à la rectitude du péroné ; cherchez principalement à faire disparaître toute saillie tibiale, antérieure ou postérieure. Ce dernier temps est long, pénible ; avec une bonne contre-extension et une bonne anesthésie, on en vient presque toujours à bout.

La réduction faite, mettez du coton aux malléoles ; serrez avec une bande, s'il y a du diastasis ; placez l'attelle plâtrée postérieure, en maintenant bien la position ; surveillez le talon, pour qu'il ne tombe pas en arrière, le pouce et l'index appliquent le plâtre contre les gouttières rétro-malléolaires. Mettez le pied plutôt un peu en adduction, en visant la ligne qui passe par le gros orteil, la pointe de la rotule et l'épine iliaque antéro-supérieure. Ne cessez l'anesthésie que lorsque le plâtre est sec.

3° Soins consécutifs. — Mettre la jambe malade sur un oreiller, qui laisse reposer au ssi le genou.

Au 12e jour, sortez le membre du plâtre ; contrôlez la réduction ; si elle paraît bonne, réappliquez un plâtre sans anesthésie. Si elle est défectueuse, contrôlez, si possible, par la radiographie, faites une nouvelle anesthésie pour réduire.

Au 40e jour, commencez les massages et la mobilisation du pied (mouvements de flexion) ; faire conserver le plâtre la nuit.

Au 50e jour, permettez la marche avec des béquilles et laissez peu à peu appuyer le pied sur le sol.

Contre l'œdème persistant, on peut utiliser les bains chauds, la bande roulée caoutchoutée.

Il ne faut pas espérer une *restitutio ad integrum* avant 4 à 5 mois, et chez des sujets âgés, avec varices, tissus relâchés, le résultat se fait plus longtemps attendre.

LA SEMAINE MÉDICALE

Gastralgie et hyperchlorhydrie

M. le Dr Destot a fait à la Société nationale de Médecine de Lyon, une communication sur les douleurs gastriques dites douleurs d'hyperchlorhydrie et sur leur traitement par le carbonate de bismuth.

Tout d'abord, le Dr Destot proclame que le bicarbonate de soude ne donne aucun résultat ; un de ses malades a absorbé plus de 50 kilogs de bicarbonate, et loin d'être calmé, il sentait une vapeur acide lui remonter dans la gorge après l'ingestion de ce bicarbonate.

L'action du bismuth à haute dose se fait rapidement sentir au bout de trois ou quatre jours.

L'auteur a pu constater chez ungrand hyperchlorhydrique, qui avait à jeun un litre de liquide dans l'estomac, qu'au bout d'une semaine de traitement, cette hypersécrétion avait complètement disparu.

Pour rendre le carbonate de bismuth acceptable, on peut faire faire des tablettes de chocolat qui permettent de le prendre en croquettes dosées.

On emploie le même chocolat pour les examens radioscopiques, il suffit de le faire fondre doucement dans 400 cc. d'eau ou de lait.

Ce traitement par le bismuth à haute dose, 40 à 50 grammes par jour, améliore les malades qu'on est convenu d'appeler les hyperchlorhydriques. On n'observe aucun trouble à la suite de ce traitement, si l'on emploie le carbonate.

Les selles, chose curieuse, sont ordinairement régularisées par l'emploi de ces fortes doses.

Les conditions essentielles à *l'innocuité* et à la *réussite* du traitement : *pureté* et *adhérence* du bismuth ont été réalisées par la *tablette Perroud* qui, — sans adjonction d'excipient — a rendu la méthode très *pratique*, même très agréable. Chaque bâton de la tablette contient 5 gr. de *carbonate de bismuth* d'une pureté absolue.

Le traitement des fractures de la rotule

Le traitement des fractures de la rotule est d'une difficulté particulière à cause des petites dimensions des fragments et de l'action musculaire antagoniste du quadriceps fémoral.

M. le Dr Raymond Petit a fait récemment, à l'hôpital des accidents du travail une clinique sur les méthodes de traitement qui lui paraissent les seules applicables aujourd'hui : la suture et le cerclage.

« La suture de la rotule est une opération simple. Après une incision cutanée verticale ou transversale à concavité supérieure (Championnière), toutes les précautions d'asepsie étant prises d'ailleurs, la jointure est largement ouverte et soigneusement vidée des caillots qui l'encombrent. On régularise les lambeaux fibreux, qui tendent à s'engager entre les fragments et on débarrasse ceux-ci des caillots adhérents. A l'aide d'une tréphine ou simplement du poinçon de Championnière, on fore dans chaque fragment immobilisé par un davier de Farabeuf, des trous bien exactement concordants soit verticaux, soit transversaux, suivant les cas, et qui seront obliquement dirigés de la surface vers la profondeur sans atteindre la face articulaire. Les fils d'argent, assez gros, d'un millimètre de diamètre au moins, sont alors placés et leur serrage permettra un affrontement exact des surfaces fracturées, corrigeant ainsi et l'écartement et la bascule des fragments en avant. On pratique, alors, la suture des ailerons rotuliens et du périoste prérotulien, puis la suture cutanée. Si l'on éprouve de la difficulté à rapprocher les fragments, surtout dans les cas un peu anciens, où la rétraction du triceps est déjà très accusée, on facilitera la tâche, non point en sectionnant le tendon du triceps comme l'a proposé Smith, ni en faisant des incisions libératrices en V sur le muscle comme l'a fait Macewen, ni même en décollant les « vastes » comme le fait Chaput, mais bien à l'exemple de Bergmann et de Poncet, en détachant au ciseau la tubérosité antérieure du tibia que l'on réimplantera plus haut sur le tibia.

« Dans les cas anciens, on ne manquera pas d'aviver à la curette ou au ciseau les surfaces fracturées pour favoriser leur réunion.

« Après cette intervention, il suffit de placer le membre dans une gouttière. Dès le huitième jour, après le premier pansement, on commencera le massage quotidien et la mobilisation progressive, la main gauche fixant bien le fragment supérieur. Très rapidement, dès le douzième jour, le malade commencera des tentatives de marche.

« Berger a imaginé le cerclage de la rotule. Un gros fil d'argent malléable est passé transversalement dans l'épaisseur du tendon du triceps, tout contre le bord supérieur de la ro-

tule, puis dans l'épaisseur du ligament rotulien au contact de la pointe de la rotule. Ainsi, se trouve formée une anse métallique traversant les deux forts tendons et entourant la rotule, de façon que les deux chefs se rencontrent soit au bord externe, soit au bord interne de l'os. Un aide assurant la coaptation exacte des fragments, on tend bien le fil et on tord les deux chefs bien au ras de l'os, on les coupe court et on les martèle pour qu'ils ne fassent point saillie.

« Une intervention de cette nature sera toujours précédée du nettoyage minutieux de la cavité articulaire et des surfaces fracturées.

« Ces deux opérations, suture et cerclage de la rotule, répondent à des indications spéciales qui font de la première une opération bien plus courante que la seconde.

« Celle-ci ne s'adressera en effet qu'aux cas où l'on rencontre une fracture comminutive de la rotule, avec des fragments trop petits et trop friables pour que la perforation de chacun d'eux soit aisément pratiquée. Elle sera de mise encore dans les fractures à fragments inégaux dont l'un est de trop minimes dimensions pour pouvoir être foré.

« Mais, de toute évidence, c'est la suture rotulienne qui est de beaucoup la meilleure comme résultats définitifs. »

Bien entendu, après la cicatrisation qui nécessite environ 20 à 25 jours, il y aura toujours nécessité de faire du massage et de l'électrisation faradique pour réparer l'atrophie des muscles.

Traitement de la douleur dans la gangrène.

Les gangrènes, qu'elles soient humides ou sèches, sont, la plupart du temps, accompagnées de douleurs tellement violentes que les moyens médicaux demeurent absolument impuissants : des doses de 10 et 12 centigrammes de morphine en injections sous-cutanées peuvent échouer. Ces douleurs sont même quelquefois prémonitoires de la gangrène, plusieurs semaines et même plusieurs années d'avance. Souvent, c'est la ténacité et l'intensité des douleurs qui obligent le chirurgien à intervenir hâtivement.

Mais l'on ne sait pas toujours quelle est l'importance de l'artère oblitérée : il faudrait pouvoir attendre pour agir que le sphacèle indique ses intentions, qu'il donne sa limite par le sillon d'élimination. Ce serait le meilleur moyen de ne pas faire subir au patient de trop importantes mutilations.

Or, M. le Dr Quénu a consacré récemment une leçon clinique à une méthode de traitement qu'il préconise depuis 17 ans (mars 1893), la section nerveuse à distance en tissus sains de tous les nerfs sensitifs de la région.

« Voici d'ailleurs, en quelques lignes, l'histoire de son premier malade.

« Il s'agissait d'un homme de 75 ans, athéromateux atteint d'une gangrène sèche du pied et de la partie inférieure de la jambe, sans limitation précise ; il fut amené souffrant de douleurs atroces, le faisant gémir et réclamer à grands cris l'amputation. Il était dans un état de débilité et d'épuisement extrêmes. On réséqua, par une incision faite dans le creux poplité les nerfs sciatiques poplités interne et externe, ainsi que le saphène externe, puis, par une autre incision portant sur le canal de Hunter, le nerf saphène interne ; le soulagement fut immédiat ; il restait seulement un peu de sensibilité au niveau des malléoles, mais elle disparut le jour suivant.

« Fait curieux, le sphacèle se limita immédiatement, de telle sorte qu'au lieu d'aggraver le processus de mortification, la névrotomie sembla « avoir rétabli la nutrition dans les parties profondément menacées ». Quelques semaines après, par un trait de scie, on se débarrassa du membre mort, et plus tard encore on donna une forme acceptable au moignon, non en taillant des lambeaux, mais en le désossant partiellement à l'aide de deux incisions latérales. »

Cette méthode élégante et conforme aux données de la physiologie doit être tentée sans hésitation chaque fois que l'on se trouvera en présence des douleurs terribles de la gangrène.

Le séro-diagnostic pour le contrôle des prostituées.

D'après M. Hugo Hecht (*Deutsch. Mediz. Wochenschrift* et *Bulletin médical*, le séro-diagnostic de la syphilis devrait être utilisé de la façon suivante pour le contrôle des prostituées.

« Toute nouvelle arrivée dans une maison publique — à la condition qu'elle ne présente aucun signe clinique ni anamnesique de syphilis — devrait être soumise au séro-diagnostic. En cas de réaction positive, elle aurait à subir un traitement spécifique approprié, avant d'avoir l'autorisation d'exercer son métier.

« Chez les non-syphilitiques, qui s'adonnent pendant une ou plusieurs années à la prostitution, il conviendrait de procéder de temps à autre à la séro-réaction, afin de dépister aussitôt que possible une infection commençante, qui ne se révélerait par aucun autre signe qu'une réaction positive.

« Quant aux prostituées non syphiliques, elles devraient, pendant les six à huit semaines qui suivent l'apparition d'un chancre mou, être soumises à la réaction du complément. »

L'association de la syphilis et de la tuberculose.

M. le Dr Gouget a étudié, dans une clinique, faite à l'hôpital St-Antoine, l'intéressante question de l'association de la syphilis et de la tuberculose.

« Tout d'abord, il y a analogie entre les deux affections. On sait que la lésion initiale de la tuberculose est un amas de cellules rondes groupées autour de la cellule géante : c'est le follicule. L'association de follicules donne la granulation, et les granulations réunies forment la tubercu

lose, qui peut dégénérer, se caséifier, s'excaver, ou, au contraire, se scléroser. Or, dans la syphilis tertiaire, les lésions sont assez semblables : les follicules syphilitiques forment des gommes miliaires, celles-ci des gommes volumineuses, qui peuvent dégénérer ou se scléroser.

Et, souvent, il est très difficile de distinguer histologiquement les lésions syphilitiques et tuberculeuses.

Mais c'est surtout au niveau des voies respiratoires que l'analogie est fréquente. On peut, chez l'adulte, observer des broncho-pneumonies syphilitiques aiguës qui simulent absolument la pneumonie caséeuse ; de même les formes chroniques de syphilis pulmonaire tertiaire ressemblent à la tuberculose chronique ; la pleurésie syphilitique enfin, secondaire ou tertiaire, a les caractères de la pleurésie tuberculeuse. En ce qui concerne le diagnostic clinique, on se basera d'abord sur l'état général, qui reste bon chez le syphilitique, sans fièvre, sans hémoptysies. Mais il y a des exceptions dans les deux sens.

En second lieu, la localisation des lésions est très différente. La syphilis n'a pas de prédilection pour le sommet : elle peut siéger au niveau de la partie moyenne ou de la base.

Bien entendu, les antécédents syphilitiques et les lésions actuelles de syphilis offriront un appoint sérieux, de même que l'absence de bacilles dans les crachats, constatée à plusieurs reprises.

Mais c'est l'argument thérapeutique, surtout, qui permettra de se prononcer, et d'autant mieux que, de toutes les lésions syphilitiques, c'est la syphilis pulmonaire qui guérit le plus vite sous l'influence du traitement : on peut en dix ou quinze jours voir de véritables résurrections. De nombreuses observations en ont été rapportées (Fournier, Panas, Gubler, Giraudeau, Dieulafoy, etc.).

Au point de vue étiologique, la syphilis paraît prédisposer à la tuberculose, tandis que la réciproque n'est pas vraie.

Le pronostic est différent, si la tuberculose évolue chez un syphilitique à la période secondaire ou si elle frappe un syphilitique tertiaire.

« Tantôt il s'agit d'un ancien tuberculeux qui devient syphilitique. Si la tuberculose est grave son évolution en sera plus rapide, et la mort ne tardera pas. Si la tuberculose est au début, il semble que l'association sera bénigne. M. Sergent va même jusqu'à penser que la syphilis, après avoir aggravé momentanément la tuberculose, l'aidera à évoluer vers la forme scléreuse.

« Tantôt il s'agit d'un syphilitique qui devient tuberculeux.

« S'il est atteint de syphilis secondaire, de l'avis unanime, la tuberculose a généralement une marche très rapide, le pronostic est très réservé. S'il s'agit d'un syphilitique tertiaire, il semble que le malade est prédisposé à l'évolution fibreuse de sa tuberculose, peut-être grâce à son hypertension artérielle. Ici donc nous acceptons la théorie de M. Sergent, et nous reconnaissons que le terrain syphilitique tertiaire est peu favorable à l'évolution rapide du bacille de Koch. Des statistiques assez probantes ont été publiées à ce sujet : elles montrent que, dans les formes associées, les cas légers appartiennent à la syphilis tertiaire, les cas graves à la syphilis secondaire. »

Au point de vue du traitement, il faut éviter de donner de l'iodure qui congestionnerait les poumons, mais on donnera le mercure sous forme d'injections sous-cutanées de sels solubles.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Manifestations mentales du début de la syphilis. — Syphilis gastrique. — Les porteurs de germes diphtériques. — Fièvre typhoïde apyrétique. — Intra-dermo-réaction avec la syphiline. — Corps étrangers œsophagiens.

MM. Auguste Marie et Beaussart font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur les *manifestations mentales du début de la syphilis*.

Au cours de l'évolution d'une syphilis de date récente, à la période secondaire ou le plus souvent secondo-tertiaire, on peut observer des troubles mentaux, tels qu'un accès confus d'agitation maniaque ou un état de dépression mélancolique confinant plus ou moins à la stupeur. Pour quelques auteurs, la relation entre la psychose et l'infection syphilitique est, en pareils cas, d'ordre moral. Pour d'autres auteurs, et ce sont les plus nombreux, le délire est le produit direct de l'action toxique de l'infection à tréponèmes sur le système nerveux central.

La fréquence de ces psychoses toxi-infectieuses de la syphilis secondaire ou secondo-tertiaire n'est pas encore établie. MM. Marie et Beaussart viennent d'en observer trois cas. Deux de leurs malades ont guéri au bout d'une quinzaine de jours. Le troisième a fini par verser dans la paralysie générale.

— MM. Leven et Barret présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *syphilis gastrique* grave guérie par le traitement mercuriel et ioduré.

La symptomatologie — vomissements, douleurs gastriques, amaigrissement, anémie — jointe aux résultats d'une radiographie qui montra un estomac biloculaire avec rétrécissement très serré à 10 centimètres environ du cardia, faisait penser à une sténose par ulcère ou cancer. Avant de confier la malade au chirurgien et tenant compte du caractère essentiellement *nocturne* de la douleur gastrique, les auteurs essayèrent le traitement mercuriel : une injection de biiodure d'hydrargyre à 0 gr. 03 et 3 grammes d'iodure par jour. Dès les premières injections, les symptômes non modifiés par la médication antidyspeptique furent impressionnés. L'amaigrissement et la douleur s'arrêtèrent. La patiente digère maintenant et engraisse.

M. Bensaude a soigné un malade entière-

Production illimitée d'Oxygène naissant

ANIOS

MÉDICINAL

ANTISEPTIQUE PUISSANT

le Plus actif KÉRATOPLASTIQUE

Poudre ANIOS *inodore remplace Iodoforme*

Savons ANIOS

INODORE NON CAUSTIQUE

DÉSODORISANT NON TOXIQUE

ÉCHANTILLONS et littérature. Michel et Cognard. Phcie YVON, *7 Rue de la Feuillade, PARIS.*

MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE

ANTIBACILLAIRE & RECONSTITUANTE

ÉMULSION MARCHAIS

PHOSPHO-CRÉOSOTÉE

POUR LE TRAITEMENT RATIONNEL DES

TUBERCULOSES ❖ BRONCHITES
CATARRHES | PNEUMONIES
GRIPPES ❖ ASTHMES

CHAQUE CUILLERÉE A CAFÉ CONTIENT :

Créosote de Hêtre 0,10
Baume de Tolu 0,10
Glycérophosphate de Chaux 0,20

De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon

Disparition de la TOUX et de l'EXPECTORATION
Disparition de la FIÈVRE
Disparition des SUEURS NOCTURNES
Disparition de la DYSPNÉE
AMÉLIORATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL
Augmentation de l'APPÉTIT
Régularisation des FONCTIONS DIGESTIVES
AUGMENTATION du POIDS du CORPS

L'ÉMULSION MARCHAIS *est la meilleure préparation créosotée*

Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration.

En desséchant les bronches, l'EMULSION MARCHAIS agit d'une manière remarquable sur l'expectoration.

Traité de Médecine, Dr FERRAND.

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

vent intéresser d'autres confrères.

Première question. — Un ouvrier est trouvé mort sur un chantier ; on parle d'éboulement ; mais pas de témoin, et pas de lésion squelettique, pas d'ecchymose, rien qui ressemble à un accident du travail. Le juge de paix demande l'avis du parquet ; on répond qu'il faut faire l'autopsie. Je pratique cette autopsie avec un confrère, et nous trouvons déchirure du foie, déchirure du cœur. Un rapport est envoyé dans ce sens à la Compagnie, où nous concluons à un accident de travail ayant entraîné la mort

Qui doit payer cette nécropsie ? Le parquet qui nous a requis, ou bien la Compagnie d'assurances ? Si c'est cette dernière, l'autopsie n'étant pas prévue, que je sache, au tarif Dubief, comment établir la note ? Cette note doit-elle être globale pour mon confrère et pour moi ?

Réponse. — Puisque c'est le parquet qui vous a requis, envoyez au parquet votre note globale au tarif médico-légal civil. Il appartiendra au parquet de vous la faire payer par qui de droit.

Deuxième question. — Luxation de la hanche, chez un ouvrier de 58 ans.

Le lendemain de l'accident, aidé par un confrère qui fait l'anesthésie, j'essaie de réduire ; vains efforts, malgré plus d'une heure de travail.

Croyant qu'un autre serait plus habile, je mande un chirurgien des hôpitaux d'une grande ville voisine assisté du premier confrère et de moi-même ; ce chirurgien, sous l'anesthésie, n'obtient pas de résultat, malgré une heure d'efforts.

La luxation est déclarée irréductible ; le lendemain, sur les conseils du chirurgien, je pratique l'extension continue, qui dure encore : le blessé ne veut rien entendre pour aller à l'hôpital subir un traitement plus compliqué.

Comment établir cette note ? Devons-nous la faire globale pour les trois médecins ? N'ai-je pas droit aux honoraires accordés par le tarif Dubief (75 à 150 fr.) à propos des luxations de la hanche. Ces honoraires comprennent-il simplement les manœuvres de réduction. Dois-je compter en plus l'extension continue, et combien ? Le chirurgien et moi, avons-nous droit à

Suite page XII.

Dyspepsie, Gastralgie
Anorexie, Flatuosités
Hyperchlorhydrie
Constipation
MALADIES DE L'ESTOMAC
CACHETS CHARVOZ
DIGESTIFS, TONIQUES ET APÉRITIFS
Quassime, Cannabine, Amers végétaux alcalinisés à 50 % par procédé spécial
Se trouvent dans les principales pharmacies et chez tous les fournisseurs habituels des pharmaciens.
3 fr. la boîte de 40 cachets
Echantillons franco sur demande adressée à la
PHARMACIE CENTRALE
12, Rue Neuve, LYON

CONTREXEVILLE GREAT SOURCE
GOUTTE GRAVELLE, Voies Urinaires, Régularisatrice de la Digestion
Société des Meilleures Eaux Minérales : Contrexéville Great Source à Contrexéville (Vosges)

SEULES EAUX ALCALINES RECONSTITUANTES
ST. LEGER POUGUES
Sans rivales pour le Traitement des
Gastralgies — Dyspepsies — Gravelle — Diabète — Les Convalescences



"AZOTYL"
MEDICATION ANTI-TUBERCULEUSE
EN AMPOULES
pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires
ET EN FIOLES KERATINISÉES
OPOTHERAPIE BILIAIRE et SPLENIQUE
CHOLESTERINE
LECITHINE
ESSENCES VEGETALES
Littérature, Echantillons, Laboratoire 50 Rue Renequin, Paris (XVIe)

PAIN "ESSENTIEL" "MOFÉOL"
DÉCHLORURÉ CH. HEUDEBERT
en biscottes de 10 grammes chacune
BASE DE LA CURE DE DÉCHLORURATION
Affections valvulaires, Cardioadispose
Albuminuries, Œdèmes.
Littérature et Echantillons sur demande
CAFÉ
des Cardiaques et des Nerv
DIURÉTIQUE
TONIQUE, RAFRAICHISSANT,
Usines & Bureaux à NANTERRE
PRODUITS DE RÉGIME CH. HEUDEBERT, 120, Rue du Faubourg St-Honoré, PARIS. - Téléph.

ment analogue qui commença à s'améliorer à partir de la deuxième piqûre de biiodure.

M. GALLIARD remarque que les gastropathies syphilitiques sont rares. Depuis 1886, époque où il a publié un travail sur la syphilis de l'estomac, avec un cas personnel, il a cherché des faits analogues sans en rencontrer un seul. Il faut cependant connaître ces localisations de la spécificité pour instituer la cure hydrargyrique en temps utile.

— M. LEMOINE (du Val-de-Grâce) expose à la *Société médicale des hôpitaux* le résultat de ses recherches sur les *porteurs de germes diphtériques*.

Des ensemencements pratiqués avec le mucus pharyngé de 232 personnes prises en dehors de tout milieu épidémique lui ont montré que le bacille diphtérique est fréquemment présent dans la gorge de sujets sains, sans que ceux-ci puissent être considérés comme dangereux pour leur entourage. Le bacille ne se rencontre le plus souvent en pareil cas que d'une façon intermittente et il ne donne en général que des cultures maigres, de virulence nulle. D'ailleurs, alors même que la virulence est positive et que la culture est abondante, le sujet ne paraît pas être dangereux, à condition qu'il n'ait pas été atteint de diphtérie. Pour M. Lemoine, le porteur de germes diphtériques est contagionnant seulement s'il est en état de maladie, s'il a un peu de coryza, de laryngite, s'il est porteur de séquelles spécifiques, caractérisés, par exemple, par une légère exagération de la sécrétion nasale. Celui-là seulement doit être l'objet de mesures prophylactiques, d'isolement. Le porteur *sain* ne semble présenter aucun danger.

M. Louis MARTIN estime, au contraire, que tout porteur de germes peut devenir contagieux dans certains milieux, pour les rougeoleux et les jeunes enfants en particulier.

— MM. BRULÉ et René TOUPET rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *fièvre typhoïde grave, apyrétique*, ayant simulé une infection puerpérale.

La malade était atteinte de fièvre typhoïde qui détermina un avortement. A son entrée à l'hôpital, en l'absence de tout renseignement, on posa le diagnostic de fièvre puerpérale, de septicémie généralisée post-abortum. L'évolution clinique de cette fièvre typhoïde fut essentiellement anormale : pas de taches rosées, pas de splénomégalie, pas de symptômes gastro-intestinaux, *pas de fièvre*. Le pouls, il est vrai, était considérablement accéléré. Seule, l'hémoculture et le séro-diagnostic permirent d'affirmer la nature éberthienne de cette affection, de cette septicémie.

— MM. J. NICOLAS, FAVRE, GAUTIER et CHARLET (de Lyon) communiquent à la Société médicale des hôpitaux, un travail sur l'*intradermo-réaction et la cuti-réaction à la syphiline* chez les syphilitiques.

Il est possible, disent ces auteurs, au moyen d'une syphiline, de produire chez les syphilitiques une cuti-réaction et une intra-dermo-réaction analogues à la cuti-réaction et à l'intradermo-réaction provoquées chez les tuberculeux par la tuberculine.

Comme on ne sait pas encore, à l'heure actuelle, cultiver artificiellement le tréponème pâle de Schaudinn et Hoffmann, M. Nicolas et ses collaborateurs ont dû recourir à un procédé détourné et employer, en guise de cultures du parasite, des foies de fœtus hérédo-syphilitiques riches en tréponèmes, dont ils ont préparé, comme pour l'obtention de la tuberculine, des extraits glycérinés concentrés par chauffage à 115 degrés, par conséquent stérilisés et inoffensifs.

Les résultats cliniques obtenus avec cette syphiline ont été surtout intéressants pour l'intradermo-réaction. La réaction (rougeur avec infiltration du derme) fut nettement positive dans tous les cas (6 cas) de syphilis tertiaire et quaternaire. Plus rare et moins caractérisée dans la syphilis primaire et secondaire, cette réaction semble s'accentuer dans les syphilis anciennes.

Les recherches en question, si les résultats se confirment, pourront peut-être conduire à une nouvelle méthode de diagnostic de la syphilis, principalement des syphilis tertiaires ou quaternaires douteuses.

— M. GUISEZ présente à la *Société de laryngologie de Paris* deux observations de *corps étrangers œsophagiens* (arête, dentier), extraits par œsophagoscopie. Le dentier était remarquable par ses dimensions : il a pu être enlevé par morcellement. C'est le 7e dentier dont l'auteur guérit des malades dans les mêmes circonstances.

L'arête avait déterminé un phlegmon œsophagien qu'il a été facile d'évacuer *par les voies naturelles*, après ablation du corps étranger. Ce mode de drainage a certainement moins de chance d'infecter le médiastin qu'une opération externe.

P. L.

L'hygiène dentaire des écoliers. — Longtemps négligée, l'hygiène dentaire commence à attirer l'attention des pouvoirs publics.

L'*Education* s'en réjouit :

« Une lettre circulaire aux recteurs d'académie appelle leur attention sur l'importance de l'hygiène de la bouche et particulièrement des dents chez les écoliers, les inconvénients et les complications qui résultent de la négligence de cette partie de l'hygiène scolaire et la nécessité de prendre des mesures pour que, dans les écoles normales, les soins de la bouche soient désormais l'objet d'une surveillance rigoureuse. »

Il y a quelque ironie à rapprocher cette information des prescriptions sanitaires qui pourvoient chaque soldat japonais d'une brosse à dents et de poudre dentifrice.

Seraient-ce eux les vrais civilisés ? A noter le jour insoupçonné sous lequel ces Orientaux se révèlent à nous depuis dix ans, on serait presque tenté de le croire.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Essai critique sur la genèse et la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

La discussion qui se poursuit depuis près de quatre mois à la tribune de l'Académie de Médecine sur la genèse et la prophylaxie de la fièvre typhoïde, et qui est à peine close, se montre suprêmement troublante.

Elle a été parfaitement présentée et résumée ici par notre excellent confrère Lacroix ; nous n'aurons garde d'en rééditer la publication. Nous nous bornerons aujourd'hui à tenter d'en dégager les enseignements généraux qu'elle paraît comporter.

Discussion troublante, répétons-le, puisque prétendant comme toutes ses pareilles, faire la lumière, elle risque à certains points de vue, de nous replonger dans l'incertitude et dans le doute. Quelles armes précieuses, en effet, ne fournit-elle pas à ceux qui persistent à se déclarer les adversaires résolus des théories microbiennes ; qui traitent de billevesées, de songes creux, les soi-disant méfaits des micro-organismes, et qui, comme nous l'écrivions précédemment ici même, s'entêtent à ne voir en ceux-ci que des effets, voire des témoins, mais non des causes ? Quel argument puissant ne leur apporte pas l'intervention, en matière de contagion, du porteur de bacilles, — porteur conscient ou non, inconnu ou dépisté ? Qu'est-ce donc que ces organismes qui, pendant des années et des années, peuvent servir impunément d'habitat à des millions de germes réputés infectieux au plus haut degré ? Et, si l'on songe que la bactériologie généralise cette conception à toutes les espèces microbiennes sans distinction, qu'elle affirme et prouve que des sujets sains sont, sans en être incommodés eux-mêmes, les réceptacles et les véhicules du méningocoque, du bacille de Koch, et tutti quanti, quel désarroi dans les idées que nous étions accoutumés de nous faire sur le rôle éminemment actif de ces infiniment petits dans la genèse des maladies infectieuses ? Et comme ils ont beau jeu, ces paradoxaux dont nous parlions tout à l'heure, à soutenir désormais que nous sommes tous — tous sans exception — des porteurs de microbes, et que si certains d'entre nous sont seuls atteints des affections que ces microbes ont la réputation de conditionner, c'est qu'il y là autre chose, indépendant et plus puissant qu'eux ; autre chose, qui tient en pathogénie la première place et sans quoi les microbes ne font et ne seraient rien ! De cela, nous nous doutions bien d'ailleurs. Sans passer d'un extrême à l'autre, nous avons donc le droit d'être inquiets devant des découvertes inattendues, qui ne visent rien moins qu'à bouleverser les assises de la médecine contemporaine.

Mais revenons à la fièvre typhoïde et aux étiologies différentes qui lui sont accordées. A la théorie hydrique, qui régna si longtemps et à si juste titre en maîtresse, on reproche aujourd'hui de ne plus être à la hauteur des faits, en ne rendant pas compte de tous les cas, de toutes les épidémies. La théorie du porteur de microbes au contraire fournit une explication plausible et suffisante, partout où l'eau ne peut être *a priori* incriminée.

Ces deux conceptions sont loin de satisfaire tout le monde, et d'aucuns leur en opposent une troisième, celle de l'autogenèse, échafaudée non sans quelque apparence de raison sur les observations suggestives recueillies dans le milieu militaire et qui mettent en cause les conditions circonstancielles dont l'apparition des endémies et des épidémies dothiénentériques est souvent précédée.

Où est la vérité ? Comment se reconnaître au milieu de ces opinions divergentes dont chacune se recommande de l'autorité, de la science, de la probité de ses défenseurs ?

Il est incontestable que si l'on voulait s'en tenir exclusivement à la doctrine qui attribue à l'eau éberthifère le rôle prépondérant dans l'éclosion et dans la dissémination de la fièvre typhoïde, on aurait de fréquentes déceptions. J'en appelle à cet égard aux praticiens de la ville et plus encore peut-être de la campagne. Ils pourraient apporter dans le débat la contribution fructueuse de leur expérience personnelle qui plaiderait souvent en faveur de l'autogenèse, selon des hypothèses qui se rapprochent plus ou moins de celle du professeur Lemoine. Je sais bien que c'est la spécificité des germes ou leur polymorphisme qui se trouvent remis en question. Sans en venir là, nous sommes en droit de prétendre que la théorie des porteurs sains de microbes permet de reconnaître à ceux-ci deux états différents : la neutralité, ou l'activité virulente, et qu'il ne dépend pas d'eux de passer de l'un à l'autre état. Nous ne voyons pas dès lors ce qui serait valablement objectable à la conception suivante :

Le tube digestif renferme normalement des germes qui y demeurent inoffensifs, jusqu'au jour où telle circonstance vient développer et exalter leur virulence et les doter d'une puissance morbifique, d'un pouvoir pathogène grâce à quoi apparaît un type clinique déterminé.

Quelle sera cette circonstance ? Surmenage ici, alimentation défectueuse là, affaiblissement général ailleurs, hygiène détestable autre part encore...

J'accepte volontiers pour ma part qu'une eau de mauvaise qualité mais sans souillure spécifique, puisse provoquer des troubles digestifs modificateurs du milieu intestinal et qu'à la faveur de cette modification, certains éléments de la faune locale prolifèrent, cultivent et deviennent virulents selon une formule qui a pour réaction organique l'entité dénommée fièvre typhoïde, le ou les premiers sujets atteints semant ensuite autour d'eux des germes actifs capables de faire éclore le mal partout où la réceptivité individuelle s'y prêtera.

J'ai gardé en ce qui me concerne, de dix années de pratique rurale, le souvenir de deux

épidémies familiales à l'origine desquelles j'ai pu incriminer comme facteur étiologique principal, à la faveur de l'hypothèse précédente, l'eau de boisson. Or, d'une part, le séro-diagnostic positif, superposé à l'examen clinique, ne laissait aucun doute sur la nature même des susdites épidémies ; d'autre part, l'eau qui provenait de puits disposés contrairement à toutes les prescriptions de l'hygiène, était manifestement souillée par des infiltrations et par des matières organiques ; pourtant à l'analyse, elle ne contenait pas de bacilles d'Eberth.

Il est vrai qu'on pourrait m'objecter aujourd'hui que l'importation du microbe infectieux s'était vraisemblablement faite par l'intermédiaire de quelque porteur d'Eberth insoupçonné. Malgré tout, je reste sceptique et mon interprétation me séduit davantage.

On nous dit que le bacille d'Eberth se rencontre à l'origine de la lithiase hépatique. Mais nous savons depuis longtemps que le noyau central des calculs biliaires renferme souvent du coli-bacille. Coli-bacille, Eberth-bacille : que sont en ce cas les uns par rapport aux autres ? Nous avons conscience d'être en bonne compagnie pour leur attribuer une étroite parenté.

Quoi qu'il en soit, une conclusion s'impose selon nous, avec une force et une évidence que les récentes joûtes académiques viennent de mettre singulièrement en relief, c'est que plus que jamais en pathologie, le terrain est *tout* au regard du microbe. Celui-ci vagabonde de tous côtés, désarmé, inoffensif, jusqu'à l'heure où il rencontre le milieu propice, le sol favorablement préparé où il puisse se livrer à une attaque qui se montrera d'autant plus efficace qu'il aura pu puiser dans ce milieu, dans ce sol, une vitalité et une énergie nouvelles.

Ainsi se précise l'objectif de la prophylaxie pratique. S'il est vrai que nous portons tous en quelque recoin de notre organisme des colonies plus ou moins menaçantes, fortifions nos moyens de défense, augmentons notre résistance pour que ces menaces restent sans effet.

En ce qui concerne la fièvre typhoïde, la tactique prophylactique doit utiliser une double manœuvre : la première s'adresse au terrain humain et s'efforce de le rendre réfractaire par un perfectionnement direct de sa force de résistance ; c'est là que la vaccination anti-typhique pourra sans doute trouver un jour sa place. La deuxième manœuvre préventive écarte toutes les causes qui créent pour l'organisme l'état de réceptivité. Tenant compte à juste titre du facteur hydrique et de son importance, elle réclame une surveillance attentive des eaux de boisson ; elle exige que les sources et les canalisations restent à l'abri de toute contamination, dont elle prescrit les mesures propres à en éviter les chances ; elle condamne les eaux suspectes ou seulement douteuses, dont elle indique les moyens de dépister la pollution et d'annihiler les dangers qui en résultent.

Mais, pour être réellement effective, pour remplir parfaitement son rôle défensif, la prophylaxie qui n'ignore pas que les précautions les plus minutieuses sont parfois déjouées par les forces naturelles déchaînées, recommande, au gré des circonstances de temps et de lieu, l'abstention totale des eaux communes dans l'alimentation. Et, au nom de la sagesse, du bon sens, de l'hygiène et de la science, elle ordonne de leur substituer une de ces eaux minérales naturelles, dont le prototype est la Reine de Vals, et qui sont tout à la fois pures de toute souillure, stimulantes des fonctions digestives par certains de leurs composants, et réfectrices, tonifiantes de l'état général par leur minéralisation totale et par propriétés physiques : radioactivité, électrodynanisme, dont elles sont merveilleusement douées.

Dr GASTON.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'éducation physique par le médecin

Par le Dr Henri DAUSSET,

Secrétaire général de la *Ligue française de l'Education Physique* (section de la Seine).

La preuve n'est pas à faire que notre race dégénère ; l'un des remèdes les plus efficaces pour enrayer cette déchéance est, de l'avis de tous, la culture physique rationnelle, qui est l'hygiène corporelle tout entière, domaine principal du médecin.

Le praticien devient de plus en plus un hygiéniste ; il devra donc s'intéresser plus qu'il ne le fait actuellement à l'éducation physique, sous peine de voir se multiplier autour de lui les illégaux de la médecine, contre lesquels la lutte est déjà bien difficile aujourd'hui. La préoccupation de la santé par l'exercice commence à pénétrer dans les masses ; la lutte entre les méthodes diverses, les travaux nombreux et les articles de vulgarisation ont mis cette question à l'ordre du jour. De plus en plus l'homme et la femme bien portants prendront l'habitude de demander à un homme compétent des conseils pour pratiquer ou la gymnastique ou les sports selon ses capacités athlétiques. Il faut que cet homme compétent soit le médecin ; il y a pour cela plusieurs raisons. J'en citerai simplement deux principales. La première est d'ordre général. Pour déterminer la valeur scientifique d'une méthode d'éducation physique, ni les militaires, ni les instituteurs, ni les maîtres de gymnastique ne sont qualifiés d'une façon complète. A part quelques rares exceptions, seul le médecin, qui connaît l'anatomie, la physiologie, la pathologie, peut juger de la qualité ou des défauts d'un mouvement donné ; seul un médecin peut se livrer à une enquête sérieuse au moyen de l'auscultation du poumon et du cœur, au moyen de diverses investigations scientifiques (telles que la prise de la tension artérielle, la radiographie, l'analyse des humeurs etc.)

Point n'est besoin pour tout cela de la création d'un corps spécial d'ingénieurs biologistes, comme l'a proposé M. Demeny.

Ces recherches complètes supposent un bagage scientifique et une pratique que seul le médecin a pu acquérir au cours de ses études. Certes, des officiers, et Ling en tête, ont fait énormément en éducation physique, mais la médecine a toujours été à la base de leurs travaux, ils n'auraient pu rien faire sans l'appui et le contrôle médical.

Les médecins français doivent donc s'occuper sérieusement d'éducation physique, afin de faire cesser par les observations qu'ils recueilleront, par les enquêtes scientifiques auxquelles ils prêteront leur concours, l'indécision qui règne actuellement chez nous sur la méthode à employer, indécision qui porte un préjudice certain à la cause de l'Education physique en France.

La deuxième raison est d'ordre plus personnel : Le médecin a intérêt à s'occuper d'éducation physique. Le temps n'est pas éloigné où les sociétés sportives, les clubs divers, obligeront leurs membres à faire établir leur fiche athlétique et à la faire contrôler de temps à autre. C'est la seule manière de pratiquer la culture physique rationnelle. Si les médecins ignorent les questions d'éducation physique, c'est aux maîtres de gymnastique, c'est aux officiers qu'on ira demander cela. Nous voudrions que le médecin de famille puisse avec compétence, non seulement mensurer, ce qui est facile, mais donner des conseils précis sur la pratique de la gymnastique ou des sports, sur les limites à respecter dans leur usage. Pour cela, il est nécessaire qu'il connaisse bien ces choses. En dehors du bénéfice matériel qu'il y trouvera, il verra son prestige en être augmenté.

Le rôle du médecin en éducation physique n'est pas de supplanter le maître de gymnastique, mais d'avoir sur lui l'autorité scientifique et le droit de contrôle constant.

De plus, l'enseignement supérieur de l'éducation physique devrait lui être réservé ; enseignement des médecins, des instructeurs, c'est une voie nouvelle et féconde pour le corps médical.

Où l'étudiant ou le médecin peuvent-ils se mettre au courant des choses de l'Education physique ? Quelle est la marche à suivre, pour entrer dans cette voie nouvelle ? Sur quelle organisation s'appuyer ?

C'est pour pouvoir répondre à toutes ces questions qu'a été fondée à la Faculté de Médecine, le 4 mars dernier, la Ligue Française de l'Education Physique (section de la Seine) sous la présidence du Pr Gilbert, l'éminent professeur de thérapeutique, et sous la Présidence d'honneur du Pr Charles Richet. Ces deux noms à la tête du comité de la Ligue sont la preuve de la nécessité du mouvement créé par l'actif et distingué Dr Ph. Tissié, l'apôtre si connu de l'Education Physique dans le Sud-Ouest de la France. Après une lutte de 22 ans, ses idées gagnent Paris et la Faculté de médecine, pour le plus grand bien des Français et des médecins en particulier. Le but cherché est de préciser les méthodes à employer soit en gymnastique, soit dans les sports.

La Ligue n'est pas attachée exclusivement à un système, ce serait antiscientifique. Elle veut partir simplement d'une méthode qui a déjà donné des résultats incontestés pour trouver petit à petit, par des transformations nécessaires, la méthode qui se rapprochera le plus de la vérité scientifique.

Elle veut ensuite enseigner ces résultats par tous les moyens, les vulgariser et les faire appliquer par les enfants, les femmes et les hommes sous le contrôle immédiat du médecin et par le médecin.

Aussi chaque praticien a-t-il intérêt à apporter à la Ligue son adhésion et ses efforts, afin de faciliter une œuvre faite pour la rénovation de la France, et un peu aussi pour le relèvement matériel du corps médical et le maintien de ses prérogatives.

MÉDECINE LÉGALE

Un certificat médical sincère n'est pas reprochable au praticien

Brutalement et rompant en visière avec des vues que j'appelle simplement routinières ou avec de soi-disant dogmes déontologiques qui ne tiennent pas debout devant les droits de libre examen qu'un esprit indépendant refuse d'aliéner, je viens ici m'inscrire contre l'absurdité des opinions courantes en matière de responsabilité du médecin traitant délivrant à son malade, ou *pour* son malade, un certificat médical.

Et, après longues réflexions faites en connaissance de tous documents, des traités de nos maîtres, des décisions de la jurisprudence, de la mentalité générale peu à peu conduite à l'erreur sur ce point sous l'effort latent de suggestions intéressées, je n'hésite pas à écrire ceci :

« *Le médecin traitant a toujours le droit* : 1° *de certifier par écrit à son malade ou au représentant de celui-ci ce qu'il a constaté, ou ce qu'il sait pertinemment au sujet de son état de santé*, 2° *de tirer par écrit de ses constatations toutes les conclusions dictées par une scrupuleuse conscience.*

Il a non seulement le DROIT, *mais encore le* DEVOIR *d'en agir ainsi quand il s'est trouvé le seul praticien en position de certifier de la sorte.* »

Je pourrais commencer moi-même la discussion et répondre d'avance aux objections. Je pourrais m'attaquer à tous ces préceptes de réserve, d'habileté, qui nous furent enseignés à l'Ecole, et qui n'ont qu'une raison d'être, l'abus commis par les magistrats se reconnaissant le droit de nous attribuer une responsabilité sur ce point. Mais je préfère m'en abstenir afin de provoquer la levée de tous les boucliers contre

ma thèse, et tout particulièrement le tolle des juristes amis ou ennemis du corps médical.

Et je me contente de lancer mon affirmation ainsi conçue : « J'ai le droit de donner pour mon client tout certificat *vrai*, sans qu'il me soit légalement et équitablement reproché comme on l'a fait à nos confrères Lop, Sainmont, etc... Et, quand je l'aurai cru *vrai*, il faut, si l'on veut m'en punir, prouver réellement que je n'ai pas pu le croire tel ; que j'ai donné sciemment un certificat *faux*. Celui-ci, l'on fera très bien de le sabrer, mais il est le *seul* qui doive me faire condamner. Je ne suis pas judiciairement responsable de l'abus qu'on a pu faire de ma constatation sincère.» Dr JEANNE.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le rôle du médecin du blessé. — Un rapport d'expert. — Un examen critique de ce rapport par le médecin du blessé.

RAPPORT DE L'EXPERT

Je soussigné, professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'hôpital Laënnec, expert au tribunal de première instance de la Seine, commis par un jugement de la quatrième chambre en date du dix-sept juillet mil neuf cent neuf à l'effet de voir et visiter G., prendre connaissance de l'enquête du Juge de paix et des certificats de médecins qui ont examiné le demandeur, s'entourer de tous renseignements, rechercher et dire si G. a été victime d'un véritable accident, en cas d'affirmative dire si cet accident a entraîné une incapacité permanente partielle, en indiquer le taux et fixer la date de la consolidation ;

Dispensé du serment par les parties, ai procédé aux opérations prescrites en mon cabinet, le vingt-six octobre mil neuf cent neuf, en présence d'un représentant du syndicat défendeur.

Le sieur G., âgé de soixante-deux ans, ouvrier tanneur, indique qu'il a été blessé le treize janvier mil neuf cent huit. Il s'est foulé le poignet droit en tombant à terre.

Il a cessé tout aussitôt son travail, n'est plus revenu à l'atelier, et depuis cette époque la partie blessée n'a cessé de gonfler et d'empirer.

Il a été soigné par le médecin de l'assurance, le docteur Renault. Il a été visité par le docteur Calamy. Il a séjourné quelques jours à Saint-Antoine et également à l'hôpital de la Croix-Rouge où il a subi une intervention chirurgicale. Enfin il a reçu également les soins du docteur Prieur (Paul).

L'état actuel du blessé est le suivant :

C'est un vieillard actuellement en état d'artério-sclérose très prononcée, atteint d'une bronchite chronique déjà fort ancienne, portant une hernie scrotale droite et gauche avec atrophie du testicule droit.

Le poignet droit ou, pour mieux dire, le poignet et les parties voisines de la main et de l'avant-bras présentent un état pathologique des plus marqués.

A la face dorsale de la main, dans la partie voisine du poignet et sur le poignet même, on trouve une tumeur à consistance fongueuse avec trois parties en suppuration donnant issue à une sérosité louche.

Cette tumeur, qui est allongée dans le sens vertical, a une longueur de dix centimètres sur sept centimètres de hauteur. Elle déborde sur la partie inférieure de l'avant-bras.

A la face palmaire il y a une déformation très prononcée du poignet. La déformation et le gonflement empiètent sur toute la région inférieure de la paume de la main, qui est tuméfiée et donne une sensation de mollesse et d'empâtement au toucher.

A la hauteur de la tête cubitale, il existe une fistule donnant issue à une sérosité rougeâtre. Le gonflement de la paume de la main est prolongé vers le pouce et vers le petit doigt jusqu'à la base de ces deux doigts.

La main est désaxée. Il existe une ankylose presque totale du poignet et enfin, nous notons une atrophie très prononcée de la partie inférieure de l'avant-bras.

Le coude a ses mouvements normaux.

L'affection que présente le sieur G., n'est pas difficile à qualifier. Il s'agit d'une tumeur blanche du poignet propagée aux gaines synoviales de la main.

La question qui mérite notre attention et qui est du reste une de celles que nous pose le Tribunal de façon tout à fait particulière, est de savoir si cette affection est consécutive au traumatisme subi par le sieur G.

Pour juger cette question il faut d'abord savoir exactement quel a été le traumatisme subi par G., quelles en ont été les suites immédiates et les suites à distance et, pour nous éclairer sur ces points, nous avons à notre disposition l'enquête de M. le Juge de Paix de Montreuil et les divers certificats médicaux.

Dans l'enquête de M. le Juge de Paix de Montreuil en date du vingt-quatre septembre mil neuf cent huit, G. a déposé que le onze janvier mil neuf cent huit vers une heure de l'après-midi à l'usine de M. J. il mettait une peau sur le chevalet. Il a glissé en la poussant avec des pinces et s'est foulé le poignet droit.

Il a continué de travailler pendant deux ou trois jours ; il a ensuite cessé de travailler. Il a été soigné, dit-il, par le docteur Renault, puis par le docteur P. Prieur.

Le sieur O. M., tanneur, a servi de témoin au sieur G. et il a déposé qu'un jeudi du mois de janvier, sans pouvoir préciser davantage, vers deux heures de l'après-midi il chargeait avec G. un cuir sur un chevalet ; les pinces de G. ont glissé, il est tombé aux pieds du chevalet et son poignet gauche a porté sur une planche. Il a continué à travailler.

Le témoin ajoute qu'il lui est absolument impossible de préciser la main sur laquelle G. est

tombé et qu'il lui est tout à fait impossible de préciser le nombre de jours que G. a travaillé après son accident. Le soir, il a constaté que le poignet de G. était un peu enflé.

Les patrons ont déclaré à l'enquête faire toutes réserves sur l'accident allégué par G.

M. J. a déclaré qu'il n'avait eu connaissance de l'accident que le vingt janvier, c'est-à-dire le jour où il a délivré la feuille d'accident adressant le malade au médecin.

La compagnie nous fait d'autre part observer que G. est porté sur la feuille d'atelier comme ayant quitté l'atelier seulement le dix-sept janvier, c'est-à-dire six jours après l'accident et d'autre part, que le témoin O. M. a déclaré que l'accident était survenu le jeudi alors que le onze janvier, jour indiqué par G. était un samedi'

Voici maintenant l'analyse des certificats médicaux :

Le docteur Calamy a constaté chez G.,à la date du dix-sept janvier, un empâtement douloureux à la face antérieure du poignet droit, un œdème de la face dorsale de la main droite et des doigts, mais aucune trace extérieure de violences. Il hésitait beaucoup pour sa part à voir là un accident du travail.

Le docteur Renault a soigné G. pendant un temps assez long. Par malheur, la première note de lui n'est pas datée. Il y est dit que le blessé s'est présenté ce matin, à la clinique, avec un certificat de constatation ne portant aucun diagnostic précis.

Il a semblé au docteur Renault qu'il s'agissait d'une entorse du poignet droit avec élongation du tendon fléchisseur et ténosite consécutive. Il a institué un traitement par le massage. Dans la note suivante,datée du vingt-six février mil neuf cent huit, le docteur Renault indique que G. a vu un autre médecin.

Dans une note datée du quatre avril mil neuf cent huit, le docteur Renault indique qu'il vient de revoir G. et que son état s'est notablement aggravé depuis sa première visite. Les gaines tendineuses du poignet, de l'auriculaire et du pouce, sont augmentées de volume et contiennent une grande quantité de liquide synovial.

Après avoir causé avec lui, dit le docteur Renault, j'ai compris qu'il voudrait bien cesser de courir les aventures et reprendre la direction thérapeutique qu'il recevait à la clinique ; mais je n'ai pas voulu m'y prêter avant qu'il n'ait reçu l'assentiment du syndicat, ceci, dans la crainte qu'une raison administrative s'oppose à ce qu'on le remette au traitement.

Dans la dernière note enfin,du vingt-sept octobre mil neuf cent huit, le docteur Renault indique que G. a quitté sa clinique et qu'à cette date il pouvait être considéré comme consolidé et atteint d'une légère incapacité permanente.

Il avait été traité à la clinique du dix-huit janvier au vingt-deux février et du vingt-cinq avril au deux octobre. Pendant ces deux périodes, il avait pris cent deux séances de traitement.

Du docteur Prieur, qui a soigné le sieur G. nous n'avons autre chose qu'une note d'honoraires présentée au syndicat. Les honoraires s'élèvent à quatre-vingts francs pour vingt massages,dont dix-huit en février, mars et avril, et deux à la fin d'avril.

Mais dans cette note, nous lisons en tête l'intéressante indication suivante:

Blessé le dix-neuf janvier mil neuf cent huit. Hernie de la synoviale à la face antérieure du poignet droit.

Tels sont les éléments avec lesquels nous pouvons essayer de résoudre le problème que nous pose le tribunal. Ils sont manifestement insuffisants. Et d'abord,ni la date ni la nature de l'accident ne sont précisées.

Il est inutile d'insister sur les variations singulières de date que l'on trouve dans les divers documents qui nous sont soumis. Le seul témoin qui a voulu déposer à l'enquête a déposé avec une imprécision tout à fait singulière et enfin il est avéré que le sieur G. a travaillé pendant un certain nombre de jours sans se faire examiner médicalement.

Le premier médecin qui a examiné G. n'a pas trouvé trace de traumatisme et paraît avoir beaucoup hésité sur la nature de l'affection en face de laquelle il se trouvait. Il a vu un poignet déja gonflé et n'a su à quelle cause rapporter ce gonflement.

On peut donc dire qu'un des éléments capitaux nous échappe absolument, à savoir la nature même du traumatisme et la date exacte à laquelle il s'est produit.

Tout raisonnement que l'on pourrait faire dans ces conditions péchera par la base.

Ce qui est établi de façon à peu près certaine, c'est qu'à partir de ce moment, l'état de G. n'a cessé d'aller en s'aggravant et que l'évolution de l'affection a été progressive sans grande rémission. La tumeur blanche a évolué pour en arriver au point où nous la voyons aujourd'hui.

Dire, dans ces conditions, que la tumeur blanche actuellement constatée se rattache à l'accident d'une façon quelconque, soit qu'elle ait été créée par lui, le sieur G. étant tout à fait indemne d'une lésion au poignet avant son soi-disant accident, soit qu'elle ait été aggravée par lui-même, le sieur G. ne présentant l'affection qu'à un médiocre degré au moment du prétendu accident, serait tout à fait aventureux.

Le cas du sieur G. est un de ceux que l'on ne peut juger faute de pièces médicales précises et, s'il faut d'ailleurs dire toute notre pensée, il est un de ceux qui inspirent les doutes les plus caractérisés. Il est bien probable qu'il s'agit ici d'une tumeur blanche préexistante et sans aucune relation avec l'accident.

Nous conclurons donc :

Premièrement : Le sieur G., est actuellement porteur d'une tumeur blanche du poignet.

Deuxièmement : Il ne saurait être démontré par les pièces du dossier, enquête et certificats médicaux, que cette tumeur blanche a un rapport quelconque avec un accident survenu au début de janvier, accident dont la nature et l'époque précise ne sont pas établies par les pièces médicales.

Fait à Paris, le treize novembre mil neuf cent neuf.

Signé : Dr THOINOT.

Rapport médico-légal du médecin du blessé sur l'expertise ci-dessus pour être remis à l'avocat du blessé.

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le 9 mars 1910 s'est présenté à six heures du soir à mon cabinet, une personne qui m'a déclaré se nommer G. G., être âgée de 63 ans, habiter à M., rue A.-C., nº 60.

Cet ouvrier me dit qu'en travaillant le 11 janvier 1908, chez M. J., son patron, il est tombé sur le poignet pendant qu'il transportait un cuir du poids de 100 kilos, avec un autre camarade qui l'aidait.

Il me montre une expertise faite par le docteur Thoinot. En parcourant cette expertise je relève les renseignements suivants :

Le blessé déclare que son accident lui est arrivé le 13 janvier 1908 (page 4 du rapport).

Le patron délivre le bulletin d'accident le 20 janvier 1908 (page 10 du rapport).

Un témoin de l'accident le sieur M. déclare que le soir de l'accident, il a constaté que le poignet droit de G. était gonfl. (page 10 du rapport).

Le docteur Calamy (médecin de l'assurance) constate le 17 janvier qu'il y a de l'empâtement du poignet (page 11).

Le docteur Renault, lorsqu'il voit le blessé, déclare qu'il lui semble qu'il s'agit d'une entorse du poignet (page 12).

Le 4 avril, le docteur Renault constate que l'état du poignet s'est notablement aggravé (page 13).

Monsieur le docteur Thoinot conclut en disant qu'avec tous ces éléments il n'est nullement démontré que la tumeur blanche du poignet dont M. G. est atteint soit la conséquence de l'accident.

Notons tout de suite qu'il résulte de cette conclusion qu'il n'est pas démontré non plus que l'accident ne soit pas la cause de cette tumeur blanche.

Nous trouvons cependant, d'après les documents recueillis par M. Thoinot, des éléments qui nous permettent de dire presque avec certitude que l'accident est la cause de la tumeur blanche.

Le document sur lequel nous nous appuyons est la note que le docteur Renault, médecin du Dispensaire de la Compagnie d'assurances, a délivrée le 4 avril et qui est citée par M. Thoinot à la page 13 de son rapport.

M. le Docteur Renault a dû voir le blessé dans les premiers jours de février ; et, 2 mois après, le docteur Renault déclare que la maladie s'est notablement aggravée.

Or la tumeur blanche est une maladie essentiellement chronique qui évolue avec lenteur, lorsqu'elle ne reçoit pas une impulsion par suite d'un traumatisme.

En supposant donc que M. G. ait été atteint avant son accident d'une tumeur blanche à un degré très peu avancé, puisqu'elle lui permettait de fournir un travail égal à celui de ses camarades d'atelier, il en résulterait tout au moins que cette tumeur blanche a été aggravée par l'accident du mois de janvier. D'autre part, le fait que M. G. a suspendu son travail quelques jours seulement après l'accident prouve que M. G. était un ouvrier courageux.

Mais M. G. était-il atteint d'un début de tumeur blanche avant l'accident de janvier ?

Remarquons que M. G. travaillait depuis 10 ans, sans jamais avoir été malade, dans le même atelier, qu'il touchait le même salaire que ses autres camarades soit 5 fr. 50, c'est-à-dire un saaire déjà élevé et que l'on donne pour la rémunération d'un travail sérieux et pénible.

Remarquons que ce travail consistait à remuer des cuirs du poids de 100 kilos.

Est-il admissible dans ces conditions qu'un blessé atteint d'une tumeur blanche, même à un degré peu avancé, ait pu fournir un travail aussi régulier ?

Nous pensons que cela n'est pas admissible et nous concluons en disant :

M. G. est atteint d'une tumeur blanche du poignet, à marche rapide ; la rapidité anormale de l'évolution de cette affection est la preuve à peu près indiscutable que cette affection est la conséquence d'un traumatisme de janvier 1908.

Cette affection est la cause pour M. G., d'une *incapacité permanente partielle grave.*

En délivrant ce certificat à M. G. sur sa demande, je lui ai fait remarquer que si on devait ajouter foi à certains échos qui me sont parvenus de divers côtés et avec une concordance singulière, il serait dangereux pour les ouvriers blessés de faire usage de certificats signés de mon nom.

Ces réserves étant faites, j'ai délivré ce certificat en exécution de la loi accident.

Fait à Saint-Mandé le neuf mars mil neuf cent dix.

DIVERNERESSE.

Les médecins et les accidents du travail

(*Extrait du compte rendu de l'Assemblée générale du Syndicat médical de Cannes.*)

Mes chers Confrères,

La question dont je veux vous entretenir aujourd'hui me semble un corollaire naturel de celle que nous venons de traiter, je veux parler du relèvement du tarif des honoraires, le premier moyen à employer pour relever nos tarifs consistant à ne pas les laisser réduire.

Or, en matière d'accidents du travail, comme en fin de compte, c'est presque toujours par l'intermédiaire des Compagnies d'assurances que nous recevons nos honoraires, il est rare que nous n'y laissions pas quelques plumes.

J'en ai des exemples récents et personnels à vous citer, sans parler du cas de notre confrère T. que nous étudions en ce moment, et qui a été l'occasion de sa candidature au sein de notre Société.

Ces faits se produisent journellement, pour

nous, autour de nous. Tous ceux qui lisent le *Concours Médical* savent que la petite correspondance est presque entièrement remplie par les doléances d'infortunés confrères qui ont eu maille à partir avec les terribles Compagnies.

Et le plus triste, c'est que nous n'avons, bien souvent, que ce que nous méritons.

Deux exemples — entre cent : Le docteur X... a trouvé une solution « élégante » pour s'épargner toute contestation. « Oh ! moi, me déclarait-il d'un ton — que ma plume, hélas, est impuissante à rendre — je n'ai jamais de difficultés avec les Compagnies d'assurances ni avec les mutualités ; je me contente de dire à l'ouvrier quand il est guéri : « Mon ami, vous n'êtes pas riche, n'est-ce pas ? allez en paix... je vous fais cadeau de mes honoraires ! »

Et voilà.

Enchanté de n'avoir pas perdu sa journée, ce Titus au petit pied, pirouette sur ses petits talons et se frotte les mains, — sans se douter le moins du monde que le brave « travailleur » ne touchera pas un sou de cette aumône — *qu'il ne demandait pas* — et qui ira grossir le trésor de guerre que les puissantes et riches Compagnies amassent contre la foule des praticiens ses confrères, qui sont les seuls à perdre à ce petit jeu.

Tout autre est le cas du docteur Y.. :

« Vous tombez à merveille, me déclara-t-il, un jour que j'étais allé lui parler de nos œuvres de prévoyance et de défense professionnelles Vous me voyez furieux et navré ! C'est une infamie que les procédés des Compagnies d'assurances ! Tenez, voilà une note d'honoraires que l'une d'elles a l'audace de me renvoyer avec une réduction de près de 50 % sur chaque sinistre soigné ! Comprenez-vous pareille chose ? Comment faire cesser ce marchandage éhonté ?

— Comment, répondis-je, vous retardez à ce point, mon cher confrère ? Il y a beau temps que le *Concours médical* nous a indiqué une ligne de conduite qui réussit à merveille !

Vous ne recevez pas le *Concours* ?

— Mais si, mais si, je suis même un vieil abonné de cet excellent journal !

— Et vous n'avez pas vu, et ce, dans nombre de numéros — comment nous pouvons nous défendre contre les manœuvres déloyales des assurances ?

— Ah ! voilà ! Je vais vous dire... *c'est que je ne le lis jamais* ! »

. . . . . .

J'imagine que notre confrère n'est pas le seul dans ce cas, et c'est pour tous ceux là que j'écris. Non pas que je veuille ici traiter à fond la question, ni vous énumérer les preuves de la mauvaise foi des assureurs en général, non plus que vous rappeler l'odieuse campagne entreprise par eux pour nous enlever le libre choix. Ce serait beaucoup trop long.

Je veux simplement, pensant être utile à quelques-uns d'entre vous, vous indiquer quelques petits points de pratique qui pourront vous mettre à l'abri de bien des mécomptes.

***

Dans tout accident du travail, vous vous trouvez en présence de deux tarifs à appliquer :

a) le tarif Dubief ;

b) le tarif ouvrier local.

Quand devons-nous appliquer le tarif Dubief ?

Dans tous les cas, prétendent les assureurs.

Dans un seul cas, répond la loi : c'est lorsque le blessé *a choisi son médecin*.

Dans ce cas, et dans *ce cas-là seulement*, le patron n'est tenu, pour le règlement des honoraires dont la *loi le rend responsable*, que jusqu'à concurrence du tarif Dubief.

Dans tous les autres cas, c'est le *tarif ouvrier local* qui est applicable et qui est maintenant appliqué par toutes les juridictions, quand nous avons soin de prendre, contre les traquenards que nous tendent les compagnies, les précautions nécessaires.

Et ces précautions sont bien simples. Le plus souvent, l'accidenté vous arrive muni d'un bulletin de visite, soit libellé sur papier libre, soit avec en-tête d'une compagnie d'assurances, mais *toujours revêtu de la signature de l'employeur*. Vous avez ainsi en mains la preuve que vous avez bien été mis en œuvre par le patron, et c'est à lui, à *lui seul*, que vous devez adresser certificats, rapports et toutes communications.

Si la compagnie, comme il arrive fréquemment, vous écrit pour vous demander un rapport supplémentaire, adressez toujours ces pièces à l'employeur, le seul que vous ayez à connaître, et qui les transmettra à qui de droit.

Il en est de même, bien entendu, pour la note des honoraires que vous établissez conformément au tarif ouvrier local. Mais, prenez-y garde : que cette note soit entièrement et strictement conforme à ce tarif, qu'elle soit en un mot, *inattaquable*. Elle sera quand même attaquée, soyez-en sûrs, par la Compagnie, mais vous obtiendrez gain de cause, en fin de compte.

Deuxième cas : l'ouvrier se présente à vous ou vous êtes mandé d'urgence auprès de lui, en cas d'accident grave, par exemple, et il ne peut vous remettre de bulletin de visite. Il faut alors, pour vous mettre en règle, employer un moyen, qui ne réussit pas toujours, mais qui a du moins l'avantage de vous fixer sur le tarif que vous devez appliquer.

Voici comment, sur les conseils du *Concours*, je procède dans ces cas : je donne immédiatement au blessé les soins que réclame son état ; puis, au lieu d'établir de suite le certificat exigé par la loi, j'adresse à l'employeur, par l'intermédiaire du blessé, le billet suivant :

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que je viens de donner les premiers soins à votre ouvrier X. Afin que je puisse établir les certificats exigés par la loi, je vous prie de vouloir bien remplir et signer le bulletin ci-inclus.

Libellé du bulletin :

Monsieur X., entrepreneur de.... a l'honneur d'informer M. le docteur Y..., que son

ouvrier Z... vient d'être atteint d'un accident du travail, et le prie de lui donner les soins nécessaires.

Signature.

Huit fois sur dix, je reçois le lendemain mon billet signé.

Si l'employeur en a référé à la Compagnie d'assurances, je ne puis obtenir cette pièce ; mais alors, je sais que je « marche » au tarif Dubief.

Telles sont, en substance, les précautions à prendre pour se mettre en garde contre les surprises désagréables auxquelles nous expose la pratique des accidents du travail.

Un adjuvant fort utile consiste encore à faire usage des imprimés du *Concours médical* : certificats, ordonnances et notes d'honoraires ; pour bien des gens, patrons aussi bien qu'ouvriers, un imprimé a quelque chose d'impressionnant.

Est-ce à dire, mes chers confrères, que cette ligne de conduite vous met sûrement à l'abri de tout ennui, de tout mécompte ? Ce serait vraiment trop beau ; avec les Compagnies d'assurances, on n'saurait jamais tout prévoir. Même quand elles ne nous contestent pas de trop modestes honoraires, elles cherchent encore à nous créer toutes sortes de difficultés pour nous les régler, certaines d'entre elles du moins, dont il nous faut, de temps à autre, rappeler les représentants aux convenances.

Tout n'est pas rose, vous le voyez, mes chers confrères, dans la pratique des accidents du travail. Aussi j'appelle de tous mes vœux la réalisation de ce rêve, la *suppression des assureurs*, en ce qui concerne, du moins, les frais médicaux et pharmaceutiques et *l'assurance directe* des patrons par un groupement médical, Syndicat local ou fédéral — et j'espère vivre assez pour applaudir à ce nouveau succès de nos vaillantes ligues de défense professionnelle.

L. Oudaille.

REPORTAGE MÉDICAL

Hôpitaux de Bordeaux. — L'administration des hospices a adressé à ses chefs de services la lettre suivante :

Monsieur le docteur,

Des abus nombreux résultent de l'introduction de personnes occupant des situations extra-médicales et para-médicales dans l'hôpital Saint-André. L'administration a été l'objet de diverses réclamations à ce sujet. Elle est disposée à prendre des mesures pour faire cesser le désordre que produit, le matin, dans l'hôpital, notamment à l'heure de votre visite, le mouvement des personnes étrangères à la médecine et aux hôpitaux.

La Commission pense qu'elle peut compter sur votre concours et que vous n'hésiterez pas à vous associer aux mesures qu'elle va prendre en vue du maintien du bon ordre dans l'hôpital, plus particulièrement dans l'intérêt des malades.

L'autorité très légitime dont vous jouissez dans votre service vous permet d'intervenir plus utilement que l'administration pour interdire l'accès de vos salles à toute personne étrangère.

Nous avons l'honneur, en conséquence, de vous prier de vouloir bien nous aider dans l'exécution des dispositions de discipline intérieure que nous avons l'intention de prescrire et qui vont être portées par voie d'affiches à la connaissance du public et de notre personnel.

Veuillez agréer, monsieur le docteur, l'assurance de nos sentiments les plus distingués. — Pour la Commission : *Le vice-président*, Lande.

Une fâcheuse publicité. — L'assassinat du malheureux Thain, le garçon de recettes de Lille, a produit dans toute la région du Nord une vive émotion, et la presse locale, pour satisfaire la curiosité publique, a dû donner les plus abondants détails touchant les circonstances du crime, la personne de l'assassin et celle de la victime. S'il y a eu excès dans cette information, la faute en est, cette fois encore, au public qui veut être renseigné, autant qu'aux journaux qui lui donnent ce qu'il demande. Mais voici quelque chose de nouveau, où l'abus est éclatant par le fait de ceux qui devraient conserver aux opérations de justice leur discrétion et leur dignité nécessaires. L'autopsie du malheureux Thain a été ordonnée : elle a été pratiquée à l'amphithéâtre de la Faculté de médecine, et on a pu en lire, dans un journal de Lille, le compte rendu minutieux. Le juge d'instruction, M. Delalé, avait en effet admis dans l'amphithéâtre les membres de la presse. Le même journal a soin d'énoncer que M. Delalé n'avait admis que... « les étudiants de quatrième année et les membres de la presse ». On s'étonnera de cette restriction ; pourquoi faire son choix ? Pourquoi ne pas laisser entrer tout le monde ? Du moment que le juge conçoit que cet acte de l'instruction comporte la publicité, pourquoi veut-il la limiter ? Pourquoi, enfin, n'offre-t-il pas à tous le régal de suivre, de leurs yeux, l'opération, au lieu de ne leur laisser que le plaisir, du reste assez émouvant, de lire des phrases comme celle-ci : « Le cadavre, entre parenthèses, est bien « conservé... Après avoir sectionné la peau, on « constate que... Après avoir enlevé la calotte osseuse, on voit le cerveau... On dissèque, ensuite, « plan par plan, le cou... » Rien n'est oublié, et le médecin légiste ne fournira pas au juge un rapport plus complet que cet article de journal. Est-ce là ce que veut la loi, ce que permet le respect de la mort et de la douleur, ce qu'exige le devoir du magistrat instructeur ? C'est exactement le contraire. Un tel article peut tomber sous les yeux d'un parent de la victime et ajouter à son chagrin celui d'une profanation. Si la loi a estimé qu'on pouvait toucher au corps d'une victime d'assassinat, c'est dans le seul intérêt de la justice, et non pour apaiser une malsaine curiosité. Le juge sait tout cela ; il dépend de lui que l'opération des médecins légistes conserve son caractère, et il est donc coupable d'avoir toléré qu'elle fût ainsi transformée. Du moins, nous paraît-il indispensable de protester contre une telle pratique, pour que les autorités judiciaires les proscrivent rigoureusement. (*Les Débats*).

Est-il besoin d'ajouter que nous nous associons pleinement à cette protestation contre un acte d'indiscrétion professionnelle particulièrement révoltant qui met en fâcheuse posture une magistrature qui.... (Voyez Parlement, mars 1910).

L'abbé médecin. — Sous ce titre, le *Journal* publie l'information suivante :

« Sur la plainte du Syndicat des médecins de l'arrondissement d'Epernay, la police mobile de

Châlons a perquisitionné hier après-midi, chez l'abbé C... Une cinquantaine de bouteilles contenant des remèdes ont été saisies et procès-verbal pour exercice illégal de la médecine a été dressé contre l'abbé.

« Au moment des perquisitions, une vingtaine de personnes attendaient pour la consultation.

« C'est la septième poursuite exercée contre l'abbé C... pour le même délit ».

Vingt personnes attendaient dans le salon ! Et l'abbé en est à sa septième poursuite ! A la huitième, on attendra peut-être dans la cuisine, le salon étant plein.

(*Bulletin Médical.*)

Singulier incident. — La pudique Albion vient encore de faire parler d'elle.

Le premier numéro de 1910 du *Journal de Médecine de Bruxelles* n'a pu pénétrer en Angleterre : un simple employé a jugé qu'un article illustré d'un confrère bruxellois, qui a eu l'honneur d'un rapport à l'Académie de médecine de Belgique, ne pouvait être mis sous les yeux des médecins anglais sans péril pour leur vertu !

Ce journal est revenu avec la mention : « Non admis par l'Office anglais, à cause des illustrations. »

Il s'agissait de planches illustrant une observation d'abouchement congénital du rectum dans le vagin.

C'est grotesque, et mieux vaut en rire que de se fâcher.

Pourtant il faut une protestation unanime de la Presse scientifique pour éviter, à l'avenir, pareille absurdité.

Nous n'hésitons pas à formuler pour notre part la protestation que nos confrères belges attendent de la Presse scientifique.

Gaffe de chat fourré. — Ils en ont parfois de bonnes, au Palais de Justice de Montpellier, et même — si on nous concède cette locution peu usitée dans le langage judidiciaire — d'épatantes !

Un sieur Leens réclamait 100.000 francs de dommages intérêts au Dr Forgues, parce que celui-ci avait commis des imprudences professionnelles ayant causé, sur la table d'opération, la mort de son fils âgé de 20 ans.

L'éminent chirurgien, pleinement conscient du mérite de ses procédés opératoires, introduisit une demande reconventionnelle, dont il modéra d'ailleurs le taux à un franc « mettant sur le compte « d'un moment d'égarement produit par la douleur « le procès à lui intenté par le sieur Leens ».

Le jugement que vient de rendre le Tribunal civil de Montpellier, 1re Chambre, présidence de M. Charignon, déboute le père et accorde au médecin les vingt sous qu'il demandait : c'est parfait.

Mais, il y a plus. Pour laver M. Forgues des appréciations défavorables portées contre lui, la sentence de ces Messieurs de Montpellier s'exprime ainsi :

« ... Attendu en définitive qu'aucune faute pro« fessionnelle n'est relevée contre le Dr Forgues, « qui a opéré le jeune Leens sur la demande du « père, avec l'assistance du médecin traitant et en « s'entourant de toutes les précautions usitées en « pareille matière, *et dont sa situation de Profes« seur à la Faculté de Montpellier lui faisait un de« voir* (sic).... »

Qu'est-ce à dire ? Que faut-il comprendre à cet attendu pour le moins inattendu ?

Serait-ce qu'il existe pour les chirurgiens professant à la Faculté de Montpellier des devoirs auxquels ne participent pas les membres du corps médical, qui exercent leur art avec conscience et dévouement, quoique sans titre exceptionnel

Ou bien le Tribunal a-t-il voulu par là décocher à un plaideur ami une manière de compliment en l'empapillotant dans l'une de ces formules alambiquées, rudes et absconses dont les gens de prétoire ont l'intime secret ? En ce cas, la politesse atteindrait maladroitement à rebours ceux que les juges de Montpellier considèrent sans doute, dans leur haut discernement, comme le *vulgum pecus* de la médecine.

Quoi qu'il en soit, le rédacteur du jugement a eu un coup de plume malheureux Il nous rappelle l'éléphant de la fable qui voulait couver des œufs. Dans son intelligente sollicitude, le volumineux animal s'efforçait de les réchauffer, mais, hélas ! il les écrasa avec son gros derrière. (Dr JULES GARDOL).

VIe Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie (Toulouse, 22-27 septembre 1910). — La VIe session du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie se tiendra à Toulouse, du 22 au 27 septembre 1910, sous la présidence de M. le professeur Kirmisson.

Les présidents de section seront : pour la *Pédiatrie*, M. le professeur Kirmisson ; pour la *Gynécologie*, M. le professeur Hartmann ; pour l'*Obstétrique* M. le professeur Ro vier.

Voici les questions qui seront l'objet d'un rapport, avec le nom des rapporteurs :

Formes aiguës curables de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant : M. Aviragnet.

Eczéma des nourrissons : M. Rocaz.

Ostéomyélite : M. Grisel.

Sténose pylorique des nourrissons : MM. Frédet et Guillemot.

Mégacôlon : M. Patel.

Tumeurs solides de l'ovaire : M. Mériel.

Rapports de la lithiase biliaire avec la grossesse et l'accouchement : MM. Aubebert et Gilles.

Pathogénie et traitement des vomissements graves de la grossesse : M. Fieux.

Des réductions importantes seront consenties, en faveur des congressistes et de leur famille, par toutes les compagnies de chemins de fer français, par les hôtels et restaurants de Toulouse.

D'intéressantes excursions seront organisées, qui permettront de visiter, à prix très réduits, la Cité de Carcassonne et les sites les plus pittoresques des Pyrénées (Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Luz-Saint-Sauveur, cirque de Gavarnie, etc.). Le programme détaillé des fêtes et excursions sera communiqué à la presse et individuellement à chaque souscripteur dans le courant du mois d'avril.

La cotisation est fixée à 20 francs pour les membres titulaires, à 10 francs pour les membres adhérents (femmes ou enfants des titulaires et étudiants en médecine). On peut dès aujourd'hui en envoyer le montant à M. le docteur Gilles, trésorier du Congrès, 12, rue des Couteliers, à Toulouse.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Audebert, secrétaire général du Congrès, 1, place Matabiau, à Toulouse.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIROS
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publicatio iques médicales.

Trente-deuxième année. N° 16 Dimanche 17 AVRIL 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

SOMMAIRE

Les récentes assises médicales.
Le IIIe Congrès des Praticiens..... 331
Association générale des médecins de France.
Assemblée générale..... 333
L'Action des Syndicats médicaux et les élections législatives..... 334
Clinique médicale infantile.
La broncho-pneumonie chez le nourrisson.. 334
La semaine medicale.
La valeur diagnostique de la leucocytose en chirurgie abdominable. — L'électragol..... 337
Revue des sociétés savantes.
Méningite cérébro-spinale. — Parotidite rhumatismale. Sporotricho-e méconnue. Sténose cicatricielle de l'œsophage. Radiothérapie du foie chez les diabétiques..... 338
Formulaire diététique
La diététique des fermentations gastriques..... 339
Bactériologie
Recherches des bacilles d'Eberth dans les selles des typhoïsants et des convalescents de fièvre typhoïde. 340
Ophtalmologie du praticien
Maladies infectieuses de la conjonctive..... 341
Tuberculose.
Notes et impressions thérapeutiques. — Le thiocol.. 343
Chronique professionnelle.
Du danger de remplacer les médecins à monopole... 345
Chronique de la Prévoyance.
Association des médecins français. Séance trimestrielle. La Maison du médecin..... 345
Chronique des accidents du travail
Copie d'une lettre adressée à un expert. — Contre les Cies d'assurances, les tribunaux complices, les médecins experts..... 347
Jurisprudence médicale
Accidents du travail : Cumul du prix de la visite et du prix des interventions. — Validité de l'engagement pris par le remplaçant de ne pas s'installer dans la localité où exerce un confrère..... 348
Correspondance
Le relèvement des honoraires..... 350
Bibliographie..... 351
Reportage médical..... 352

LES RÉCENTES ASSISES MÉDICALES

LE IIIe CONGRÈS DES PRATICIENS

Le Congrès des Praticiens vient de se terminer.

Encore qu'il soit peut-être prématuré de vouloir en dégager la philosophie et la portée, il est possible, dès aujourd'hui, en s'inspirant de la physionomie des séances et des différentes interventions qui se sont produites à la tribune sur telle ou telle question, il est possible, disons-nous, de formuler certaines remarques qui s'imposent impérieusement à l'esprit le plus sympathiquement impartial.

Et d'abord, l'ordre du jour était trop, beaucoup trop chargé ; les sujets n'ont pas pu être traités à fond. Les rapporteurs eurent rarement le temps de commenter leur rapport et d'expliquer leurs conclusions et leurs vœux. La discussion qui suivit n'amena pas toujours un éclaircissement suffisant, et il y a lieu de craindre que les votes ne furent pas toujours émis en connaissance de cause.

D'autre part, si ce fut là le Congrès des Médecins praticiens, ce ne fut pas toujours celui des *Médecins pratiques*, ayant une conscience suffisante des réalités et des nécessités.

D'excellentes choses y furent dites, à côté d'observations douteuses. N'avons-nous pas entendu affirmer qu'il fallait ignorer la loi, ou méconnaître l'Etat? Comme si, dans une Société organisée, il n'était pas impossible de ne pas compter avec les institutions qui la régissent, si mauvaises soient-elles ! Ce sont là des boutades, me répondra-t-on, de simples boutades. Sans doute, mais elles sont symptomatiques d'un état d'esprit qui ne tient pas assez compte des contingences.

L'idée la plus haute, celle qui aurait dû dominer tous les débats relatifs aux questions professionnelles, et qui a peut-être trop passé inaperçue, a été exprimée par le Dr Lafontaine au cours de la lecture de son rapport sur les Syndicats médicaux et l'Enseignement. La voici fidèlement résumée :

La Médecine est en voie d'évolution. Le médecin doit évoluer comme elle et s'adapter à la mission que lui tracent les découvertes de la science moderne. Le médecin d'aujourd'hui, et plus encore celui de demain, se trouvent appelés à accomplir une tâche qui diffère totalement de celle qui lui incomba dans le passé.

✦

Tout est là, en effet, et de la façon dont le Médecin comprendra désormais son rôle dépend l'avenir du Corps médical.

Ce rôle, nous n'avons, pour le définir, qu'à appliquer à la médecine civile les mots que M. le médecin-principal Troussaint employa pour préciser la véritable mission de nos confrères de l'armée, en les modifiant à peine.

« Le médecin d'armée est le conseiller techni-
« que du commandement. Il doit l'éclairer sur
« toutes les questions intéressant l'hygiène et
« la santé des troupes .... »

Généralisons : Le médecin est le conseiller technique des pouvoirs publics. Il doit les éclairer sur toutes les questions intéressant la santé et l'hygiène des populations.

A la médecine curative, qui n'intervient que quand le mal est déclaré, s'oppose désormais de plus en plus la médecine préventive qui cherche, dans une conception éminemment humanitaire, à empêcher son apparition.

Or, la première s'adresse à l'individu, la seconde aux collectivités, familles, quartiers, villes. La première est mise en œuvre à la requête directe et immédiate des intéressés, des malades, la seconde est le fait de l'initiative publique.

Cette initiative se traduit par des lois de défense et de préservation sociale dont l'application a de plus en plus besoin du concours actif du médecin.

Si le corps médical ne prend pas dès aujourd'hui ses dispositions pour apporter aux pouvoirs publics ce concours, cette aide indispensable dans les conditions qui concilient le mieux la nécessité de son intervention avec le souci de son indépendance, c'en est fait de celle-ci, et l'Etat aura vite fait de lui imposer des fonctions qu'il se borne jusqu'à présent à accepter, quand il ne les sollicite pas.

Voilà ce qu'il faut avoir le courage de dire à ceux qui, sans le savoir très certainement, caressent des chimères qui se teintent d'un vague anarchisme.

On nous traite volontiers tantôt de réactionnaires, tantôt de révolutionnaires.

Nous ne sommes ni l'un ni l'autre. Vivant au milieu de praticiens qui sont en même temps nos amis, praticiens nous-mêmes, nous nous efforçons de voir ce qui se passe non seulement dans notre milieu médical, mais autour de nous, afin de prévoir l'avenir dans la mesure du possible et de signaler les dangers qui pourront nous menacer.

Eh bien, de ces dangers, il y en a un qui nous apparaît comme imminent, c'est la *fonctionnarisation de la médecine*, et voilà pourquoi nous crions : « Casse-cou ! »

Dussions-nous être traités d'oiseaux de mauvais augure, nous reprenons pour notre compte la phrase de notre confrère Lafontaine et nous supplions nos confrères, nos amis, de ne pas s'attarder dans un piétinement stérile et dangereux, mais d'évoluer parallèlement aux mœurs et à la science médicale.

Au banquet qui a clôturé le congrès, MM. Gairal, Raymond, Archambaud, Leredde, ont porté des toasts éloquents dans lesquels ils ont de nouveau exalté l'union, la concorde, l'amitié confraternelles.

Les trois délégués étrangers ont remercié, chacun pour son compte et pour le compte du corps médical qu'il représentait au Congrès, de l'accueil bienveillant qui leur avait été fait et ils ont proclamé aussi la nécessité de cette union qui doit dépasser les frontières et s'internationaliser pour le plus grand profit de l'humanité.

Un délicieux concert a suivi et a terminé sur une note gaie ces troisièmes assises des praticiens.

Des chansonniers montmartrois, les Montoya, les Hyspa, les Maurice Héliot, ont apporté le concours de leur talent d'un genre si original et si attrayant. Ils ont été salués de salves répétées d'applaudissements.

Il en fut de même de Mme Scarognina-Courrière, qui a interprété en grande cantatrice plusieurs morceaux de son répertoire et dont la voix chaude et prenante a fait grande impression sur l'auditoire.

Mme Séguin, la seule élève d'Yvette Guilbert, a amusé l'assistance, avec ses chansons qui ont mis en relief ses brillantes qualités de fine diseuse.

Enfin, notre confrère Masson nous a régalés de ses compositions médicales parmi lesquelles la *Marseillaise des Praticiens* a remporté un réel succès.

Nous ne voulons pas terminer sans adresser nos compliments à notre ami Duchesne, qui avait assumé la tâche d'organiser cette partie de concert, et qui s'en est tiré tout à son avantage.

Autour du Congrès.

Une fausse nouvelle. — Le bruit a couru, et la Presse politique s'en est fait un peu trop promptement l'écho, qu'à la suite du Congrès des Praticiens, notre ami, M. le Dr Sorel, de Dijon, pris d'un subit malaise, n'avait pas tardé à rendre le dernier soupir.

Très heureusement pour la famille, les malades et les nombreux amis du Dr Sorel, la nouvelle était fausse.

L'indisposition de notre ami avait été plus que légère, puisque le lendemain, à l'Assemblée des délégués de l'Association générale, il nous apportait, lors de la discussion de la Métropolitaine, l'appui de son intervention.

Dieu merci ! le Dr Sorel se porte à l'heure actuelle à merveille, et à coup sûr beaucoup mieux que l'Agrégation, dont il reste toujours un des plus fougueux adversaires.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

Assemblée générale du 10 avril 1910.

En l'absence de M. le Président Lereboullet, trop souffrant encore pour pouvoir affronter la fatigue d'une assemblée générale, la séance est présidée par M. le Professeur Lande, entouré des membres du bureau de l'A. G.

Avant toute discussion, l'Assemblée générale a tenu à adresser à M. Lereboullet l'expression de toutes ses sympathies et a chargé le Président Lande de lui porter ses vœux pour son prompt rétablissement.

M. le Trésorier a lu son rapport sur les comptes de l'Association qu'elle a souligné de ses applaudissements ; puis, après l'approbation définitive des comptes de l'exercice 1908-1909, a voté les pensions nouvelles que lui proposait le conseil général.

Les élections pour le renouvellement partiel du Conseil général ont suivi. Ont été élus : MM. Zipfel (de Dijon), Jeanne, Maurat (de Chantilly), Noir, Bellencontre, Smester et Richard-Lesay (de Lille).

La discussion des diverses questions contenues dans le rapport de M. le secrétaire général Lepage a suivi, discussion d'autant plus chaude que jamais assemblée générale n'avait compté un nombre de membres aussi considérable.

Sur la question du vœu des Landes, renvoyé aux sociétés locales par l'Assemblée générale de 1909, celle-ci a voté l'ordre du jour présenté par M. le Dr Zipfel (de Dijon), ordre du jour qui, allant plus loin que la simple question préalable acceptée par le Conseil, constitue un blâme évident adressé à ce dernier au sujet de sa campagne contre la « *Prévoyance Médicale* ».

Les conclusions du rapport ont été votées en ce qui concerne l'exercice de la médecine par les pharmaciens munis du diplôme de docteur en médecine et exerçant dans leur officine simultanément les deux professions.

La question du relèvement des honoraires des expertises médico-légales étant pendante devant la Société de Médecine légale et devant recevoir de cette Société une solution prochaine, conformément au rapport de M. le Professeur Thoinot, le Conseil général est invité à s'inspirer des conclusions qui seront adoptées pour donner satisfaction au vœu de la Société de l'Aveyron.

Est renvoyé aux sociétés locales le vœu de la Société de Vitry-le-François (Marne) sur l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens et sur les réclames pharmaceutiques.

La question des retraites de droit à 60 ans (vœu de la Société de la Drôme et de l'Ardèche) est renvoyée pour étude approfondie au Conseil général qui seul a les moyens de donner une solution pratique. Il n'échappera à personne que l'étude de cette grosse question peut conduire à une refonte complète du rôle et du mécanisme de l'Association Générale et des statuts des Sociétés unies. Tout l'avenir est peut-être là, et nombre de délégués nous ont dit avoir ainsi compris la portée de ce vote qui engage sans doute des travaux de longue durée.

L'Assemblée adopte à l'unanimité le vœu de la Société de la Seine-Inférieure sur les soins gratuits donnés à des fonctionnaires.

Adopté également le vœu de la Société de la Haute-Garonne sur la question des pharmaciens docteurs en médecine, en ce qui concerne leur *non* participation aux services médicaux publics. Sur le projet de création d'une filiale-décès (vœu de la Société des Alpes-Maritimes), même vote que pour la question des retraites à 60 ans, le Conseil général pouvant seul donner un avis éclairé.

Sur la nomination, la durée des fonctions et la révocation des médecins et chirurgiens des hôpitaux de province (vœu de la Société de l'Allier), l'Assemblée s'en réfère aux décisions votées en 1909 sur les propositions de M. le Dr Maunoury.

Le Conseil général est invité, sur la question du Secours immédiat et de l'Assistance par le travail, à appeler l'attention des sociétés locales sur l'intérêt qu'il y a pour elles à entrer en pourparlers avec les autres groupements médicaux pour la constitution de caisses régionales indépendantes à fédérer autour d'un comité central actuellement constitué.

Restait enfin la question du refus par le Conseil général d'agréger la Société métropolitaine, question soulevée par la Société de l'Oise ; l'Assemblée générale l'a solutionnée par le vote de l'ordre du jour suivant présenté par M. le Dr Maurat :

« L'Assemblée générale, désapprouvant le re-
« fus opposé à la demande d'agrégation de la
« Société Métropolitaine, est d'avis qu'il y a
« utilité, pour le développement de l'Association
« Générale et de ses caisses-annexes, de modifier
« les statuts, notamment en vue de la formation
« d'une seconde Société agrégée dans le dépar-
« tement de la Seine ».

De toutes ces questions et du désir exprimé par un membre de voir augmenter au Conseil général la proportion des membres de province,

semble résulter qu'une étude consciencieuse des statuts de l'A. G. est nécessaire en vue d'une révision qui rajeunisse l'Association et la mette plus en harmonie avec les besoins de notre époque.

Au banquet qui a suivi, des toasts bien inspirés ont effacé l'impression de gêne qu'avaient créée les luttes oratoires de l'après-midi et les polémiques de l'exercice clos. L'orage passé, le dernier mot est resté à la cordiale confraternité.

L'ACTION DES SYNDICATS MÉDICAUX

et les Elections législatives.

Nous commençons à recevoir des nouvelles de l'effet produit par l'action des syndicats pour les élections législatives. Nous apprenons, par exemple : que dans la Loire, notre confrère le Dr Laurent, député sortant et candidat dans la 1re circonscription de *Roanne* a donné le premier le bon exemple en s'engageant à soutenir des intérêts dont il s'est déjà fait le vaillant défenseur.

Il a été imité, à *Montbrison*, par M. Chialvo, candidat dans la première circonscription de cette ville.

Dans le Loiret, *arrondissement de Montargis*, M. le Dr Vazeilles, député sortant, et M. Prosper Germain, nouveau candidat, ont pris le même engagement, tandis que M. René Weil n'avait pas répondu à la date du 13 avril à la lettre du Syndicat de Montargis.

Dans la Saône-et-Loire (circonscription de *Louhans*), le Dr Guimet, de la Varenne-St-Sauveur, a demandé catégoriquement aux candidats, dans une réunion publique, s'ils s'engageaient à défendre le libre choix du médecin.

M. Henri Maitre, un des candidats, n'a fait aucune difficulté pour prendre cet engagement. M. Petitjean, député sortant, a cherché à se dérober, mais pressé par notre confrère, a refusé de répondre affirmativement, comme en fait foi le compte-rendu publié dans le journal, la *Démocratie Louhannaise*, du 10 avril 1910.

Dans l'Allier (arrondissement de *La Palisse*), M. Paul Vexemat, de Vichy, candidat, a accepté la défense du libre choix.

Dans la Nièvre, nos confrères nous demandent d'urgence des formules d'adhésion.

Dans la Dordogne, le Syndicat médical poursuit la campagne avec activité.

A Paris, nous avons, à ce jour, reçu les engagements suivants que nous publions par ordre de réception :

XVe Arr. — MM. Adolphe Cherioux, conseiller municipal et Bertrand d'Aramon, candidats dans la 2e circonscription, MM. Em. Chauvière, député sortant et Paul Aubriot, candidats dans la 1re circonscription.

Ve Arr. — MM. Auffray, Painlevé, et Gustave Tillié, (candidats dans la 1re circonscription, M. de Moro-Gaffieri candidat dans la 2e circonscription. M. Ch. Gras, autre candidat a répondu en faisant des réserves au sujet de l'Assistance médicale.

XVIIIe Arr. — M. Marcel Sembat, député sortant (1re circ., MM. J. Ch. Bernard, Paul Chartrand, Robert Moutillot, et Bussat (2e circ.)

IXe Arr. — MM. Paul Escudier, conseiller municipal, et Georges Berry, député sortant.

Xe Arr. — M. Tournade, député sortant.

Nous sommes convaincus qu'au cours de la semaine nous recevrons un nombre considérable d'adhésions. En tous cas, nous engageons vivement tous nos amis et nos lecteurs à les solliciter.

Des formules sont à la disposition de tous ceux qui nous en feront la demande :

A l'Union des Syndicats médicaux de France (28, rue Serpente) ;

Au Syndicat des Médecins de la Seine (28, rue Serpente) ;

Aux bureaux du *Concours médical* (23, rue de Dunkerque).

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le Prof. agrégé Nobécourt.

La broncho-pneumonie chez le nourrisson.

La pathologie de l'enfance, comme celle de l'adulte d'ailleurs, varie suivant les périodes de l'année. En attendant que les mois d'été nous apportent des affections du tube digestif, nous avons encore dans le service de nombreux cas de maladies des voies respiratoires.

Voici un petit enfant de 10 mois, entré dans nos salles il y a cinq jours. Son affection a débuté brusquement par de la fièvre, de l'anorexie. Il avait 39° le jour de son admission, puis sa température est tombée à 38°5, à 38°. Nous trouvons actuellement chez lui, en l'examinant, des signes de broncho-pneumonie dont je vous reparlerai.

Je vous disais que nous avons eu, ces temps-ci, toute une série de maladies des voies respiratoires, à types divers. Il s'est agi, quelquefois, de simples poussées congestives. Nous nous sommes arrêtés tout à l'heure au lit d'un nourrisson soigné depuis trois semaines pour de la diarrhée. Aujourd'hui, nous constatons à l'auscultation de sa poitrine, au sommet droit, une inspiration rude, sèche, un peu soufflante, indice d'un petit foyer congestif. Cette poussée peut être passagère, ne plus exister demain, mais elle peut être aussi le premier stade d'une broncho-pneumonie. Le hasard fait donc qu'aujourd'hui chez nos deux petits malades, vous pouvez as-

sister à deux étapes, l'une congestive, l'autre d'affection confirmée, de la broncho-pneumonie.

La broncho-pneumonie se traduit par un ensemble de symptômes assez variables, permettant de décrire à la maladie plusieurs types cliniques. L'affection varie d'abord avec l'âge du sujet. Elle n'est pas la même chez les nourrissons de la crèche et chez les enfants d'un an, un an et demi, ou chez les enfants plus âgés. Après deux ans, la broncho-pneumonie est plutôt secondaire que primitive et elle succède à la rougeole, à la coqueluche. Je ne veux vous parler dans cette leçon que des broncho-pneumonies des tout petits.

Elles apparaissent d'une façon primitive, pas tout à fait cependant, puisqu'elles ont pour point de départ une infection. L'infection originelle siège au niveau du nez, du cavum, d'où elle gagne les bronches et les alvéoles pulmonaires. C'est la marche habituelle, progressive, descendante de l'infection. Cette marche est la règle, mais elle n'est pas absolument constante. Souvent elle brûle les étapes : il y a un peu de coryza, à peine de bronchite, et d'emblée le poumon est atteint. Vous en comprenez facilement les raisons si vous connaissez l'anatomie et la physiologie pathologique de cet âge. Chez le nourrisson, il n'y a pas un long parcours entre les fosses nasales et les poumons, et les défenses respiratoires sont beaucoup moins bonnes que chez les sujets plus grands. Ces défenses, ce sont en premier lieu le nez et le pharynx. Les sécrétions nasales sont moins actives. Le pharynx est moins actif également, le tissu lymphoïde réagissant moins bien chez ces tout petits. Le nourrisson n'a guère d'angines. C'est seulement à partir d'un an et demi ou deux ans que le tissu lymphoïde du pharynx entre en jeu, se défend, d'où les angines. La première barrière de protection est donc facilement franchie.

Il est, de plus, des particularités favorisantes. L'enfant ne sait pas cracher. Sa toux est atténuée. Nous trouvons souvent chez les nourrissons des broncho-pneumonies avec peu de toux. L'encombrement respiratoire est, dans ces conditions, facile, d'autant que les voies aériennes sont petites, et la puissance défensive de la muqueuse plus faible. En un mot, sont réunies là une série de raisons qui favorisent la propagation de l'infection aux extrémités de l'arbre respiratoire.

Les symptômes généraux varient selon le terrain et les germes.

Le terrain joue un rôle. Chez les nouveau-nés de quelques semaines, chez les nourrissons mal alimentés, athrepsiques, en état de moindre résistance, vous constaterez des broncho-pneumonies sans grande fièvre, avec 38°, 37°. Il est commun de voir, à cet âge, des affections graves des voies respiratoires qui restent apyrétiques ou sont à peine fébriles. On peut aussi en observer chez les sujets plus âgés, mais plus l'enfant grandit, plus il fait des réactions thermiques accusées. Il y a tous les degrés entre les faibles réactions des cachectiques et celles des enfants plus grands qui se défendent.

Le pouls est en rapport avec la fièvre. Toutefois le pouls offre ici moins d'intérêt que pour l'adulte. Il est normalement fréquent chez le nourrisson, qui a 100 à 110 pulsations à la minute. Le pouls s'élèvera à 120, 130, sans que cela présente une grande importance.

Ces symptômes généraux s'accompagneront d'abattement, parfois d'agitation, d'insomnie, lorsqu'il s'agit d'enfants plus vigoureux.

Passons à la recherche des symptômes fonctionnels, la toux, la dyspnée. Les tout petits enfants ne toussent pas, les autres un peu. La toux est sèche au début, puis grasse. Je n'ai pas besoin de dire que les nourrissons ne crachent pas : les mucosités sont dégluties et c'est souvent en explorant les matières fécales qu'on les trouve.

La dyspnée est également un symptôme variable. Chez notre petit patient, vous constatez de la dyspnée : la respiration est fréquente et il y a un certain degré de tirage, de dépression sus et sous-sternale. Le battement des ailes du nez est aussi un indice de gêne respiratoire.

Vous verrez des enfants qui ont une dyspnée intense, comptant 50, 60 respirations parfois à la minute. A côté de ces enfants, il en est d'autres, les petits, les débiles, qui ne réagissent pas. Il n'y a pas toujours du tirage ; c'est alors le battement des ailes du nez qui attire l'attention. Tout ceci vous montre qu'il ne faut pas se fier aux symptômes généraux et fonctionnels. Quand il n'existe pas de dyspnée ni de toux, on ne doit pas éliminer pour cela la broncho-pneumonie.

La toux n'est généralement pas rauque, pas éteinte. La toux rauque ou éteinte indique une infection cantonnée au larynx, une laryngite.

Certains de ces malades ont des troubles nerveux. Il vous arrivera d'être appelé auprès d'enfants atteints de broncho-pneumonie parce qu'ils ont eu des convulsions. Les convulsions sont un mode de réaction du système nerveux à cette période de l'existence. Vous pourrez trouver aussi de la raideur de la nuque, de la raideur des membres, le signe de Kernig, avec légère réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien.

J'arrive aux signes physiques. Le plus ordinairement, vous les constaterez aux régions postérieures et c'est là où doit porter principalement l'examen. Les signes observés ne permettent pas de décrire à la maladie un type unique, mais au contraire plusieurs types.

Dans le cas le plus simple, vous notez une légère diminution de la sonorité à la percussion, au

niveau d'une base habituellement. L'auscultation révèle quelques râles de bronchite et en un point une respiration un peu rude et une bouffée de râles sous-crépitants indiquant une inflammation des petites bronches et des alvéoles pulmonaires. Ce n'est pas le râle crépitant de la pneumonie, c'est le râle sous-crépitant, que l'on entend à l'inspiration et à l'expiration. Donc, légère modification de la sonorité, bouffée de râles perçus un jour en un point et pouvant se montrer un autre jour en un autre point. Il y a toujours un élément congestif joint à l'élément inflammatoire. Cette forme s'observe chez les petits nourrissons, les débiles.

Chez les enfants plus grands, les symptômes sont plus marqués. On trouve en un ou plusieurs endroits du thorax une diminution de la sonorisé, une submatité indiquant des foyers de condensation pulmonaire. A l'auscultation, on entend souvent, d'abord, des râles de bronchite. On entend ensuite, au niveau des foyers, du souffle, mais un souffle qui n'a pas l'intensité du souffle tubaire, un souffle plus doux, inspiratoire et expiratoire. Avec le souffle, on note un retentissement plus marqué du cri, et des râles sous-crépitants. On constate ces foyers en un, deux, trois points. Les signes physiques ont une grande mobilité du fait de l'élément congestif associé, qui joue un grand rôle.

Tels sont les deux types principaux de broncho-pneumonie rencontrés chez les nourrissons. Il vous arrivera quelquefois d'observer un troisième type, consistant en un foyer plus important. C'est la broncho-pneumonie pseudo-lobaire, dont on voit de véritables épidémies, dans la grippe par exemple. Elle se rapproche de la pneumonie. Comme la pneumonie, la broncho-pneumonie pseudo-lobaire relève du pneumocoque. Le début de la maladie est brusque. La fièvre monte à 39°, 40°, et se maintient élevée sans grandes irrégularités. La température, toutefois, n'a pas la même tenue que dans la pneumonie lobaire. Dans la forme pseudo-lobaire, la fièvre a des écarts plus grands du matin au soir. Et puis, tandis que, dans la pneumonie, la fièvre tombe au 5e, 6e, 7e jour, dans la broncho-pneumonie pseudo-lobaire elle est plus prolongée, d'évolution moins réglée. Au point de vue symptomatique, vous constatez en un point du poumon un bloc, donnant un souffle qui se rapproche du souffle tubaire, mais n'est pas le véritable souffle tubaire. De plus, au lieu de râles crépitants secs, vous entendez des râles sous-crépitants fins. En outre, on constate de la bronchite concomitante et souvent, au lieu d'un foyer unique, un autre foyer. Chez le nourrisson, cette forme de broncho-pneumonie (pseudo-lobaire) est rare.

La broncho-pneumonie évolue de façon variable et, chez les petits enfants, il faut être assez réservé dans le pronostic. Cette affection, avec ses foyers disséminés, n'est nullement réglée, nullement cyclique. Des poussées nouvelles se succèdent qui empêchent de prévoir sa terminaison. Il est donc difficile, presque impossible, d'établir un pronostic. On peut simplement dire approximativement que la maladie sera plus ou moins grave, en tenant compte des symptômes et du terrain, mais on ne saurait en prévoir la suite. De même on ne sait pas ce que va devenir un foyer congestif donné, car il peut être le début d'une broncho-pneumonie. Faites donc des réserves sur l'évolution de la maladie et sa terminaison.

Quant au traitement, vous le dirigerez de la façon suivante. N'insistez pas sur les médications internes, ces jeunes sujets étant très sensibles aux médicaments et leur tube digestif, très délicat, ayant besoin d'être ménagé. Vous pourrez donner du benzoate de soude qui agit sur les voies respiratoires à titre d'antiseptique faible et d'expectorant. Vous en prescrirez 20 ou 25 centigrammes dans un julep et vous pourrez y associer l'acétate d'ammoniaque. Comme antiseptique général, la quinine est indiquée, de préférence le chlorhydrate de quinine ou un sel insipide comme l'euquinine.

Il faut alimenter le petit malade pour qu'il puisse faire les frais de sa maladie. On lui fera prendre par 24 heures 6 ou 7 biberons de lait que l'on coupera avec 1/3 ou 1/4 d'eau bouillie pour ménager le tube digestif.

On doit surtout recourir à la médication externe. En tête se place la balnéation. On ne donnera pas ordinairement les bains froids, ni les bains tièdes, mais les bains chauds. On prend la température toutes les trois ou quatre heures. Toutes les fois où elle est élevée, on donne un bain à 37° ou 38°. J'ai insisté longuement sur l'absence fréquente de réaction thermique dans la broncho-pneumonie des nourrissons. Aussi, convient-il de se baser plutôt sur l'état général et sur l'état local. Vous me verrez baigner des nourrissons sans fièvre, parce qu'ils sont dyspnéiques. Tenez compte de l'état général, de l'abattement, ou de l'excitation, pour régler la balnéation, et ayez recours aux bains chauds, comme méthode de choix. Cependant, il ne faut pas bannir d'une façon complète les bains à une température moins élevée. Il vous arrivera de voir des enfants qui ont de la fièvre, des symptômes d'asphyxie. Vous donnez avantageusement alors un bain frais, à 26°, 28°, dont l'action stimulante est plus grande. Toutefois, ces bains frais ont une indication plus rare que les bains chauds.

Les inhalations d'oxygène sont utiles contre la dyspnée. Mais, il faut faire respirer de hautes doses, de très hautes doses d'oxygène, pour ob-

tenir un résultat. Et puis, comme médication éventuelle, s'il y a dyspnée vive, affaiblissement général, pratiquez des injections d'huile camphrée. Ces petits enfants ne supportent pas toujours bien la caféine ; ne vous en servez que s'il existe des accidents graves et contentez-vous d'une façon habituelle de l'huile camphrée.

Quand les voies respiratoires sont encombrées, on emploiera les enveloppements frais ou ouatés. S'il n'y a pas de température, ayez recours à l'enveloppement ouaté, qui fait révulsion. S'il y a de la fièvre, un encombrement respiratoire assez intense, s'adresser à l'enveloppement humide frais, à 28°.

Vous appliquerez ce traitement avec minutie, car il est efficace. La thérapeutique n'est pas si riche de traitements efficaces qu'on puisse les négliger.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

LA SEMAINE MÉDICALE

La valeur diagnostique de la leucocytose en chirurgie abdominale.

Il y a deux ans déjà, MM. les Drs Paul PETIT-DUTAILLIS et ARACTINGI ont publié, dans la *Gynécologie*, une étude sur la valeur diagnostique et pronostique de la recherche de la leucocytose en chirurgie abdominale.

La courbe leucocytaire l'emporte souvent de beaucoup sur le relevé de la température et du pouls ; il leur paraît indispensable de comprendre dans cette courbe tous les éléments de la formule leucocytaire et particulièrement le pourcentage des polynucléaires neutrophiles. A elle seule, d'ailleurs, la numération globale des leucocytes, suffit le plus souvent, pour déceler l'infection, pour en suivre de près la marche, pour démontrer l'existence d'un abcès, son degré de virulence, la rétention du pus après ouverture du foyer, etc. C'est une petite opération très facile à faire, qu'il faut absolument généraliser en pratique chirurgicale. « Plus nous avons recours à ce procédé, disent MM. Petit et Aractingi, plus nous lui gardons notre confiance, car, en ayant usé dans un grand nombre d'autres cas, où les moyens du diagnostic traditionnel se trouvaient insuffisants, *pas une seule fois nous ne l'avons trouvé en échec.* Il s'en faut cependant qu'à l'heure actuelle, dans les services les mieux tenus, « la courbe leucocytaire voisine le plus souvent avec le relevé du pouls et de la température », ainsi que le demandait l'un de nous au dernier Congrès de Chirurgie, à propos de la discussion « sur les soins préopératoires de la chirurgie abdominale ».

L'électrargol.

Les métaux colloïdaux électriques et en particulier l'électrargol a déjà rendu d'inestimables services dans la thérapeutique des affections microbiennes et infectieuses.

M. Nascimentos Gurgel, de Rio-de-Janeiro, a relaté récemment à la Société de Méd. et de chir. l'observation remarquable d'une enfant de 4 ans atteinte de pleurésie purulente ayant été ponctionnée à 4 reprises différentes et chez laquelle 5 injections intra pleurales de 10 cc. et de 5 cc. d'électrargol arrivèrent rapidement à une complète guérison.

M. Jos. Godart a fait, à la Polyclinique de Bruxelles, une communication sur l'efficacité des injections d'électrargol à la dose de 6 centimètres cubes, chaque jour, dans le cas de péritonite aiguë, dans les ruptures de pyosalpinx, dans les laparotomies laborieuses avec crainte de complications péritonéales.

Enfin, M. Michael Spitzer, assistant de la clinique du professeur Singer, de Vienne, a fait une longue étude du traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'électrargol.

« L'électrargol, dit M. Spitzer, est présenté sous différentes formes : 1° en pommade, 2° en solution en flacon de 100 cc., 3° en ampoules de 5 à 10 cc. dont le contenu est employé en injections intramusculaires ou intraveineuses. Nous avons employé les trois formes d'administration, mais plus souvent l'injection intraveineuse ».

« A cause des difficultés techniques et de l'asepsie méticuleuse qu'exige cette méthode qui, à côté de cela, doit être considérée comme la plus active, on comprend facilement que son emploi méthodique soit plutôt limité aux hôpitaux et aux sanatoriums ; car pour son emploi dans la pratique ordinaire, les précautions nécessaires manqueraient souvent. »

Le mode d'administration le plus facile est l'injection intramusculaire. Par cette voie, l'électrargol agit peut-être plus lentement qu'avec l'injection intraveineuse, mais elle est cependant beaucoup plus aisée.

Il est toutefois nécessaire d'ajouter cette rectification : qu'au siège de l'injection quelques douleurs peuvent parfois se manifester. Aussi, M. SPITZER a-t-il donné la préférence à l'injection intraveineuse.

La dose habituellement employée est de 5 cc. en injections intra-veineuses quotidiennes. Les douleurs cessent dès les premières injections et la moyenne de temps nécessaire à la guérison, selon la gravité, varie entre 15 jours et 4 semaines.

Signalons d'une manière toute particulière que, sous l'action de l'électrargol, les cas graves d'endocardite ont été considérablement améliorés, sans laisser de lésions valvulaires. Si ce fait était remarqué de façon constante dans toute une série d'observations, l'on devrait placer l'électrargol bien au dessus des préparations salicylées, dont l'emploi est impuissant à faire baisser le pourcentage des lésions valvulaires consécutives aux crises de rhumatisme.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Prophylaxie de la méningite cérébro-spinale. — Parotidite rhumatismale. — Sporotrichose méconnue pendant deux ans. — Sténoses cicatricielles de l'œsophage ; tuberculose de l'œsophage. — Irradiation du foie chez les diabétiques.

M. SCHNEIDER expose à la *Société médicale des hôpitaux* le résultat de ses recherches sur la *prophylaxie de la méningite cérébro-spinale*.

Il est actuellement bien établi, dit-il, que la propagation de la méningite cérébro-spinale épidémique est surtout due aux « porteurs sains de méningocoques. » Les porteurs sains, hébergeant le microbe spécifique au niveau de leur rhino-pharynx pendant un temps variable, en moyenne dix jours, parfois des semaines, sont beaucoup plus dangereux que le malade auprès duquel ils ont recueilli le germe morbide. La prophylaxie de la méningite cérébro-spinale devra donc rechercher et dépister ces porteurs sains de germes. Mais comment les rendre inoffensifs ?

L'auteur s'est adressé, pour cela, à la méthode de désinfection du naso-pharynx proposée par MM. Vincent et Bellot, méthode qui consiste en badigeonnages bi-quotidiens des amygdales et du rhino-pharynx avec la glycérine iodée au trentième, gargarismes fréquents avec l'eau oxygénée diluée au dixième, inhalations de trois minutes, renouvelées de quatre à cinq fois par jour, du mélange suivant, tiédi pour favoriser le dégagement des vapeurs :

Iode.....	20 grammes
Gaïacol.....	2 grammes
Acide thymique..	0 gr. 25
Alcool à 60°.....	20 grammes.

M. Schneider a pu constater l'absence de méningocoque dans le nez et le pharynx, dès le quatrième jour, chez les sujets ainsi traités. Sa statistique porte sur un nombre de cas assez élevé.

— MM. COURTOIS-SUFFIT et BEAUFUMÉ rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* 3 observations, dont deux personnelles, de *parotidite rhumatismale*.

La parotidite est une complication rare du rhumatisme. Elle survient dans le cours même de l'accès de rhumatisme articulaire aigu, et revêt la forme fluxionnaire ou congestive des parotidites des maladies infectieuses. La durée de la fluxion est courte et la résolution complète survient en trente-six heures, trois jours, cinq jours. Elle semble parfaitement justiciable du traitement spécifique par le salicylate de soude.

— A la *Société médicale des hôpitaux*, MM. DANLOS et FLANDIN relatent l'histoire d'une malade qui fut soignée pendant deux ans, tant à l'hôpital qu'en ville, pour des lésions cutanées et sous-cutanées de *sporotrichose méconnue*. On appliqua les traitements les plus divers sans succès, jusqu'au jour où le diagnostic véritable fut posé. Le diagnostic fut établi par la culture, l'intradermo-réaction et la réaction de fixation, tous procédés dont la valeur paraît éprouvée. La médication iodurée, 2 grammes, puis 4 grammes d'iodure par jour, amena une amélioration très rapide.

— M. GUISEZ présente à la *Société médicale des hôpitaux* une étude : 1° sur les *sténoses cicatricielles spontanées de l'œsophage*, et 2° sur la *tuberculose de l'œsophage*.

L'auteur a traité cinq malades atteints de sténose cicatricielle — paraissant spontanée — de l'œsophage. L'examen œsophagoscopique montra un rétrécissement dû à du tissu cicatriciel (reconnaissable à son aspect blanc-grisâtre, à sa surface lisse et à sa consistance dure). L'orifice de la lumière œsophagienne était toujours central, contrairement à ce qu'on voit dans les rétrécissements causés par les caustiques où il est le plus souvent excentrique, les lésions des brûlures étant généralement plus marquées sur une des parois que sur l'autre. L'histoire pathogénique de ce malade ne révéla aucune cause apparente de sténose cicatricielle, ni déglutition de caustique, ni déglutition de corps étranger, ni plaie, ni symptômes d'ulcère simple. M. Guisez considère ces lésions comme la suite d'un processus d'œsophagite chronique, consécutive elle-même à un spasme œsophagien.

Le diagnostic se pose grâce à l'œsophagoscopie, qui seule permet de préciser la nature de la maladie. Quant au traitement, il consiste en cathétérisme dilatateur. On passe d'abord avec une bougie filiforme ; puis on augmente progressivement et assez rapidement le calibre de la bougie. L'électrolyse circulaire à l'aide de bougies électrolytiques assouplit beaucoup ces rétrécissements et empêche la sténose de se reproduire.

L'œsophagoscopie a également permis à M. Guisez d'étudier une forme de *tuberculose de l'œsophage* dont il vient d'observer deux nouveaux cas. Les deux malades étaient porteurs d'ulcération tuberculeuse de la portion supérieure de l'œsophage. La dysphagie était violente, atroce même, empêchant toute espèce d'alimentation. La guérison fut obtenue avec l'acide lactique. Cette tuberculose ulcéreuse de l'œsophage est peu fréquente. Elle détermine une dysphagie intense et des symptômes généraux assez marqués habituellement. L'amaigrissement, du fait de l'inanition et des douleurs presque constantes pendant la déglutition, est rapide. Le diagnostic s'établira par un examen œsophagoscopique prudent. Le traitement aura pour base les applications d'acide lactique.

— MM. AUBERTIN et BORDET communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur les modifications de la glycosurie diabétique produites par l'*irradiation du foie*.

MM. Ménétrier, Touraine et Mallet ont montré, il y a quelques mois déjà, que les rayons

X, appliqués exclusivement sur la région hépatique, produisent chez certains diabétiques une augmentation rapide et notable de la glycosurie, suivie d'une diminution de cette glycosurie. Chez un de leurs malades, dont le sucre urinaire se maintenait aux environs de 12 grammes par jour, MM. Aubertin et Bordet ont essayé les effets de l'irradiation du foie. Le résultat a été positif, après la première application du moins, le sucre s'étant élevé à 22 gr. et 23 gr. pendant les trois jours suivants. Il s'est produit en pareil cas un phénomène analogue à ce qui se passe quand on irradie un leucémique du type myéloïde : après la première séance, la leucocytose est nette, intense, brutale ; après les séances suivantes, elle est irrégulière.

Le malade ayant succombé (à des accidents de tuberculose pulmonaire) quelques semaines plus tard, on constata à l'autopsie une hyperplasie hépatique que l'on peut supposer en rapport avec l'hyperfonctionnement glycoso-formateur exagéré par l'irradiation du foie.

Cette action des rayons X sur le foie diabétique, si elle se confirme, aura peut-être ultérieurement des applications thérapeutiques.

P. L.

FORMULAIRE DIÉTÉTIQUE

La diététique des fermentations gastriques,

Par le docteur Gaston SIGURET,
Médecin-consultant à Saint-Nectaire (Puy de-Dôme).

Les prescriptions alimentaires relatives au traitement des fermentations gastriques peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

I. — PRESCRIPTIONS GÉNÉRALES.

— Faire trois ou quatre repas par jour. Un grand (le déjeuner) et deux ou trois petits.

— Manger à des heures fixes en ayant soin d'espacer convenablement les repas (8 heures, midi, 4 heures et sept heures par exemple).

— Choisir pour salle à manger une pièce suffisamment éclairée, bien aérée, et dont la température soit de 15° à 16° environ.

— Passer une heure au repas de midi — trois quarts d'heure au repas du soir, et quinze à vingt minutes au petit déjeuner et au goûter.

— Manger très lentement ; mastiquer avec soin.

— Boire peu en mangeant.

— Se laver soigneusement la bouche après chaque repas.

II. — ALIMENTS PERMIS.

Pain grillé ; biscottes ; échaudés, en petite quantité.

Boissons : eau pure ; eaux minérales légères, telles que Pougues, Evian, St-Nectaire, source Sachapt ; eau teintée de vin vieux, ou aromatisée avec une tranche de citron ou d'orange ; infusions chaudes (tilleul, camomille, fleurs d'oranger, verveine mélilot....)

Potages maigres au bouillon de légumes avec diverses farines (avoine, maïs, orge, racahout), ou pâtes (tapioca, vermicelle).

Viandes maigres ou dégraissées ; bœuf, mouton, poulet, dinde, veau.

Charcuterie : maigre de jambon, porc froid dégraissé.

Huîtres.

Cuisses de grenouilles.

Poissons maigres, tels que sole, merlan, carrelet, limande, dorade, barbue, rouget, turbot, truite, ombre, perche, carpe, brochet.

Œufs : à la coque, brouillés, pochés, en omelettes.

Légumes : pommes de terre, féculents décortiqués, carottes, chicorée, laitue cuites, haricots verts, petits pois.

Entremets : gâteau de semoules, de riz, flan, gâteaux secs.

Fromages frais, suisse, gervais.

Fruits cuits.

III. — ALIMENTS DÉFENDUS.

Pain frais, mie de pain.

Boissons : lait cru, bière, cidre, vins mousseux et sucrés ; alcool et eaux très gazeuses ou très minéralisées.

Hors-d'œuvre : sauces, épices, vinaigrettes, herbes, raifort, radis noir, etc.

Potages gras.

Viandes grasses, conservées, fumées, marinées, faisandées.

Gibier.

Charcuterie : andouillette, boudin, tripes, porc frais à moins qu'il ne soit complètement dégraissé.

Escargots.

Coquillages : bigorneaux, coques, moules, etc.

Crustacés : langouste, homard, crabes, crevettes, etc.

Poissons gras comme l'anguille, le saumon, l'alose, la tanche, le mulet, le maquereau, le thon, la lamproie, le hareng, etc., les sardines et les truites à l'huile.

Œufs crus ou durs ; omelettes grasses.

Légumes : choux, choucroute, navets, raves, betteraves, cardons, salsifis, féculents non décortiqués ; asperges, champignons, cresson, oseille, truffes et les légumes crus.

Entremets : gâteaux à la crème, au beurre ; pâtes grasses ; pâtes feuilletées, sucre, chocolat, bonbons.

Fromages forts ou fermentés, tels que Chester

Gorgonzola ; camembert, gruyère, parmesan, chèvre, roquefort.

Fruits crus, acides, groseilles, fraises.

Huileux : noix, noisettes, amandes, olives.

Condiments : épices, vinaigre, cornichons.

IV. — MODES DE PRÉPARATION DES ALIMENTS PERMIS.

Viandes : grillées, braisées ou rôties ; toujours très cuites.

Légumes ; cuits à l'eau ou au bouillon de légumes.

Poissons : bouillis.

Dans la préparation des mets, il ne rentrera jamais de graisse ou de beurre, on ajoutera simplement au moment de servir une petite coquille de beurre frais, et une tranche légère de citron.

V. — EXEMPLE DE MENU POUR ADULTE.

Petit déjeuner.

Une tasse de 200 gr. environ de thé léger peu sucré, ou un œuf à la coque, et 100 gr. de pain grillé ou biscottes.

Déjeuner.

200 gr. de boisson.
150 gr. environ de pain grillé.
Un plat de viande de 150 à 180 gr.
Ou 2 œufs ou 1 poisson.
100 à 150 gr. de légumes (frais ou féculents).
Un entremets.
Un fromage ou un fruit.
Une petite tasse d'infusion chaude.

Goûter.

150 gr. environ de thé léger et 100 gr. de gâteaux secs.

Dîner.

150 gr. de boisson.
100 gr. de pain grillé.
Un potage.
Un œuf ou 80 à 100 gr. de légumes.
Fruits cuits.
Infusion chaude.

BACTÉRIOLOGIE

Recherche des bacilles d'Eberth dans les selles des typhoïdiques ou des convalescents de fièvre typhoïde.

Par le Dr GEORGES.

Au début de la fièvre typhoïde, ce sont surtout l'hémoculture et la séro-agglutination de Widal, qui sont appelées à fournir des renseignements de grande importance pratique ; mais à la fin de la maladie et surtout pendant la convalescence, il importe de rechercher le bacille d'Eberth dans les selles, en raison des dangers sociaux que présentent les « porteurs de germes », qui ne cessent de semer la maladie sur leur passage.

Milieu de culture. — Il faut préférer aux milieux de Chantemesse, de Drigalski-Conradi, de Lœffler, la gélose lactosée uchsinée, décolorée par le sulfite de soude : mlieu d'Endo. Cependant mieux vaut employer pour sa préparation la formule de Klinger, car elle expose moins aux insuccès. (BRAUN, *Arch. de méd. mil.*, 1908.)

A deux litres d'eau, on ajoute : 20 grammes d'extrait de Liebig, 20 grammes de peptone sèche de Witte, 10 grammes de NaCl, 80 grammes d'agar-agar.

On cuit le mélange 3 heures dans un courant de vapeur, ou 2 heures à 110°, ou 1 heure à 120°. On filtre sur ouate.

La gélose liquide est neutralisée au papier de tournesol ; on y ajoute :

20 cc. d'une solution stérile de soude à 10 pour 100 ;

20 grammes de lactose ;

10 cc. d'une solution alcoolique fuchsinée ;

50 cc. d'une solution stérile, fraîchement préparée, de sulfite de soude à 10 pour 100.

Le milieu est conservé à l'obscurité dans des flacons ou des ballons de 250 cc. Quand il est fait récemment, il est transparent, couleur marmelade de pomme un peu claire ; il prend assez rapidement une teinte légèrement rosée. Aussi ne faut-il pas mettre en conserve le milieu complètement terminé ; il faut conserver la gélose légèrement alcaline et, au moment du besoin, incorporer, après liquéfaction, le lactose, la solution alcoolique de fuchsine et le sulfate.

Le milieu présente, comme avantages, d'être d'une préparation facile et rapide, d'empêcher la culture de nombreux germes saprophytes de l'intestin, enfin d'être moins coûteux que les autres milieux spéciaux (il revient à 1 fr. 50 le litre)

Ensemencement de la matière fécale. — Si la matière fécale est consistante on la dilue largement avec quelques centimètres cubes d'eau salée physiologique (5 à 10 cc). ; si elle est fluide, on peut l'utiliser de même.

Après dilution et trituration avec un agitateur, on laisse reposer 15 minutes, et on ne prélève que la partie supérieure du liquide. Le bacille d'Eberth, étant très mobile et aérobie, a toujours une tendance à se diriger vers la surface, et ne se sédimente pas comme les cocci ou les bacilles lourds immobiles.

Il convient de faire au moins deux plaques par selles : la première est ensemencée avec deux grosses œses de dilutions fécales ; pour la seconde plaque, une œse est suffisante.

L'étalement régulier de la matière est fait avec un agitateur en verre d'une épaisseur de 0 m. 004, dont la longue portion a 0 m. 16, la petite portion 0,04 et dont l'angle est d'environ 95°. (La petite portion doit être légèrement relevée à son extrémité libre pour ne pas excorier la gélose nutritive au cours des frictions.) L'étalement sur gélose doit être fait avec beaucoup de soin avec cet agitateur, par friction légère dans tous les sens pendant quelques minutes.

Les plaques découvertes doivent être séchées un quart d'heure à l'air libre; puis elles sont mises à l'étuve à 37°, le couvercle en bas, afin que le liquide de condensation ne puisse pas, en tombant sur la gélose, confondre les colonies. Après 12 heures de séjour à l'étuve, la plaque peut être examinée.

Examen des colonies. — Pour qu'une plaque puisse être facilement étudiée, il faut que les colonies ne soient pas confluentes et qu'elles soient bien distinctes.

En raison de la constitution du milieu nutritif, tout germe qui sera producteur d'acide aux dépens du lactose, corps ternaire, fera réapparaître la fuchsine, primitivement décolorée par le sulfate. Les colonies de coli, de bacille pyocyanique, seront mordorées et auront une coloration rouge-sang.

Les germes qui ne feront pas d'acide se présenteront sous l'aspect de colonies transparentes incolores.

C'est le cas du bacille d'Eberth, des bacilles paratyphiques, du bacille fécalis alcaligène, des bacilles de la dysenterie, du vibrion cholérique.

De ce fait la lecture des plaques sera relativement facile. Toute colonie rouge ou rose ne sera pas examinée ; ne seront étudiées que les colonies incolores et transparentes.

Identification des colonies. — Cette opération importante est rendue facile par l'emploi du sérum antityphique agglutinant et par les réactions de culture sur milieux spéciaux.

Après 18 à 24 heures d'étuve à 37°, les colonies d'Eberth sont très petites, très brillantes, d'un diamètre de 1 millimètre. Il est difficile de n'en prélever qu'une parcelle ; le plus souvent la colonie tout entière est enlevée avec le fil de platine. Aussi faut-il l'examiner en goutte pendante sur lame creuse dans de l'eau stérile. Si les bacilles présentent les caractères morphologiques du bacille d'Eberth, on procède d'emblée à l'épreuve de l'agglutination sur lame. Cette épreuve demande 5 minutes, quand le sérum est très agglutinant.

Lorsque cette épreuve est positive, il est de toute nécessité de confirmer le diagnostic par les réactions culturales.

A noter qu'il est facile de préparer dans tous les laboratoires du sérum agglutinant. L'immunisation d'un petit animal, chien ou lapin, par des injections de bacilles d'Eberth tués par la chaleur, est commode à réaliser. Il suffit de prendre une vieille culture en bouillon, de la chauffer à 60° pendant une heure et de l'injecter à l'animal. Deux injections de 5 cc. à 8 jours d'intervalle sont suffisantes pour obtenir, après un mois, un animal dont le sérum agglutine à 1 pour 500.

Identification par les cultures. — Les milieux les plus appropriés pour le diagnostic de l'Eberth, sont : la gélose glucosée à 0,50 pour 100, le petit lait tournesolé de Petruschky et le bouillon glucosé au rouge neutre (formule de Maxgill-Savage).

Ne doit être étiqueté « bacille d'Eberth » que le bacille mobile qui ne trouble pas le petit lait tournesolé, qui ne fait pas de gaz en gélose-glucosée, et qui ne modifie pas la couleur du bouillon au rouge neutre.

Ces réactions sont rapides ; elles sont décisives après 20 heures d'étuve à 37°.

Le petit lait tournesolé est un réactif particulièrement précieux. De tous les bacilles qui sont susceptibles de végéter dans la matière fécale, seuls, le bacille d'Eberth, le bacille de la dysenterie, le bacille paratyphique, ne le troublent pas.

De plus, il permet, par une réaction calorimétrique, le diagnostic des bacilles paratyphiques des types Sacquépée, Conradi et Gaertner, qui donnent au petit lait une belle coloration violette.

Telles sont les différentes épreuves qui permettent d'affirmer si la matière fécale renferme le bacille typhique.

Voici, d'après les recherches de Gérard-Simon (statistique de 870 cas) la fréquence avec laquelle on trouve dans les selles le bacille d'Eberth à des époques plus ou moins éloignées du début ou de la convalescence de la fièvre typhoïde.

8e	semaine.	Résultats	positifs	dans	3,8 00 des cas
9e	—	—	—	3,8	—
10e	—	—	—	2,3	—
11e	—	—	—	1,5	—
12e	—	—	—	0,9	—
13e	—	—	—	1,2	—
14e	—	—	—	0,4	—
15e	—	—	—	0,6	—
16e	—	—	—	0,7	—

Ces données, citées à titre de documentation, montrent toute l'importance de la coprologie clinique pour la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par le Dr F. CHABRUT.

Maladies infectieuses de la conjonctive

Les maladies infectieuses les plus communes de la conjonctive comprennent les conjonctivites *diphtérique*, *trachomateuse* ou *granuleuse* et *blennorrhagique*, la *syphilis*, la *tuberculose* et les *tumeurs malignes*, auxquelles il faut ajouter pour mémoire la lèpre et la variole. Ces deux dernières sont très rares en France.

Un caractère commun à toutes ces infections est l'engorgement des ganglions parotidiens moins utile sans doute à découvrir dans les formes granuleuse ou blennorrhagique, qui ont en dehors de ce symptôme leurs caractères propres, mais de grand intérêt pour la conjonctivite diphtérique ou l'épithéliome, et indispensable au diagnostic de la syphilis primitive ou de la tuberculose.

Ces ganglions sont disposés comme le montre la figure 1 et doivent être recherchés : 1° en avant

du tragus, à la face externe de l'articulation temporo-maxillaire (*ganglion pré-auriculaire*) ; 2° à la face externe sous-cutanée de la parotide (*ganglions parotidiens* proprements dits),

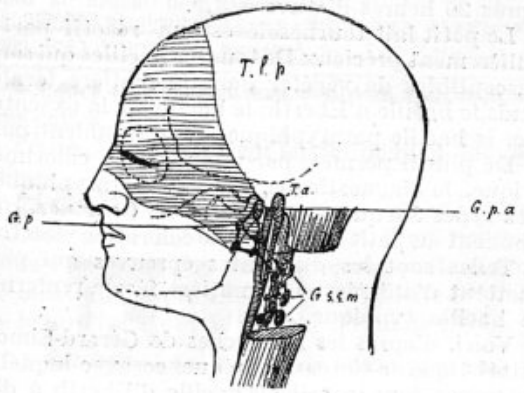


FIG. 1

Cette adénite gagne rapidement le *bord postérieur de la parotide* et la *chaîne sous-sterno-mastoïdienne.*

CONJONCTIVITE DIPHTÉRIQUE. — Comme pour la gorge, le terme *diphtérique* doit s'entendre ici dans son sens morphologique de *fausse membrane*, qui est aussi son sens étymologique, plutôt que dans son sens bactériologique puisqu'il est admis cliniquement que l'on groupe sous cette appellation des affections à fausses membranes bactériologiquement différentes, quitte à les différencier ultérieurement par les épreuves de laboratoire.

Nous grouperons donc sous le nom de *conjonctivite diphtérique* tous les états infectieux graves qui aboutissent à la fausse membrane, que celle-ci soit d'ailleurs le terme de l'évolution du bacille spécifique de Lœffler ou d'autres. Il est d'ailleurs impossible, en dehors du laboratoire, d'en faire la différence et par conséquent de leur trouver des signes cliniques propres. Les associations bacillaires qui sont la règle, la gravité parfois excessive des membranes à streptocoques seules plaident en faveur de la non-division clinique de tous ces états.

L'*exsudat pseudo-membraneux* est superficiel ou profond. *Superficiel*, il a les apparences et tous les caractères de la membrane croupale proprement dite, même teinte blanc sale, même adhérence à la muqueuse, qui le plus souvent n'empêche cependant pas de le détacher à la pince. Muqueuse sous-jacente saignante, mais d'ailleurs d'apparence intacte. Guérison après un temps variable et sans altération de la conjonctive, l'élimination spontanée de l'exsudat s'accompagnant toujours d'un très violent catarrhe. *Profond*, il s'accompagne d'un état général et local très grave. Les ganglions pré-auriculaires, parotidiens et cervicaux, pris en grande partie dans la forme précédente, deviennent énormes. Les paupières infiltrées sont enflées comme dans la conjonctivite blennorrhagique, dures comme du bois et impossibles à retourner. Si l'on y arrive cependant, on voit une muqueuse épaisse d'un jaune sale, mouchetée d'ecchymoses. Puis, bientôt, au bout de quelques jours, les exsudats sous-muqueux se résorbent, les parties mortifiées s'éliminent, laissant à leur place des pertes de substances et des bourgeons charnus noyés dans un catarrhe muco-purulent très abondant qui a valu à cette période le nom de *blennorrhéique*. La fonte de la cornée, le symblépharon, l'entropion, précèdent ou accompagnent souvent la cicatrisation. Cette forme profonde grave serait le plus souvent due à des bacilles associés ou au streptocoque seul, tandis que la forme superficielle, beaucoup moins grave, est souvent le fait de l'évolution isolée du bacille de Loeffler.

La forme la plus grave a souvent les apparences et pourrait être confondue avec la conjonctivite blennorrhagique, tandis que la forme superficielle, dite croupale, pourra être confondue avec les exsudats dus à l'application de topiques irritants, comme l'ammoniaque, le nitrate d'argent en solution forte et en application prolongée, le jequirity employé contre l'état granuleux, et avec toutes les plaies infectées de la conjonctive en général, dont la cicatrisation s'accompagne en même temps d'un état catarrhal et d'un exsudat membraneux, la brûlure de la muqueuse par de la chaux par exemple, ou encore la suppuration d'une plaie opératoire. L'état général, le volume de l'adénite, la violence de la réaction inflammatoire, la présence voisine ou les signes d'extension du contage révélés par l'état de la gorge, des lèvres, des narines, des commissures des paupières et enfin l'épreuve bactériologique trancheront le diagnostic.

Comme pour les affections pseudo-membraneuses en général, l'enfant est plus sujet et plus sensible que l'adulte à la conjonctivite diphtérique. Elle est le fait de la propagation d'une diphtérie voisine (gorge, nez, etc.), par voie lacrymale ou par apport direct par les mains ou le matériel de pansement, par projection de salive (contagion du médecin).

Le *traitement* sera avant tout *prophylactique* pour l'œil resté sain d'abord, qui sera protégé par un pansement occlusif (savoir que malgré cela l'œil sain peut être contaminé par les voies lacrymales), pour l'entourage ensuite, qui devra prendre toutes les précautions d'usage employées contre la propagation de la diphtérie pharyngée.

Quant au traitement curatif, il consistera avant tout dans l'injection de sérum antidiphtérique même avant d'avoir fait le diagnostic bactério-

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

Dr C. à B., à Dr M., àV. (Voir n° 14, p. VI). — C'est à B. que j'exerce la médecine. Jusqu'en 1905, j'ai été seul, en décembre 1905 est venu s'installer un second confrère.

Jusqu'en janvier 1910, il n'y a eu qu'un seul pharmacien. A cette époque, s'est ouverte une seconde pharmacie.

Depuis un temps immémorial, les bulletins de visites et de médicaments délivrés aux indigents portaient la mention du pharmacien et du médecin dont le malade avait fait le choix (*Veuillez lire entre les lignes*).

A l'arrivée du nouveau pharmacien, cet état de choses a continué, tous les bons de médicaments étaient tous délivrés au nom de l'ancien pharmacien.

On ignorait systématiquement le nouveau, sous prétexte qu'il n'était pas inscrit sur les listes établies en décembre 1909.

Et c'est cependant par l'intermédiaire de la mairie, que M. B. avait envoyé sa demande et reçu

Suite page X.

PAIN "ESSENTIEL"

EN BISCOTTES DE 10 GRAMMES CHACUNE
avec ou sans chlorure de sodium.
Riche en azote et en Phosphates organiques ne laissant pas de résidus toxiques.
Maladies de l'Estomac et de l'Intestin. - Maladies du Cœur et des Vaisseaux. - Obésité
Albuminurie - Diabète - Alimentation des Enfants
Régime Lacto-Végétarien.
USINES ET BUREAUX A NANTERRE (Seine)

BISCOTTES de **PAIN COMPLET** de **CHATEL-GUYON**
Contiennent une proportion de déchets suffisants pour obtenir la contractilité normale de l'intestin.

PRODUITS de RÉGIME Ch. HEUDEBERT, *120, Faubourg Saint-Honoré, Paris.* Téléphone 562-52

Bronchites, Toux rebelles,
Catarrhe, TUBERCULOSE

SIROP FAMEL

LACTO-CREOSOTE SOLUBLE

Phosphate de Chaux, Codéine, Cocaïne, etc.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS
A MM. LES MEMBRES DU « CONCOURS »

86, rue de la Réunion | PARIS | 86, rue de la Réunion

PIPÉRAZINE MIDY

Az H⟨CH² - CH²⟩Az H
CH² - CH²
Diéthylène-Diamine

GRANULÉE EFFERVESCENTE

Produit défini
plus actif
que ses dérivés ou les
associations médicamenteuses
à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE

LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE

Prix : 5 fr. - La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.

Echantillons : Phie MIDY 140, Faub.St-Honoré, PARIS

Comme préventif : 3 mesures par jour
10 jours par mois
chaque mesure = 0.20 ctg Pip pure

Crises aiguës : 4 à 6 .....

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

—

les instructions nécessaires.

Dans un voyage au chef-lieu j'ai signalé le fait à la Préfecture, de son côté le pharmacien en a fait autant.

Ce procédé que nous signalions a fait l'étonnement de tous.

A la mairie, me disait-on, sous aucun prétexte, on ne doit s'enquérir de l'intention du malade, il faut qu'en sortant, le malade puisse se diriger aussi bien à droite qu'à gauche, que même à votre porte, s'il lui plait d'aller ailleurs, il puisse le faire.

Depuis, aucun nom de médecin ou pharmacien, ne figure sur le bon remis à l'indigent.

Dr X., à *Concours*. — Dans le numéro du 6 mars 1910, pages XVI et XVII correspondance.

A propos des visites de passage.

Il est dit que c'est une faute d'accepter ce système. C'est assez mon avis (sauf quelques exceptions).

D'abord le malade attend le médecin qui passe ; ça lui est égal (surtout parce qu'il paie moins cher). Un médecin vaut l'autre, disent-ils, il n'y a plus de clientèle fixe. C'est au médecin qui courra le plus que le client va, sans considérer que le médecin perd des honoraires.

Voici quelle a été ma manière de procéder. Par exemple, comme cela m'est arrivé, j'ai vu dans un pays A, six fièvres typhoïdes en même temps. Je prenais à chacun 5 fr., prix à cette époque, considérant que les clients n'ont pas à s'occuper de ce que je fais.

Les malades sont alités donc il faut qu'ils paient chacun 5 fr., comme si j'en voyais un seul, puisqu'il faudrait que je me déplace pour lui autrement ; pour 5 malades, j'aurais pris 2 fr., chaque d'où 15 fr. de perte. Que l'autre confrère soit dans le même cas au pays B., voilà 30 fr., perdus pour nous deux.

En résumé, ce n'est pas le travail intellectuel que l'on considère le plus, c'est presque le travail du cheval ou de l'auto qui a de la valeur.

En résumé : tout malade alité, (ne pouvant se déplacer), doit payer le prix : 5 fr. par exemple qu'il y ait un ou plusieurs malades.

Nous n'avons pas à leur rendre compte de ce que nous faisons.

Suite page XII.

ÉTABLISSEMENT DE SAINT-GALMIER (LOIRE)
SOURCE BADOIT
L'EAU DE TABLE SANS RIVALE. — La plus Légère à l'Estomac.
VENTE 20 Millions de Bouteilles PAR AN
Déclarée d'Intérêt Public Décret du 12 Août 1897.

TRAITEMENT RADICAL
CONSTIPATION
MIGRAINES -- CONGESTIONS -- MALADIES de l'INTESTIN
UN ou DEUX
GRAINS DE VALS
Le soir avant dîner
à base de Cascara Sagrada et podophyllin.
ADMINISTRATION : 64, Boulevard Port-Royal, PARIS

SEULES EAUX ALCALINES RECONSTITUANTES
St LEGER POUGUES
Sans rivales pour le Traitement des
Gastralgies — Dyspepsies — Gravelle — Diabète — Les Convalescences

Iodol
Le meilleur succédané de l'Iodoforme
SANS ODEUR, NON TOXIQUE
Recommandé par les Sommités médicales.
(*Littérature*). M. REINICKE, 39, Rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.
EMPLATRES et PANSEMENTS à l'Iodol : DESNOIX et DEBUCHY, 17, R. Vieille-du-Temple, Paris.

TRICALCINE

à base de sels calciques rendus assimilables
Traitement de la TUBERCULOSE par la RÉCALCIFICATION
RACHITISME, SCROFULOSE
CROISSANCE
Sur demande, envoi de la Littérature
Laboratoire des « PRODUITS SCIENTIA »
42, *rue Blanche, PARIS*

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc
CAPSULES OVARIQUES VIGIER
à 0gr. 20 centigr. de *Substance ovarienne*. — DOSE : 2 à 6 capsules par jour.
Phie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

TUBERCULOSES
CATARRHES
GRIPPES, BRONCHITES
de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon.
EMULSION Phosphо-Créosotée MARCHAIS
Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions.
Bien tolérée — Parf absorbée

logique. La fonte imminente de la cornée dans les cas graves et la perte de l'œil ne sauraient attendre cette épreuve de laboratoire, et l'injection préventive de sérum de Roux, excellente si l'examen est positif, sera d'effet nul simplement si cet examen est négatif. Cette injection pourra être faite dans les tissus sains de la paupière.

Quant au traitement local, il consistera, dans la période d'infiltration du début, surtout si la fausse membrane est reconnue appartenir au bacille de Lœffler, dans de grands lavages constamment répétés, de véritables balayages de l'œil avec de l'eau bouillie chaude ou des solutions antiseptiques faibles, jusque dans les culs-de-sac (le permanganate de potasse au 1/5000e par exemple) aidés si l'on veut par des instillations de sérum ou des applications de poudre de sérum desséché. Mais il faudra localement donner la plus grande attention aux irrigations et proscrire, dans les cas au moins d'un bacille de Lœffler évoluant seul, toutes les cautérisations pendant cette première période. Dans les cas à streptocoques, la sérothérapie spéciale pourra être essayée ainsi que les attouchements modificateurs (protargol ou argyrol en instillation au 1/10, sublimé au 1/1000, glycérolés divers employés contre la fausse membrane en général), même à cette première période, mais comme accessoires, les grands lavages restant toujours l'indication d'urgence.

A la période suivante, au contraire, période de catarrhe violent, les attouchements au nitrate d'argent au 1/100 ou 1/50, employés prudemment et légèrement pour éviter des escharres qui compliqueraient le travail de cicatrisation, seront d'un excellent effet pour tarir la suppuration et hâter cette cicatrisation. Ces attouchements seront pratiqués, comme il a été dit précédemment à propos du traitement des conjonctivites, avec un pinceau humecté puis exprimé par pression sur les bords du flacon, et renouvelés tous les jours ou tous les 2 jours jusqu'à disparition de l'écoulement.

Les lésions cornéennes envahissantes seront traitées par les pointes de feu appliquées, comme il a été dit, dans la direction où elles ont le plus de tendance au phagédénisme et toujours reconnaissable à la teinte jaunâtre de l'infiltration.

Les compresses chaudes à toutes les périodes auront un effet sédatif et décongestionnant manifeste.

Enfin, quand la cicatrisation sera en bonne voie (3e période), il faudra veiller à la rétractilité du tissu de nouvelle formation, et à l'adhérence des feuillets palpébraux et bulbaires, c'est-à-dire à l'*entropion* cicatriciel, à l'implantation vicieuse des cils (*trichiasis*) et au *symblépharon* qui amènent des lésions cornéennes secondaires et limitent plus tard les mouvements du globe. La meilleure façon de les prévenir dans les limites du possible consistera à contrarier constamment, comme nous l'avons déjà dit, la rétractilité de ces tissus ou leur continuité anormale par des massages des culs-de-sac enduits d'un corps gras aseptique et neutre, de pommade à l'iodoforme, par exemple, ou de pommade à l'oxyde jaune, au 1/100.

(*A suivre.*)

TUBERCULOSE

Notes et impressions thérapeutiques,

(*Suite.*)

Par le Dr NIGOUL,

Médecin des dispensaires des 1er et 2e arrondissements et des Postes et Télégraphes, Paris.

CHAPITRE III

Traitement des affections broncho-pulmonaires.

Le nombre des malades qui viennent dans les dispensaires consulter le médecin pour une bronchite, récente ou ancienne, est considérable. La peur, aujourd'hui générale, surtout dans les villes, de la tuberculose fait que nous sommes amenés à traiter toutes sortes d'affections respiratoires et que leur thérapeutique devient bientôt pour nous un sujet facile d'études expérimentales. Ne faut-il pas apprécier, en effet, à leur juste valeur, cette quantité de remèdes qui, chaque jour, s'annoncent au médecin avec des vertus curatives nouvelles ?

Quels sont donc, à notre avis, les moyens médicamenteux utiles à conseiller contre les affections pulmonaires tuberculeuses ou non ?

Toute la thérapeutique, quand il s'agit de la tuberculose pulmonaire, doit consister à tarir la sécrétion, à sécher les lésions, à faciliter, en un mot, leur cicatrisation, et ce résultat : disparition des râles sous-crépitants, des râles humides, apparition et persistance de quelques râles très secs, leur remplacement progressif par un simple souffle bronchique ou cavitaire ; ce résultat n'est pas aussi difficile à obtenir qu'on pourrait le penser.

Comme toujours, le traitement hygiéno-diététique est immédiatement constitué. Viande crue, reconstituants phosphatés, arsenic, etc., et en même temps nous faisons, avec la révulsion, une thérapeutique directement pulmonaire.

Pour ma part, j'ai complètement rejeté de ma pratique l'usage des tuberculines. Plusieurs de mes confrères font des injections de tuberculine Jacob, mais j'ai vu revenir beaucoup de leurs malades en trop mauvais état pour que l'idée me soit venue de les imiter. Avant de faire

appel à un semblable traitement, il faut attendre que des précisions plus sincères aient été données et que le remède lui-même ait subi des modifications indispensables. Les récents travaux du Dr Martial, parus ici même, seront utiles à ce point de vue. Chez quelques tuberculeux *résistant bien*, chez ceux qui déjà plusieurs fois ont cicatrisé leurs lésions, il nous a paru que l'on pouvait obtenir de bons résultats avec les extraits biliaires. Mais cette médication est inconstante et exigerait, elle aussi, des précisions cliniques.

Il n'y a dans l'état actuel de la science que la médication créosotée qui donne de bons résultats dans l'ensemble des cas : tuberculeux à la 1re, 2e, 3e période, tuberculeux résistant bien au mal, tous retirent de ce traitement un réel bénéfice.

Les anciens produits créosotés doivent être proscrits parce qu'ils sont toxiques, nocifs pour l'estomac, et le thiocol (gaïacol sulfoné) paraît être le seul moyen qui, sans aucun danger pour le malade, permette de faire absorber une dose élevée de gaïacol cristallisé.

En pratique, il importe d'ordonner les comprimés de thiocol ou le sirop Roche, parce que les contrefaçons de ce médicament sont très nombreuses et pour la plupart toxiques. Nous avons vu plusieurs malades auquels nous avions *formulé* le thiocol présenter des phénomènes de gastro-entérite avec urines noires, lesquels phénomènes disparaissaient nettement quand le malade absorbait une dose égale et même *supérieure* du médicament sous la forme des comprimés ou du sirop spécialisés.

Il y a sur ce produit toute une littérature, mais les auteurs donnent une posologie assez peu pratique. A notre avis, il faut proportionner la dose à l'intensité des symptômes et surtout à l'abondance de l'expectoration. Y a-t-il seulement des craquements ? 4 à 6 comprimés par jour suffisent. Y a-t-il des crachats nombreux ? On doit ordonner, au moins pendant une à 2 semaines, 8 comprimés. Ces crachats deviennent ainsi plus fluides, ils perdent leur purulence, leur odeur et sont plus rares. On diminue alors la dose et, en un temps variable, il est fréquent d'observer l'asséchement des lésions, la disparition des râles muqueux, « le départ pour la cicatrisation ». Si les malades sont dociles, une cure simultanée de récalcification est utile à conseiller.

La thérapeutique des affections broncho-pulmonaires non tuberculeuses est plus complexe. Ce sont surtout les bronchites chroniques, bronchorrhées, bronchectasies, qui sont décevantes à traiter. Lorsque l'état général n'est pas en jeu, c'est-à-dire quand il ne s'agit pas de cardiaques, de goutteux, d'albuminuriques, il y a dans les balsamiques, les expectorants, l'iode, l'arsenic, des moyens modificateurs utiles. Mais il faut les employer pendant longtemps (on risque de fatiguer le tube digestif), et varier les ordonnances, ce qui donne au malade l'impression d'essais infructueux ou de diagnostic incertain. Nous avons longtemps utilisé la terpine, l'eucalyptol, les antimoniaux, mais dans les cas de bronchorrée ou de bronchite fétide, de bronchectasie, c'est encore aux comprimés de thiocol que nous revenons. Ils soulagent plus vite le malade, modifient nettement l'expectoration et la tarissent sans aucun inconvénient du côté du tube digestif.

Il y a longtemps déjà que nous avons fait cette remarque, et dans un travail paru dans le *Progrès médical* (1), nous citons de nombreuses observations personnelles de bronchite chronique, de pneumonie, de congestion pulmonaire aiguë améliorées rapidement par ce médicament, qui exerce un pouvoir asséchant remarquable, détruit les germes septiques au niveau des lésions et stimule les réactions défensives locales et générales.

C'est en effet parce qu'il est l'agent de la *médication pathogénique*, exerçant ses effets curatifs sur la lésion elle-même, que le gaïacol sulfoné attire l'attention. En imprimant à l'affection respiratoire une allure favorable, il en modifie aussitôt le pronostic ; en agissant sur les germes et la lésion, il s'oppose aux complications possibles et c'est pourquoi, lorsqu'il s'agit de malades affaiblis ou surmenés, ou placés dans des conditions d'hygiène défectueuses, nous préférons employer le thiocol.

C'est encore pour ces raisons que, chez les enfants rougeoleux ou simplement atteints de bronchite aiguë, chez le vieillard, chez le grippé, et chez tous ceux qui présentent une température élevée, nous croyons utile de prescrire ce médicament et son action curative et préventive nous apparaît manifeste.

Il ne calme pas la toux, comme l'opium ou le bromure, il n'est pas antithermique comme la quinine, mais on s'aperçoit que l'affection, au début inquiétante, tourne court, que l'oppression diminue, qu'il y a peu de crachats et qu'enfin les phénomènes aigus disparaissent.

Et comme dans ces cas, il existe une toux violente, nous conseillons en même temps, les pilules suivantes, fort actives :

Extrait d'aconit.....	ää un centigr.
Extrait de belladone.....	
Codéïne.....	un centigr. 1/2

4 par jour (adultes).

C'est là le traitement symptomatique ; il donne confiance au malade et laisse le temps d'agir au traitement pathogénique. Nous tenons ainsi des malades bronchitiques ou pulmonaires sous une influence curative directe et une action préventive et il n'est pas rare d'obtenir bientôt la disparition complète de l'affection respiratoire sans reliquats congestifs.

(*A suivre.*)

(1) Traitement créosoté des affections pulmonaires non tuberculeuses. *Progrès Médical*, n° 14, 1906.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Du danger de remplacer les médecins à monopole.

Comme pendant à l'histoire communiquée par le Dr Charier, dans laquelle le Juge de Paix de Mazières a condamné un médecin de l'A. M. G. au tarif de l'abonnement à payer les honoraires d'un confrère qu'on avait dû appeler en son absence prolongée, permettez-moi de vous raconter une petite anecdote personnelle qui s'en rapproche beaucoup.

Dans une grande ville du midi, il s'est créé un groupement médical, dans le but de soigner, à l'abonnement, 8 fr. par an en moyenne, les malades des innombrables sociétés de secours mutuels de la région.

Au mois d'août 1905, une ouvrière de la manufacture d'allumettes, sociétaire de la S. S. M., abonnée du Dr X., du groupe sus-indiqué, tombe malade et fait prévenir son médecin qui habite à 3 kilomètres de chez elle. Le Dr X est en vacance c'est le Dr Y. qui le remplace. Il vient, donne un traitement anodin et part sans signer la feuille de maladie ; 3 jours après, on va le chercher de nouveau, il n'y avait pas de mieux.

Il arrive le surlendemain, regarde à peine la malade, qu'il traite de folle et part encore sans signer la feuille de maladie. Le 25 août, le père de cette malade, qui est mon client, me prie de la visiter sans me prévenir de ce qui vient de se passer. Je trouve une femme atteinte de fièvre typhoïde très grave et, mis au courant, j'engage à retourner auprès du Dr X. tout en promettant de surveiller les événements. Le Dr X. n'est pas venu et le 28, à midi, une hémorrhagie intestinale se produit, avec une intensité telle que pendant 3 jours, la situation me sembla désespérée.

Enfin la malade se sortit d'affaire, mais ce n'est que le 1er janvier 1906 que cette pauvre femme put reprendre sa place à la manufacture. Elle n'avait plus voulu entendre parler du Dr X. J'avais signé régulièrement la feuille de maladie sur le vu de laquelle la S. S. M. avait payé les journées d'indemnité et les médicaments prescrits, bien que je ne fusse pas du groupement médical auquelle elle s'était abonnée.

Désireux de tirer une petite leçon de cette affaire et de montrer aux confrères de la ville combien ils étaient imprudents de s'engager, pour une somme si minime, à donner des soins à des malades éloignés, je fis une note d'honoraires. Il y avait 80 visites, que je comptai au tarif de l'A. M. G. qui est de 1 fr. par visite.

J'envoyai d'abord le mari de la malade en réclamer le montant à la S.S.M. : celle-ci répondit par une fin de non recevoir, se retranchant derrière l'art. 48 des statuts, disant qu'elle ne devait connaître que les médecins qui lui étaient abonnés. Elle avait pourtant payé les journées de maladie et les médicaments.

Je fis pressentir le président du groupement médical, qui me répondit qu'il ne devait rien.

J'assignai alors devant le Juge de Paix le mari de la malade en lui conseillant d'appeler en garantie la S.S.M. et le groupement médical, ce qui fut fait.

Mais le Juge de Paix, tout en reconnaissant le bien fondé de ma demande, me fit prier d'abandonner l'affaire par égard pour la bonne renommée médicale. Ce que je fis.

M. Mercier.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

ASSOCIATION AMICALE MALADIE

Séance trimestrielle du 24 mars 1910.

Présents : MM. Maurat, Gassot, Mignon et Jeanne.

Excusé : M. Cézilly.

Le Conseil prend connaissance des résultats du *referendum* relatif à l'agrégation de « La Métropolitaine » et constate que toutes les réponses, sauf 4, demandent qu'il soit fait appel devant l'Assemblée générale de l'A. G. de la décision de refus du Conseil général. M. le Dr Jeanne est chargé de soumettre cet appel à l'Assemblée du 10 avril en s'inspirant des motifs qu'il avait énumérés dans le mémoire publié au n° 9 du journal, et en faisant remarquer que les considérants de la réponse du Conseil général ne se rapportent en rien aux arguments que nous avions invoqués pour la création de la Métropolitaine, en vue d'assurer l'application du contrat de 1904.

Le Conseil vote ensuite les allocations trimestrielles.

Indemnités.

5	3 m.	300	»
17	11 j.	110	»
30	18 j.	180	»
31	1 m.	100	»
40	7 j.	70	»
51	3 m.	300	»
66	45 j.	450	»
78	60 j + 1 m. et 17 j.	756	65
80	3 m.	300	»
91	33 j.	330	»
97	6 j.	60	»
101	11 j.	110	»
106	35 j.	350	»
137	3 m.	300	»
140	3 m.	150	»
142	12 j.	120	»
147	3 m.	300	»
149	28 j.	280	»
154	23 j.	230	»
164	5 j.	50	»
172	2 j. chr.	6	66
173	3 m.	300	»

179	3 m.	300	»
182	3 m.	300	»
186	3 m.	300	»
200	15 j.	150	»
202	10 j.	100	»
209	40 j.	400	»
215	3 m.	300	»
227	35 j.	350	»
234	3 m.	300	»
244	20 j.	200	»
257	9 j.	90	»
299	31 j.	310	»
341	3 m	300	»
357	10 j. 1 chr.	33	30
363	11 j.	110	»
372	3 m.	300	»
373	3 m.	300	»
387	60 j. + m. chr.	700	»
415	10 j.	180	»
420	24 j. +20 j. chr.	306	60
449	50 j.	500	»
474	14 j.	140	»
504	30 j.	300	»
520	12 j.	120	»
536	21 j.	210	»
549	3 m.	300	»
556	51 j.	510	»
565	23 j.	230	»
584	16 j chr.	53	30
588	1 m + 23 j chr.	176	60
595	11 j.	110	»
641	17 j. + 2 m. et 15 j.	420	»
649	14 j.	140	»
685	21 j.	210	»
707	1 m. + 15 j.	150	»
712	5 j.	50	»
731	27 j.	270	»
755	12 j.	120	»
787	9 j. chr.	30	»
791	6 j chr.	20	»
796	7 j.	70	»
801	24 j.	240	»
808	4 j.	40	»
833	11 j.	110	»
851	60 j. + 17 j. chr.	656	60
876	21 j.	210	»
878	18 j.	180	»
882	6 j.	60	»
904	3 m.	300	»
912	45 j	450	»
920	32 j.	320	»
925	15 j.	150	»
1022	9 j.	90	»
1036	6 j.	60	»
1038	10 j.	180	»
1039	30 j.	300	»
1052	60 j. + 10 j. chr.	633	30
1058	22 j.	220	»
1084	3 j.	30	»
1112	10 j.	100	»
1154	3 m.	300	»
1166	16 j.	160	»
1194	30 j.	300	»
1197	10 j.	100	»
1216	12 j	120	»
1259	6 j.	60	»
1261	5 j.	50	»
1266	26 j.	260	»
1275	3 m.	300	»
1303	38 j.	380	»
1304	27 j.	270	»
1350	15 + j. chr.	50	»
1308	15 j. + 2 m. et 15 j.	400	»
1386	12 j	120	»
1396	60 j. + 6 j. chr.	620	»
1412	12 j.	120	»
1442	28 j.	280	»
1454	11 j.	110	»
1549	52 j.	520	»
	Total	23.523	fr.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison A.

Door, à Septmoncel (Jura).
Satte, à Valence (Drôme).
Galvin, à La Mure (Isère).
Hautière, à Evran (Côtes-du-Nord).
Truchet, à Chambéry (Savoie).
Beutter, à Saint-Etienne (Loire).
Martin, à Chantenay (Loire-Inférieure).
Coste, à Marjévols (Lozère).
Girard, à Confolens (Charente).
Mandy, à Saint-Etienne (Loire).
Rousset, à Chamoux (Savoie).
Royet, à Montluçon (Allier).
Romieux, Groix (Morbihan).
Voutier, à Chambéry (Savoie).
Masbrenier, à Melun (Seine-et-Marne).
Duquesney, à Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).
Fournier, à Toulon (Var).
Berté, à Raucourt (Ardennes).
Menier, à Figeac (Lot).
Pujebet, à Andruicq (Pas-de-Calais).
Guilbard, à Chavanges (Aube).
Boutin, à Burie (Charente-Inférieure).
Gaupillat, à Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire).
Luciani, à Moca-Croc (Corse).
Peyron, à Paris.
Wagon, à Souchey (Pas-de-Calais).
Foudet, à Selongey (Côte-d'Or).
De Foutguyon, à Angoulême.

Combinaison A C.

Cottard, à Paris.
Forgues, à Villemur (Haute-Garonne).
Léculier, à Louhans (Saône-et-Loire).

Passe à combinaison A D.

Dollard, à Cette (Hérault).

La Maison du Médecin.

La Maison du Médecin vient de connaître, en son Assemblée générale du 13 mars dernier, la joie du triomphe et le vertige des ascensions rapides ; son budget passait de 10.000 francs l'an dernier à 68.000 francs cette année à la suite d'un don, déjà signalé, de 50.000 francs, fait

par un généreux confrère désirant garder l'anonymat ; or, la révélation sensationnelle vient d'être faite à cette Assemblée qu'un *château de toute splendeur* va appartenir à cette œuvre de haute solidarité, *plus un revenu annuel de* 60,000 *francs.*

Ce don, demeuré anonyme lui aussi, consacre définitivement la marche triomphale de la « Maison du Médecin » à qui sont assurées de nouvelles libéralités de la plus durable destinée.

En effet, à la réunion du Conseil d'Administration suivant l'Assemblée générale, deux nouvelles impressionnantes ont été à nouveau enregistrées : 1° *La reconnaissance d'utilité publique* de *la Maison du Médecin* sera un fait acquis dans quelques semaines ;

2° Un nouveau don vient encore s'ajouter aux précédents : *un bel immeuble* dans la campagne, *avec différents revenus*, susceptible de recevoir très confortablement dans un court délai une dizaine de pensionnaires.

La Maison du Médecin est désormais solidement assise, prête à réconforter le corps médical français, grâce à des appuis restés jusqu'ici d'ordre médical.

L'Assemblée générale s'est clôturée par la nomination de six conseillers nouveaux : MM. Bérillon, Buret, Cazin, Dedet, Milian, Régis.

Dr Wicart, *secrétaire.*

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Copie d'une lettre adressée à un expert.

Paris, le 11 décembre 1909.

Monsieur et honoré confrère,

Mon devoir a des bornes. Je ne puis, moi, médecin de quartier, accompagner indéfiniment les accidentés du travail dans des expertises qui n'ont rien de contradictoire. En outre, il ne me plaît plus de me rendre, pour cela, à un hôpital où tout doit, ou devrait se rapporter au service seul des indigents et non pas à un service annexe des expertises finalement payées, à qui de droit, par les Compagnies d'Assurances. Il ne me plaît plus de m'exposer, à la fin des dites opérations à tâcher de comprendre l'argot échangé entre le médecin-expert et le représentant des dites compagnies, sous forme de quatre doigts présentés ouverts, ou du nombre 4 jeté entre haut et bas à l'agent susdit ....., tout cela pour le roi de Prusse d'ailleurs.

Il ne me plaît pas davantage de me trouver en face d'un médecin, fût-il des hôpitaux, lorsqu'il faut un chirurgien, et qui, le premier il me semble, devrait se récuser si, par erreur, le Tribunal le nomme comme expert.

Il me déplaît, enfin, toutes les fois que j'accompagne un blessé devant vous, d'être obligé de faire un contre-rapport où je suis forcé de sortir de mon rôle de médecin traitant pour donner, en contradiction avec vous, un chiffre par trop différent d'incapacité permanente.

C'est ce qui a eu lieu pour l'accidenté actuel, A....— c'est ce qui a eu lieu, antérieurement, pour le nommé S. où, très généreusement....., pas pour l'accidenté ...., vous aviez reconnu 40 %, m'obligeant, moi, petit médecin et petit chirurgien de quartier, à mettre dans un contre-rapport, ce que je croyais juste, en âme et conscience, soit 85 %.

Vous savez, ou bien je vous l'apprends, que, le Tribunal, cette fois, nommant comme expert, pour ce cas chirurgical, un chirurgien, aussi des hôpitaux, donc votre collègue, celui-ci, pour ne pas vous donner.... un..... tort trop éclatant (sans doute) et à moi, tout à fait raison, se prononça pour *quatre vingts.*

Je ne vous demanderai pas ce que vous en pensez, mais M. S., votre collègue, était encore moins proche que moi de la vérité, puisqu'un an et demi après S. mourait des suites de son accident.

Pour tous ces motifs, je n'accompagnerai pas mon client, jugeant cela inutile et même peu digne.

Recevez, Monsieur et honoré confrère, mes salutations confraternelles.

de Fornel de Burignac.

Sans commentaires par ce temps de liquidateurs et de distillateurs.

Nous lisons dans l'*Humanité* du 24 mars.

Contre les compagnies d'assurances, les tribunaux complices, les médecins experts.

L'Union des Syndicats de la Seine, *sous les* auspices du Conseil judiciaire, avait convié hier soir dans la salle Ferrer, Bourse du Travail, tous les syndicats à raison de 5 délégués par organisation, à une réunion ayant pour but de dénoncer les manœuvres de tous les adversaires des travailleurs victimes d'accidents survenus dans le travail ou à l'occasion du travail.

La réunion était présidée par le camarade Hinoux, secrétaire de l'Union syndicale des travailleurs du gaz, assisté de Naoul et Gassin.

Le camarade Quillent fait justice des lamentations des Compagnies d'assurances qui appellent « manger de l'argent » lorsqu'elles n'ont pas assez réduit la rente due à l'ouvrier blessé. Passant au rôle de la magistrature, il s'élève contre la jurisprudenee violatrice de la loi, qui refuse toute réparation à l'accidenté dont les forces-travail ne sont réduites que de 4, 5, 6 %. Il cite des exemples où des tribunaux ont revisé des jugements accordant 25 et 30 % du salaire pour ramener le taux de l'incapacité à 10 ou 15 0/0 parce que les accidentés, ne pouvant plus exercer leur métier, en exerçaient un autre beaucoup moins lucratif.

Quillent montre, par de nouveaux exemples, la complicité des compagnies, des juges de paix ou des tribunaux civils et des médecins experts contre les accidentés. Ce que l'on veut, dit-il, c'est malmener, effrayer les médecins libres pour qu'ils se refusent enfin à soigner les victimes des accidents et que ceux-ci ne puissent plus s'adresser qu'aux médecins des compagnies, qui concluront systématiquement contre l'ouvrier. Et Quillent, clairement, méthodiquement, appuie toute sa démonstration de documents, de faits irréfutables.

Il termine en exhortant les ouvriers à ne plus se laisser faire, ni par les compagnies ni par les tribunaux, ni par les médecins experts. « Ils ont des droits, qu'ils apprennent à les défendre dans les syndicats respectifs. »

« Allez dans les prétoires, dit-il, surveillez les attitudes des juges et, le cas échéant, vous réussirez à les arrêter dans l'exécution de leurs manœuvres contre les intérêts ouvriers. »

Beausoleil fait l'exposé imagé des scènes qui se produisent entre les blessés et leurs adversaires et où les premiers, crédules ou timides, se laissent toujours rouler.

Après quelques explications de Mathieu, des terrassiers, du docteur Diverneresse, de Loyau, des mécaniciens, et divers autres camarades sur les lois ouvrières en général, l'ordre du jour suivant fut adopté à l'unanimité :

« Les délégués des syndicats, réunis le mercredi 23 mars, après avoir entendu divers camarades exposer les abus judiciaires en ce qui concerne l'application des lois dites ouvrières en général, et en particulier celle ayant trait aux accidentés du travail et à la prud'hommie.

« Décident, au nom de leurs organisations, de suivre l'Union des syndicats dans la campagne engagée dans le but de réagir contre les agissements des tribunaux commis avec la complicité des experts médecins des compagnies d'assurances.

« A cet effet, le Comité du conseil judiciaire se transformera en comité d'action. L'Union des syndicats fournira les fonds nécessaires pour alimenter cette campagne. L'assemblée donne mandat à l'Union de porter la question à la C. G. T. pour inviter toutes les organisations centrales, fédérations et bourses du travail à suivre le mouvement. »

Végétariens et carnivores. — Bon nombre de médecins sont convaincus que l'usage de la viande détermine le rhumatisme et bien d'autres affections morbides.

Or, d'après le Dr H. Ito, certaines affections ont au Japon une fréquence plus grande qu'en Europe ; la myosite infectieuse, la gangrène sénile, les hémorroïdes. D'autre part, la goutte, le rachitisme, les diverses calculoses, réclament des soins fréquents. Le Dr Ito attribue ce fait à l'alimentation végétarienne qui prédomine au Japon.

Comment concilier ces constatations avec les théories, des végétariens ?

Vérité en deçà, erreur au delà !! Qui faut-il croire ?

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Accidents du travail.— Tarif Dubief.— Cumul du prix de la visite et du prix des interventions.

TRIBUNAL CIVIL DE NANTES

2 *décembre* 1909.

(Jugement obtenu avec l'appui pécuniaire du « Sou médical ».)

Attendu que le Dr Saquet a interjeté appel à un jugement de M. le Juge de paix du 4e canton en date du 13 juillet 1909, réduisant à 340 fr. pour 85 massages, à 20 fr. pour deux consultations, sa demande en 510 fr. pour soins donnés au sieur V., ouvrier blessé au service de M. L., le 28 mars 1908 ;

Attendu que le Dr S. fondait sa réclamation sur l'article 10 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, 4 fr. 80 pour massages et 2 francs pour un nombre de visites correspondant au nombre de séances de massage ;

Attendu en fait qu'il n'est pas contesté que V. a été atteint de blessures graves puisque le 20 avril 1909, il a obtenu une rente de 251 francs 40 basée sur une réduction d'aptitude au travail de 45 % ;

Que L. ne conteste pas non plus l'opportunité et la réalité des 85 massages, mais qu'il persiste à soutenir que les honoraires pour les 85 visites ne sauraient être réclamés ;

Attendu que l'article 10 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 fixant le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail est ainsi conçu :

« Article 10. — Les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, en sus du prix de la consultation ou de la visite, aux allocations suivantes » ;

Attendu que les termes de cet article sont aussi formels que précis ;

Qu'il est alloué au médecin traitant des allocation spéciales, en sus du prix de consultations ou de visites ;

Qu'il est impossible, en présence d'un texte aussi clair, de refuser au médecin traitant le prix de la visite ou de la consultation correspondant au nombre des massages, qui ne sont pas contestés ;

Qu'une décision contraire n'est plus une interprétation du texte, mais une modification complète comportant une restriction inspirée par la crainte des abus et exagérations auxquels il peut donner naissance ;

Que les tribunaux n'ont pas le pouvoir de modifier la loi ;

Et attendu que Saquet a maintenu sa demande en dommages-intérêts basée sur une résistance injustifiée ;

Attendu que Saquet ne justifie d'aucun préjudice ;

Que si L. succombe dans ses prétentions, on ne

saurait dire qu'il y a eu de sa part résistance injustifiée, alors qu'il s'agit d'une question dont la solution est soumise à la Cour de cassation ;

Par ces motifs :

Le tribunal, jugeant en matière d'appel de justice de paix :

Dit bien appelé, mal jugé.

Réforme *parte in qua* le jugement dont est appel;

Condamne L., à payer au Dr Saquet 510 francs avec intérêts de droit.

Ordonne la remise de l'amende consignée.

Déboute Saquet de sa demande en dommages-intérêts.

Et attendu que chacune des parties succombe en ses prétentions, fait masse des dépens qui seront supportés un tiers par Saquet et les deux tiers par L.

Validité de l'engagement pris par le remplaçant de ne pas s'installer dans la localité où exerce un confrère.

COUR D'APPEL D'AGEN

Arrêt du 7 février 1910 (1).

Attendu que, sous la date du 1er mai 1906, le docteur X., a remis au Dr Delucq un engagement écrit, revêtu de sa signature, et ainsi libellé : « Je soussigné docteur X.., médecin aide-major, prends l'engagement formel de ne m'installer à Vic-Fezensac (Gers) qu'après un commun accord avec M. le docteur Delucq et signé de lui. Dans le cas où je manquerais à cet engagement, je devrais payer à M. le docteur Delucq, à titre de dommages-intérêts, la somme qu'il lui plaira de me fixer » ;

Attendu que le docteur X... s'étant néanmoins installé à Vic-Fezensac, pour y exercer son art, dans les premiers mois de l'année 1908, Delucq l'a fait assigner devant le Tribunal civil de 1re instance d'Auch, en payement de la somme de 15.000 francs à titre de dommages-intérêts ; que le dit Tribunal a, dans son audience du 27 juillet 1909, admis le principe de l'action et réduit à 3000 fr. l'indemnité encourue ; que le docteur X.., a fait appel dans les formes et au délai de la loi et qu'il échet de statuer sur les conclusions respectives des parties. En ce qui concerne la matière et la validité de l'engagement : attendu que l'engagement dont s'agit n'est autre chose qu'une obligation de faire, une renonciation au droit naturel qui appartient à chacun de fixer où bon lui semble sa résidence pour y exercer telle profession qu'il lui plaît ; que cette renonciation, du fait qu'elle n'est pas transmise et en dépit de sa gratuité, échappe aux formes solennelles prescrites pour les donations ordinaires, qu'étant par ailleurs restreinte à une seule localité, elle ne porte atteinte à aucune règle d'ordre public ; attendu que la cause de l'engagement, bien que non exprimée à l'acte, n'en résulte pas moins avec la dernière évidence des documents et circonstances du procès ;

Attendu qu'il est en effet constant et au surplus non dénié : 1° que le Dr X.., originaire du pays et dont la famille réside à Vic-Fezensac, est venu très fréquemment en cette dernière ville, soit alors qu'il était élève du service de santé militaire, soit depuis qu'il avait été pourvu du grade de médecin aide-major ; 2° que durant ces divers séjours, il s'était étroitement lié avec le Dr Delucq qui s'en faisait souvent accompagner dans ses visites professionnelles et l'avait mis de la sorte en contact avec sa clientèle ; 3° que le bruit s'étant répandu, au commencement de l'année 1905, que le docteur X... se disposait à quitter l'armée pour venir pratiquer la médecine à Vic-Fezensac , le Dr Delucq conçoit aussitôt de vives inquiétudes ; 4° que cette émotion n'était pas sans motifs raisonnables puisque la concurrence éventuelle d'un confrère jeune et actif, né dans le pays, fort connu de ses concitoyens et en relations avec la clientèle du demandeur, présentait un caractère éminemment dangereux pour les intérêts matériels de ce dernier ;

Attendu que l'engagement obtenu en de telles conditions par le docteur Delucq avait donc cause légale et sérieuse ; — que d'autre part, cet engagement étant unilatéral, le seul intérêt du créancier lui institue cause suffisante; qu'il peut dès lors servir de base à une action en justice ;

Sur les dommages-intérêts :

Attendu qu'une double fin de non-recevoir est opposée à ce sujet par le Dr X..; qu'à entendre celui-ci, Delucq aurait autorisé implicitement son installation à Vic-Fezensac en l'associant durant les premiers mois à sa pratique médicale et en lui adressant même certains malades ; qu'en outre une entente verbale serait alors intervenue entre eux d'après laquelle le Dr Delucq devait se cantonner dans l'exercice de la médecine pure, la branche chirurgicale demeurant en pratique exclusive à son nouveau confrère; mais attendu que le Dr X.., ne s'est pas installé à Vic-Fezensac après avoir donné sa démission de médecin militaire ; qu'il y est venu d'abord en l'état d'un simple congé et que le demandeur, abusé par les apparences a pu lui faire voir ses malades, lui en envoyer même plusieurs sans renoncer pour cela au bénéfice de l'engagement de 1906, que rien dans la cause n'autorise à affirmer l'existence d'une telle renonciation ; que d'un autre côté, il n'est aucun indice de l'entente prétendue, que si bien que Delucq demande subsidiairement à prouver que X., exerce à la fois la médecine et la chirurgie, cette demande ne fait que répondre à l'allégation d'une entente, pour le cas où la cour lui aurait accordé ce crédit, et qu'en aucune manière elle ne saurait être tenue pour aveu ;

Attendu que le préjudice résultant pour Delucq de la concurrence effective de son confrère n'est pas contestable, qu'il reste seulement à déterminer la possibilité légale et la mesure de la réparation ; et attendu que la sanction portée à l'engagement est nulle, aussi bien comme clause pénale qu'en vertu du principe général de l'art.

(1) Cet arrêt confirme le jugement du Tribunal civil d'Auch, du 27 juillet 1909, publié dans le n° 36 du *Concours médical* de 1909, p. 585.

1129 du C. civ. puisqu'elle se réfère à une somme incertaine, que les termes de l'engagement ne permettent pas d'arriver à préciser et dont le chiffre est au contraire laissé au bon plaisir absolu du créancier, mais que la nullité absolue de cette obligation accessoire ne porte aucune atteinte à la validité de l'engagement principal et qu'elle n'a d'autre effet, en l'espèce, que de placer le point envisagé sous l'exercice des art. 1382 et 1383 du code précité ;

Attendu à cet égard que le Tribunal a fait une juste appréciation des éléments du dommage éprouvé et des termes de la demande ; que la somme de 3000 francs allouée à titre de réparation doit être considérée comme l'exacte évaluation de l'entier préjudice prévu à l'acte de 1906 ; attendu que les dépens sont à la charge de la partie qui succombe ;

Par ces motifs, et ceux non contraires des premiers juges, la Cour :

Dit qu'il a été bien jugé, mal et sans griefs appelé ; met l'appel à néant.

Confirme, pour sortir plein et entier effet, le jugement rendu entre parties le 27 juillet 1909, par le Tribunal civil de première instance d Auch; précise, en tant que de besoin, que la somme principale de 3000 fr. allouée à titre de dommages-intérêts constitue l'entière réparation de tous éléments de préjudice prévus par le signataire de l'engagement unilatéral du 1er mai 1906 ;

Déboute les parties de toutes leurs autres demandes, fins et conclusions tant principales que subsidiaires, contraires au présent arrêt

Condamne le docteur X.. à l'amende ainsi qu'aux nouveaux dépens.

CORRESPONDANCE

Le relèvement des honoraires.

Mon cher Confrère,

Je vois au programme du prochain Congrès des Praticiens l'étude du relèvement de nos honoraires.

Ce sera pour beaucoup d'entre nous la question la plus intéressante : comme il est probable que ce sera par l'action syndicale que l'on tentera cette opération, permettez-moi, modeste syndiqué campagnard, qui suis sans autre relation médicale que la vôtre, par l'intermédiaire du *Concours*, de vous dire mes réflexions sur cette question.

Tout d'abord, pourquoi nos honoraires sont-ils descendus si bas, qu'ils équivalent à presque rien ?

Il y a vingt ans, la médecine passait pour nourrir son homme et sa famille, nous jouissions d'une considération générale et tout médecin, même le plus timide, faisait toujours un riche mariage. En quelques années, notre profession a été envahie, par vocation pour quelques-uns, pour beaucoup d'autres, pour faire quelque chose, pour utiliser un bachot, pour couper à deux ans de service et en peu de temps il y a eu deux ou trois médecins là où autrefois il n'y en avait qu'un. La politique, qui a séduit tant d'hommes jusqu'à ce jour, a eu vite fait de trouver dans nos rangs de nombreux et fidèles adorateurs ; les campagnes éloignées, peu instruites, ignorantes des intrigues et des mœurs politiques ont vu presque tous leurs médecins devenir leur porte-parole. Il fallait dominer le voisin, tuer le confrère gênant, et puisqu'il est entendu qu'au point de vue scientifique nous ne devons pas nous faire de reproches, quel meilleur terrain pour jouer du couteau que l'arène politique ?

Les riches, les veinards qui eurent la chance de naître après leur père, furent partout victorieux ; en contact journalier avec le peuple, les paysans, les patrons et leurs ouvriers, avec pour devise : « au bon marché », la médecine au rabais entrait dans nos mœurs.

D'une élection à l'autre et de plus fort en plus fort, la médecine gratuite était faite.

Qu'est-ce qui vaut le mieux, avoir un confrère qui ne se fait pas payer ou un confrère qui dit avec un fin sourire : « Ah ! c'est X... qui vous a soigné, on sait comment il a fait ses études ! »

Voici dans mon département les résultats de cet état de choses.

Conseil général	— 28 membres,	11	médecins
1re commission	— 9 —	5	—
2e commission	— 9 membres,	4	médecins
Commission départementale	6 —	4	—

Autour de moi, sur 13 médecins, 7 occupent une situation élective, à quoi sont réduits les 6 autres ?

Lisez les nouvelles et vous verrez partout : docteur X.., candidat.

Nos syndicats sont donc ainsi composés que, sur 100 membres, il y aura en moyenne une majorité de 60, auxquels on va proposer de prendre des mesures pour relever nos honoraires, c'est-à-dire d'abandonner une arme qui leur a donné de si beaux résultats. Le désintéressement est une des vertus de notre profession, n'est-ce pas la pratiquer, diront-ils, que de distribuer à tous et partout une médecine généreusement gratuite ; ils ne se dépouilleront certainement pas pour les 40 camarades dont ce métier est le gagne-pain, qui n'ayant ni les moyens ni les goûts d'être des candidats, attendent de l'exercice consciencieux de leur profession les moyens de vivre. Cette proposition aura le même succès que celle faite à mon syndicat, il y a quelques années, au sujet des abonnements (il y en a encore chez nous à 5 francs par famille), le novice qui avait eu cette malencontreuse idée n'eut qu'à disparaître sous les regards dédaigneusement polis de ses confrères, confortablement installés dans leurs sièges de maires, d'adjoints, de conseillers de toutes sortes.

Ce n'est donc pas par les Syndicats, tels qu'ils sont composés actuellement, que la solution sera donnée. Il faut auparavant opérer une scission nécessaire ; tôt ou tard nous y arriverons par

la force même des choses. Les jardins de rapport et les jardins d'agréments ne se cultivent pas de la même façon, ce qui est admis dans les uns n'est pas toléré dans les autres.

Les Syndicats de l'avenir ne comprendront que des médecins ayant des clients parce qu'ils ont un diplôme, et non pas parce qu'ils sont maires ou conseillers généraux. Ce sont ces nouveaux groupes qui ceux-là seront véritablement indépendants, qu'il faudra reconnaître officiellement comme étant les porte-paroles des vrais intérêts médicaux ; leurs décisions seules auront de la valeur, que des sanctions sévères rendront plus efficaces. Sans partis pris, ce nouvel ordre admettrait tous les concours, les politiciens y trouveraient place moyennant finances, une nouvelle caisse syndicale serait ainsi créée qui aurait pour but d'indemniser dans chaque localité les malheureux confrères des heureux candidats.

Voici, mon cher confrère, l'idée que je vous confie, si vous voulez la lancer, vous trouverez vite des adeptes, j'en suis sûr; nos vieux syndicats en feront une maladie, c'est certain ; mais tant pis, ce sera un mauvais moment à passer, l'organisme se purgera et nous aurons une constitution nouvelle, jeune et énergique, qui saura ce qu'elle voudra et qui surtout ne voudra pas sentir peser sur sa destinée les votes des clients.

Veuillez agréer mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr G. JACQUIER,
Membre du *Concours*.
Roquefort (Landes).

BIBLIOGRAPHIE

Les eaux minérales, milieux vitaux, par le Dr FLEIG, de Montpellier (Maloine, éditeur). — Un livre qui fera époque dans l'hydrologie appliquée, tant au point de vue de la précision qu'il apporte aux caractères biochimiques des eaux, qu'en raison des conséquences pratiques qui promettent d'en découler.

L'auteur établit d'abord la série de déductions en vertu desquelles il a été amené, en partant de la banale solution physiologique de chlorure de sodium, et en passant par les sérums artificiels à minéralisation complexe analogue à celle du sang, puis par l'eau de mer, il a été amené, disons-nous, à considérer les eaux minérales naturelles comme des milieux vitaux, comme des liquides injectables au sein des tissus.

Il expose ensuite le classement qualitatif et quantitatif qu'il a fait des différentes eaux minérales : eaux à minéralisation banale, eaux à minéralisation spéciale, d'abord ; — puis, eaux hypertoniques (Biarritz, Salins), isotoniques (Balaruc, La Bourboule), hypotoniques (Châtel-Guyon, Vichy).

Notons en passant qu'il range Châtel-Guyon parmi les hypotoniques, avec une minéralisation totale de 5 gr. 832, au lieu du chiffre classique de 7 gr. 28, parce qu'il exprime les carbonates en monocarbonates et non en bicarbonates, faisant abstraction des molécules d'acide carbonique combiné, ce qui se rapproche de la vérité, quand il s'agit d'eaux vieilles, d'eaux mortes où s'est produite une précipitation partielle des sels, mais ce qui est faux quand il s'agit au contraire d'eaux vivantes, ou même fraîchement embouteillées.

Il décrit les procédés qu'il a employés pour stériliser les eaux expérimentées, pour les conserver (ampoules de verre jaune ou rouge), pour les ramener toutes à l'isotonie.

Dans la troisième partie de son ouvrage, l'auteur relate en détails les nombreuses expériences auxquelles il s'est livré et les conclusions qu'il s'est cru autorisé à en tirer.

Qu'il s'agisse d'injections sous-cutanées ou intraveineuses, fragmentées ou massives, les eaux minérales n'exercent aucune action toxique sur les éléments cellulaires.

Des portions d'organes, intestin, artères, ont pu en effet être conservées à l'état frais et sans altération d'aucune sorte, même de leurs propriétés physiologiques, au milieu d'elles.

Les spermatozoïdes y vivent pendant plusieurs jours et s'y montrent animés de mouvements rapides, correspondant à une vitalité qu'ils n'ont pas dans d'autres solutions minérales.

Les globules rouges lavés en milieu minéral naturel ont pu être réinjectés plusieurs fois successivement à l'animal dont ils provenaient, ou à un animal de même espèce, non seulement sans inconvénient mais encore avec des effets revivificateurs qui n'auraient pu être obtenus après une saignée suivie d'une simple injection d'eau salée. L'application de ce procédé à l'homme a donné les meilleurs résultats en permettant de soustraire au malade (urémie) de grandes quantités de sérum sanguin toxique, sans le priver de ses hématies, et sans l'anémier.

D'une façon générale d'ailleurs, les effets produits chez l'homme sont en tous points comparables à ceux des sérums artificiels ordinaires, mais ils se sont toujours montrés beaucoup plus intenses. L'augmentation de la coagulabilité du sang est infiniment plus marquée, l'hémostase qui en résulte, plus rapide ; plus appréciables les processus de rénovation globulaire et de restauration (survie définitive d'animaux qui, transfusés simplement à l'eau salée ordinaire, eussent fatalement succombé) ; plus prompte et plus durable l'élévation *de la pression* sanguine ; plus amples les modifications produites sur les phénomènes d'excrétion. En résumé, un grand nombre d'eaux minérales réalisent des milieux organiques bien préférables au sérum physiologique ordinaire.

Au point de vue clinique et thérapeutique, les eaux minérales peuvent être utilisées dans l'organisme : 1° à titre général, dans tous les cas où les injections de sérum artificiel ou d'eau de mer isotonique sont indiquées ; 2° à titre spécial, pour obtenir d'une cure hydrominérale le maximum d'activité. Il y aura lieu de préciser par des études suivies l'eau minérale dont la nature convient le mieux à tel ou tel cas clinique déterminé. Il sera également nécessaire de reprendre ces études non plus avec de l'eau transportée (vieille ou morte) mais avec de l'eau vivante, c'est-à-dire utilisée sur place, immédiatement à sa sortie du griffon.

Malgré les avantages multiples des injections intra-tissulaires d'eaux minérales en tant que balnéothérapie proprement dite et d'application de la cure hydrominérale, il faudra, dans certains cas, en user avec le plus grand discernement, car cette forme d'introduction de l'eau dans l'organisme *ne se substitue nullement aux moyens d'administration habituellement employés*, mais elle est susceptible de renforcer beaucoup leur activité et d'é-

largir notablement le champ d'application déjà si étendu de la médication hydrominérale.

Ce travail représente une œuvre monumentale et de lecture fort intéressante. Il paraît mettre au point la question de l'emploi des eaux minérales en injections sous-cutanées, à titre de sérums naturels ; questions à l'ordre du jour depuis plusieurs années, puisque nous avons nous-même publié là-dessus une étude relative à l'eau de Châtel-Guyon dans les *Archives Générales d'hydrologie* en 1907, et que les communications de tels ou tels ont été assez fréquentes et assez répétées pour que M. Fleig ait cru devoir consacrer de longues pages de son livre à établir la priorité de la méthode en sa faveur.

L'avenir nous apprendra, espérons-le, ce qu'il faut définitivement accepter comme démontré dans ce chapitre si important de la thérapeutique par les Agents physiques et naturels, qui promet d'être la grande et la vraie thérapeutique de demain.

Dr G. DUCHESNE.

Guide pratique du Médecin-Inspecteur des écoles, par le Dr DUFESTEL, médecin-inspecteur des Ecoles de la Ville de Paris, avec préface de M. le Dr LE GENDRE, ancien président de la Ligue de l'Hygiène scolaire. (1 vol, in-18 jésus. cart. toile, de 230 pages, avec 19 fig. dans le texte. Prix : 3 fr. 50.)

Au moment où les pouvoirs publics se préoccupent d'organiser l'inspection médicale des écoles dans toutes les communes de France, il était indiscutable de montrer au médecin scolaire le rôle qu'il avait à remplir. C'est ce qu'a cherché à faire le Dr L. Dufestel, en écrivant le *Guide pratique du Médecin-Inspecteur des Ecoles.*

L'ouvrage est divisé en cinq parties : dans la première l'auteur expose le but de l'inspection médicale et comment le médecin doit comprendre sa fonction.

La deuxième partie est consacrée à l'inspection des locaux et à la visite des classes.

Le Dr Dufestel, dans la troisième partie, décrit une question nouvelle en France : l'examen médical de l'enfant à l'école et l'établissement de la fiche sanitaire individuelle. Il montre comment cet examen peut se faire rapidement et utilement et quels bénéfices l'enfant peut en tirer. Les chapitres de la quatrième partie sont consacrés à la prophylaxie des maladies contagieuses, à leur dépistage à l'école et aux moyens dont le médecin dispose pour les enrayer.

La cinquième partie traite des attributions secondaires du médecin-inspecteur, de la surveillance de l'éducation physique et de l'enseignement de l'hygène aux maîtres et aux élèves.

Cet ouvrage, le premier en France sur ces questions, rendra d'utiles services aux médecins des écoles en leur montrant ce qu'ils ont à faire et comment ils peuvent le faire. Nul n'était mieux qualifié que le Dr Dufestel pour publier un guide spécial de ce genre ; nul mieux que lui n'est au courant des questions si complexes de l'hygiène scolaire.

Aussi nous croyons qu'une fois en possession de ce memento, tous les praticiens seront aptes au service d'inspection médicale des écoles et que l'indication du Concours spécial dont on nous menace encore ne serait qu'une mauvaise plaisanterie.

REPORTAGE MÉDICAL

L'Orchestre Médical adresse un appel aux médecins de la région parisienne afin de les inviter à s'inscrire comme membres honoraires et à lui donner ainsi un témoignage de considération et d'intérêt.

La cotisation est de 20 fr. (minimum) par an.

Si l'on considère que l'Orchestre s'est donné, entre autres buts, celui de travailler au profit de nos œuvres d'assistance et de bienfaisance professionnelles, il faut espérer que cet appel sera entendu et que nombreux seront les confrères qui donneront par leur adhésion un encouragement et un appui inappréciables à une entreprise sur le côté utilitaire de laquelle nous n'insistons pas.

La loi de cure-taxe est votée. — Le 25 mars, a été appelé, devant la Chambre des Députés, le projet de loi, adopté par le Sénat, concernant la création de Stations hydrominérales et climatiques, et établissant des taxes spéciales dans les dites Stations, pour favoriser le développement de l'industrie hydrominérale.

Le projet a été voté sans discussion.

Mais si l'on tient compte de la nécessité préalable de rédiger le Règlement d'Administration publique qui en fixera les conditions d'application et des délais à courir entre le moment où ce Règlement sera publié et celui où les communes pourront formuler leurs demandes et les faire approuver par le Conseil d'Etat, il apparaît illusoire de compter sur la mise en application de la loi avant la saison de 1911.

Le poids des ans n'est qu'un vain mot. — Les ans, qui l'eût cru ? nous rendent, au contraire, plus légers ; un savant vient de l'établir.

Le foie, dont le poids normal est de 1 kilogr. 165 environ chez l'adulte, ne pèse plus que 800 ou 900 grammes chez le vieillard.

Le rein de l'adulte pèse 170 grammes et 100 grammes seulement chez le vieillard.

Le cœur seul ne cesse de s'accroître avec l'âge : il pèse environ 100 grammes de plus que chez l'adulte.

Plus on vieillit, plus on a le cœur gros : c'est peut-être parce qu'on éprouve beaucoup plus de chagrin à voir s'enfuir les années.

(*Monde Thermal.*)

Un Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée aura lieu cette année à Copenhague vers la fin d'août.

Les personnes qui désireraient assister à ce congrès seront assurées du meilleur accueil en Danemark. Elles pourront s'adresser pour les renseignements au Secrétaire général du Congrès M. Haarlois, ministère de l'Intérieur, à Copenhague — et envoyer leur adhésion et leur souscription (20 fr.) à M. le Trésorier général du congrès Landmandsbanken Copenhague.

Erratum. — L'adresse de la maison Marchal et Godde, éditeurs de l'ouvrage du Dr Levassort : « Le Monopole des Assurances », est 27, place Dauphine et non rue Dauphine, comme nous l'avons indiqué par erreur dans notre dernier numéro.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 17 Dimanche 24 AVRIL 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

SOMMAIRE

Propos du jour
La campagne syndicale en faveur du libre choix et les élections législatives. — Liste des candidats acceptant le libre choix..... 353
Obstétrique
Les hémorrhagies de la délivrance..... 355
La semaine médicale.
Accidents attribués aux vers intestinaux. — Appareil de marche pour fractures de cuisse. — Traitement kinésithérapique de la maladie de Little. — La coqueluche..... 357
Revue des sociétés savantes.
Destruction des mouches. Les poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique. Réaction des syphilitiques à la tuberculine. — Evacuation minime des épanchements pleuraux. Angiocholite suraiguë guérie par le drainage du canal hépatique..... 359
Formulaire raisonné
Traitement de la couperose..... 361
Maladies nerveuses
Une cause peu connue d'insomnie..... 362
Thérapeutique
Comment on doit rechercher les signes de la dilatation gastrique..... 363
Législation médicale
Enregistrement des diplômes..... 364
IIIe Congrès des Praticiens..... 364
Intérêts professionnels
Fonctionnaire ou non ? — Réponse..... 367
Jurisprudence médicale
Encore l'article 10 du décret et la question de cumul. 369
Chronique de la Prévoyance
Caisse des pensions de retraite du corps médical français..... 372
Société médicale des Praticiens..... 373
Reportage médical..... 374
Nécrologie..... 374

PROPOS DU JOUR

La Campagne Syndicale en faveur du libre choix et les Elections législatives.

Elle se continue active, notre campagne en faveur du libre choix ; de toute part nous recevons d'intéressants concours.

On nous demande partout des lettres d'adhésion et nombreux sont les candidats qui les signent.

Mais ce qui surtout nous réjouit, ce qui prouve l'excellence de notre cause, c'est de voir notre principe catégoriquement adopté par des candidats d'opinions politiques diamétralement opposées, par des hommes de choix qui ne s'abaisseraient certes pas à troquer leur signature contre un problématique appui électoral.

Nous voyons des députés sortants ou d'anciens députés, des conseillers municipaux de Paris, conservateurs, libéraux, progressistes, radicaux, socialistes, reconnaître franchement que notre demande est raisonnable, nos exigences justes et plus en faveur du bien public et de la liberté de tous, que de l'intérêt médical.

Si les engagements de députés sortants que nous avons reçus n'avaient été signés que de nos seuls confrères : Dubuisson, du Finistère ; Laurent, de la Loire ; Sireyjol, de la Dordogne ; Dudouyt, de la Manche ; Héritier, de l'Ain ; Pujade, des Pyrénées-Orientales, et autres, nous n'en aurions pas été autrement surpris ni satisfaits.

Nous connaissons de longue date ces vaillants de la veille, nous les savons dévoués aux intérêts médicaux, nous avons pu en maintes circonstances apprécier leur appui et juger de leur dévouement à notre commune cause. Mais nous avons reçu nombre d'adhésions de députés, qui ne laissent aucun doute sur le chemin que fait dans le monde parlementaire l'idée de liberté de confiance. Ce sont MM. les :

Députés : Amiral Bienaimé, Desplas, Ch. Benoist, Prache, M. Spronck, G. Berry, Tournade, Groussier, Le Foyer, Chauvière, Pugliesi-Conti, M. Sembat, Rouanet, Bussat, H. Depasse, Deloncle, J. Breton, Dr Sireyjol, Thierry-Cazes, Marquis de Pins, P. Leroy-Beaulieu, Dr Laurent, Dr Vazeille, Dr Dudouyt, Bartissol, Em. Brousse, Pujade, Laroche, Decker-David, Carnaud, Héritier, Basly, Lamendin, Lenoir, Haguenin, Mesbret, Wilm, Steeg, etc.

Les anciens députés ; MM. J. Auffray, Ch. Gras, Henry Maret, etc.

Les conseillers municipaux de Paris et conseillers généraux de la Seine : MM. Rebeillard, Escudier, Colly, A. Chérioux, Voilin, etc.

La plupart d'entre eux ayant leur élection assurée, n'ont aucun intérêt à se prononcer en faveur d'un principe dont la grosse majorité des électeurs ignore encore l'importance, importance que nous travaillerons désormais avec plus d'énergie à leur faire connaître.

La diversité des opinions de ceux qui s'engagent à soutenir le libre choix du médecin par le malade est et restera pour nous le meilleur argument en sa faveur.

Quand on voit des hommes d'une valeur aussi indiscutable et de partis politiques aussi différents que MM. Painlevé, membre de l'Académie des Sciences, et professeur à la Sorbonne, Ch. Benoist, membre de l'Académie des Sciences morales et politiques, l'amiral Bienaimé, Marcel Sembat, Henry Maret, Steeg, Hector Depasse et autres, accepter librement de défendre un principe, on est en droit d'affirmer que ce principe n'est pas une utopie, qui a germé quelque jour dans le cerveau brumeux d'un théoricien rêveur, mais que c'est bien une idée non pas destinée à flatter les masses moutonnières d'électeurs inconscients, mais capable de faire accomplir à notre Société un progrès réel, en donnant à tous un peu plus de liberté et un peu plus de justice.

C'est pourquoi, médecins syndiqués, continuez activement la campagne ; montrez aux candidats la liste bien incomplète, bien restreinte que nous publions, car nous n'avons reçu qu'une très faible partie des engagements qui ont été signés, insistez sur la valeur morale, sur les qualités de ceux qui ont adhéré à notre programme et, si avant le premier tour de scrutin, nous avons recueilli de nombreuses et précieuses promesses, soyez persuadés que pour le second tour nous aurons conquis l'approbation générale.

En avant, pour la liberté de confiance, pour le libre choix du médecin par le malade, pour le respect de la dignité humaine et pour la sauvegarde de l'indépendance du médecin praticien.

J. Noir.

Liste des candidats aux élections législatives dont les engagements en faveur du libre choix du médecin par le malade sont parvenus à temps pour être annoncés.

Département de la Seine

Paris. — 1er *arrondissement* : M. Paul Cloarec.

2e *arrondissement* : MM. l'amiral Bienaimé, député : Rebeillard, conseiller municipal.

3e *arrondissement* : M. Smetana.

4e *arrondissement* : Pas de réponses à l'heure actuelle.

5e *arrondissement* : 1er *cir.*, MM. Gustave Tillier ; Jules Auffray, ancien député ; Paul Painlevé, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne ; Poli.

2e *Circ.*, MM. de Moro Giafferri ; Charles Gras, ancien député (avec restrictions) ; Desplas, député.

6e *arrondissement* : MM. Ch. Benoist, député ; Prache, député.

7e *arrondissement* : M. Maurice Spronck, député.

8e *arrondissement* : Pas de réponses à l'heure actuelle.

9e *arrondissement* : 1re *Circ.*, M. Georges Berry, député ; M. F. Chazot.

2e *Circ.*, MM. Paul Escudier, conseiller municipal ; Maurice de Redon.

10e *arrondissement* : MM. Tournade, député ; Groussier, député ; Jacquelin ; Marcel Bitard ; M. Brau.

11e *arrondissement* : M. Albert Garnier ; M. Edouard Ignace.

3e *Circ.*, MM. Offenstad-Villefranche ; Louis Chevaux ; Gautier-Rougeville (Folie-Méricourt).

12e *arrondissement*. 1er *Circ.*, Dr Musy.

2e *Circ.*, MM. Lucien Le Foyer, député ; Albert Orry ; Fantz ; Jean Colly, conseiller municipal.

13e *arrondissement* : Pas de réponses à l'heure actuelle.

14e *arrondissement* : MM. Steeg, député, le commandant Dupourqué ; Jean de Ruskam ; Eugène Nolent.

15e *arrondissement* : 1re *Circ.*, M. Paul Aubriot.

2e *Circ.*, MM. Bertrand d'Aramon ; Adolphe Chérioux, conseiller municipal ; Chauvière, député.

16e *arrondissement* : M. Paul Uginet.

17e *arrondissement* : MM. Lucien Banzin ; Pugliesi-Conti, député ; L. Wéry ; Ernest Roche.

18e *arrondissement* : 1re *Circ.*, M. Marcel Sembat, député.

2e *Circ.*, MM. Robert Montillot ; Charles Bernard ; Paul Chartrand ; Rouanet, député.

3e *Circ.*, M. Bussat, député.

19e *arrondissement* : Pas de réponses à l'heure actuelle.

20e *arrondissement* : 1er *Circ.*, M. Cladel.

2e *Circ.*, M. Reneux, ; Briand.

1re *Circ.*, M. Claudel.

2e *Circ.*, MM. Reneux, Briand.

Arrondissement de Saint-Denis : **Neuilly-Boulogne** : M. Hector Depasse, député ; **Levallois-Clichy** : M. Jean Brack ; 3e *Circ.*, MM. Léon Oudinot, Gautherot ;

3e *Circ.* : MM. les Drs A. Meslier, député ; Bokanowski.

4e *Circ.*, M. Albert Willm, député.

7e *Circ.*, M. Voilin, conseiller général.

Pantin-Noisy-le-Sec, M. Roger Trousselle.

Arrondissement de Sceaux : **Charenton** : M. Fraenkel (programme), M. Chenal, député, avec réserves sur la liberté à laisser aux conseils généraux et aux communes dans un but de décentralisation ; **Sceaux** : 1re *Cir.*, M. Deloncle, député

2e *Circ.*, M. le Dr Dircysen.

Province

AIN. — **Nantua**. M. René Nicod

Belley. — Dr Héritier, député.

ALLIER. — **Arrondissement de La Palisse** : M. Vexenat, de Vichy. — Des demandes nombreuses de bulletins d'adhésion nous ont été faites.

BOUCHES-DU-RHONE. — **Marseille** : MM. Carnaud, député ; Duverger, Hesse, Spinelli, Carlier, Brion, Vidal, Louis Roux.

CHER. — 1re **Circonscription de Bourges** : MM. Debaune ; Paul Commenge. — 2e **Circ. de Bourges** : MM. Jules-Louis Breton, député ; Péraudin — 1re *Circ.* **de Saint-Amand** : M. Bonnerot. — 2e **Circ. de Saint-Amand** : MM. Demerson, Gaulmier Thomas (A.), — **Circonscription de Sancerre** : M. Henry Maret, ancien député ; Dr Ravier. Soit 10 adhésions sur 18 candidats.

DORDOGNE. — Dr Sireyjol, député.

FINISTERE. — **Circ. de Quimper** : M. Pichon, — **Circ., de Chateaulin** : M. le Dr Dubuisson.

GERS. — **Circ. d'Auch** : MM. les Drs Lamalens ; Decker-David, député. — **Circonscription de Lectoure** : MM. Thierry-Cazes, député ; Théodore Dupuy, Nais, Descat, — **Circ., de Condom**, Dr Masclanis ; Dufrèche . — **Circ., de Lombez** : Marquis de Pins, député.

HERAULT. — **Circ. de Montpellier** : M. Pierre Leroy-Beaulieu, député.

LOIRE. — 1re **Circ., de Roanne** : Dr Laurent, député. — 1re **Circ. de Montbrison** : M. Chialvo.

LOIRET. — **Circ. de Montargis** : Dr Vazeille, député ; Prosper Germain, René Weill.

MANCHE. — **Circ. de Coutances** : Dr Pierre Dudouyt, député ; MM. Dutertre, Boisnel (sous réserves qu'il n'en résulte pas de charges nouvelles pour les finances publiques.)

MARNE. — **Reims** : 2e **Circ.** : M. Lenoir, député. — M. Paul Razous. — 3e **Circ.**, : M. Haguenin, député, M. le général Dubois.

MAYENNE. — 2e **Circ. de Mayenne** : M. Edmond Leblanc.

NORD. — **Circ. de Lille** : MM. Spriet, Dambrine, Duburcq et Saint-Venant. —. Mourmant a signé la circulaire mais en restreignant le libre-choix aux médecins sortant des Facultés de l'Etat.

PAS-DE-CALAIS. — **Béthune** : MM. Basly, député ; Lamendin, député.

PYRENEES-ORIENTALES. — 1re **Circ. de Perpignan** : MM. Bartissol député ; Manant, Bertran, Deslinières. — 2e **Circ., de Perpignan** : MM. Chauvet, Thomas, Rameil. — **Circonscription de Prades** : M. Em. Brousse, député . — **Circ. de Céret** : Dr Pujade, député, M. Brial. — N'ont pas daigné répondre à une lettre recommandée MM. Dalbiez, député (Perpignan) ; le Dr Battle (Prades) ; d'Espic et Lieuse (Céret).

SAONE-ET-LOIRE. — M. Henri Maître a adhéré ; M. Petitjean (un nom prédestiné !) n'a pas voulu s'engager après avoir cherché à éluder la question.

SARTHE. — **Circ. de La Flèche** : MM. Laroche, député ; d'Aubigny.

SAVOIE. — 1re **Circ. de Chambéry** : M. le Dr Jant. — **Saint-Jean-de-Maurienne** : M. Vulliamet.

SEINE-INFERIEURE. — **Rouen** : MM. Robineau, Tilloy, Delpeuch, Poisson, Jouvin. — **Le Havre** : MM. Nordet, Clément, Bettencourt.

TARN. — 1re **Circ. de Castres** : M. Clermont-Guiraud, qu'il ne faut pas confondre avec le Dr *Georges Guiraud*. — **Circ. de Lavaur** : M. de Belcastel. — Le Dr *G. Guiraud*, candidat à Lava r, s'est déclaré *absolument hostile* à la liberté de confiance.

La Fédération du Sud-Est nous communique la circulaire dans laquelle elle presse ses adhérents de faire une campagne active auprès de tous les candidats.

Nous venons enfin de recevoir du *Puy-de-Dôme* de la *Sarthe*, de la *Côte-d'Or*, de la *Nièvre*, etc., des demandes de lettres d'adhésion qui nous portent à penser que dans tous les départements dont nous n'avons pas encore reçu de nouvelles, le Corps médical prend part à notre action.

OBSTÉTRIQUE

Les hémorrhagies de la délivrance,

Par le Dr Louis DUBRISAY,

Ancien interne des hôpitaux,
Ex-chef de clinique d'accouchement de la Faculté de Paris.

Le grand accoucheur Paul Dubois avait coutume de dire dans ses leçons que si une chose avait pu le faire renoncer à la pratique des accouchements, c'était la gravité toute particulière que présentent parfois les *hémorragies puerpérales*.

Dans un précédent article, nous avons examiné quelle était la conduite à tenir pour le praticien en présence d'un accouchement spontané et d'une délivrance normale, et si on peut dire que dans 95 % des cas tout se passe sans le secours de l'art, il n'en est pas toujours ainsi.

Lorsqu'en effet l'enfant est né, spontanément ou artificiellement, tout danger pour la femme est loin d'être écarté, et on a dit, avec raison, que, d'une délivrance bien conduite, dépend souvent le pronostic des suites de couches.

Quinze ou vingt minutes, en moyenne, après l'expulsion ou l'extraction de l'enfant, l'utérus se contracte à nouveau, un peu de sang s'échappe hors des organes génitaux, indiquant que le placenta se décolle, et bientôt (sans entrer dans le détail de la physiologie de la délivrance), il passe du corps de l'utérus dans le segment inférieur, qu'il déplisse, de là, il est expulsé spontanément ; ou bien par une légère poussée faite sur le fond de l'utérus, il est chassé hors des organes génitaux externes. Voilà ce qui se passe dans les cas normaux.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Sous l'effet de causes multiples :

Femmes *cardiaques*, *albuminuriques*,

Travail trop long (quelle qu'en soit la cause)...

Utérus surdistendu (par un excès de liquide, une grossesse gémellaire),

Insertion du placenta sur le segment inférieur (placenta prævia),

Présence de *fibromes* dans la paroi *utérine*,

Administration au cours du travail de chloroforme (qu'on a accusé, un peu à tort, je crois, de prédisposer aux hémorragies), etc., etc.,

Il semble que le muscle utérin n'ait plus la force de se *contracter*, ni de se *rétracter* : il y a *inertie utérine*.

L'utérus, au lieu d'être *ferme*, *dur*, est *flasque* et *mou* et alors, au lieu d'une faible quantité de sang (500 à 600 grammes), perdue en moyenne dans une délivrance normale, l'hémorragie peut atteindre des chiffres beaucoup plus considéra-

bles, 1.000, 1.200. 1.500 grammes et mettre rapidement la vie de la femme en danger.

Il faut savoir agir et agir vite .

Les hémorragies de la délivrance peuvent se diviser en deux groupes :

A) Les *hémorragies immédiates*, se produisant avant l'expulsion de l'arrière-faix ou immédiatement après. Ce sont de beaucoup les plus fréquentes ; ce sont elles que nous aurons en vue dans cet article.

B) Les *hémorragies secondaires*, se produisant plusieurs heures après l'accouchement. Le plus souvent, elles se produisent parce que la femme n'a pas été suffisamment surveillée. Leur traitement consiste dans l'évacuation rapide, avec la main, des caillots contenus dans l'utérus, suivie d'injections intra-utérines (à l'aide d'une sonde à double courant), à 48°, faites avec de l'eau bouillie ou du permanganate (0,25 pour mille), ou une solution iodo-iodurée (voir plus loin). Il est préférable de ne pas mettre de sublimé dans l'utérus.

Hémorragies immédiates. — Il faut s'assurer, avant tout qu'on est bien en présence d'une *hémorragie utérine.*

Le sang, en effet, peut provenir de la *vulve*, du *périnée*, du *vagin*, du *col* ; il suffit d'examiner localement. En outre, dans tous ces cas, les contractions utérines n'ont aucune influence sur l'écoulement sanguin, qui continue à se produire en dépit de la réapparition du *globe rassurant* (corps de l'utérus contracté).

On doit éliminer également les *hémorragies du segment inférieur*, qui sont la conséquence, soit d'une déchirure de cette région, soit d'une insertion vicieuse du placenta : le sang s'écoule au dehors d'une façon continue, ou bien il s'accumule dans le segment inférieur qu'il distend, refoulant vers le diaphragme le corps utérin petit et dur. Le traitement consiste essentiellement en l'ablation des caillots et débris : ne pas trop compter sur les injections chaudes et ne pas hésiter à comprimer le segment inférieur entre un double tampon, l'un *utéro-vaginal*, l'autre *abdominal* réunis par un bandage en T.

L'hémorragie est bien due à l'inertie utérine : pour qu'elle puisse se faire, il faut que le placenta soit en partie décollé, ou expuisé depuis peu.

Cette hémorragie peut être *externe*, *interne* ou *mixte* (c'est le cas le plus habituel).

Les symptômes dépendent d'ailleurs essentiellement du *degré de l'hémorragie* et de l'état actuel de la femme : une perte de sang insignifiante pourrait être le point de départ de phénomènes graves chez une accouchée déjà affaiblie par des hémorragies répétées.

L'hémorragie peut être *silencieuse* : La femme ne se plaint de rien ; elle semble reposer tranquillement, mais si on vient à l'examiner, on la trouve pâle, parfois sans connaissance ; le pouls *est rapide* et *petit*, parfois *incomptable*. Si la perte est abondante, les *extrémités sont froides*, ainsi que l'*haleine*, les lèvres décolorées. On découvre alors la malade ; si l'hémorragie a été externe, la femme baigne dans une véritable mare de sang. S'agit-il d'une hémorragie interne ? C'est à peine si les draps sont maculés, mais en portant la main sur l'abdomen, on s'aperçoit que l'utérus *très mou*, remonte bien au-dessus de l'ombilic. L'expression fait sortir un flot de sang liquide charriant des caillots.

Dans d'autres cas, l'hémorragie s'accompagne de troubles qui attirent l'attention de la malade : celle-ci se plaint de vertiges, d'éblouissements, de nausées ; elles se sent défaillir. Parfois elle accuse d'assez fortes douleurs de reins.

La quantité de sang perdue est très variable : elle peut varier de 500 à 1500 grammes.

Le *pronostic* dépend *de l'état général de la femme*, de la *quantité* de sang perdu. On peut, de toute façon, considérer comme grave toute hémorragie dépassant 800 gr.

La mort peut être *immédiate*, par *anémie aiguë*, par *syncope* ; elle peut survenir *tardivement*, du fait de l'*infection*, toujours redoutable chez les femmes qui ont beaucoup perdu.

Traitement. — Le traitement est *préventif* ou *curatif.*

a) *Préventif* : Il faut empêcher, dans la mesure du possible, par la bonne surveillance de l'accouchement, l'*inertie utérine* de se produire.

b) *Curatif* : Le traitement curatif doit répondre à deux grandes indications :

1° *Arrêter l'hémorragie*, traitement local ;
2° *Combattre l'anémie aiguë*, traitement général;

1° *Arrêter l'hémorragie.* — Le traitement local consiste dans ce simple précepte donné par Tarnier : *il faut vider l'utérus*, pour favoriser sa *rétraction* et sa *contraction.*

La femme est ou n'est pas délivrée. Si l'arrière-faix est encore dans l'utérus, on pratique la *délivrance artificielle* et on laisse la main dans l'utérus, en guise d'excitation, jusqu'à ce que l'organe se rétracte bien.

Si la *délivrance est faite*, il faut encore introduire la main dans l'utérus, pour en explorer la cavité et le débarrasser de tout débris (membranes ou placenta), ainsi que des caillots qui le distendent.

On se trouvera bien, *une fois l'utérus vidé*, de faire une ou deux injections sous-cutanées d'*ergotine.*

Dans la majeure partie des cas, cela suffit, l'hémorragie s'arrête, il n'y a plus qu'à faire une injection intra-utérine avec un antiseptique faible (permanganate, eau oxygénée, etc., surtout *pas de sublimé*), et à bien surveiller l'utérus.

Si l'hémorragie ne s'arrête pas, ou se reproduit, on aura recours aux moyens suivants :

a) Injections intra-utérines d'eau bouillie à 48 ou 50° faites avec une sonde à double courant. Faire passer 4 ou 5 litres.

(On a proposé les *injections de sérum gélatiné* : elles sont très hémostatiques, mais présentent le grand inconvénient de favoriser l'infection en offrant aux germes un excellent milieu de culture).

b) Tamponnement intra-utérin, à la gaze stérilisée. — Ne pas le laisser plus de 12 heures pour éviter l'infection.

c) Compression de l'aorte, faite soit directement avec la main, à travers l'abdomen, soit avec une bande ou un tube de caoutchouc quelconque, fortement serré autour de la taille (*Procédé de Momburg*).

Les deux derniers procédés (tamponnement et compression de l'aorte) ne sont que des moyens d'attente, qui permettent d'arrêter l'hémorragie pendant qu'on remonte l'état général de la femme par le traitement que nous allons indiquer maintenant.

2° *Traitement général.* — C'est le traitement de toutes les hémorragies, aussi ne ferons-nous qu'en indiquer les grandes lignes.

Il faut :

1° *Immobiliser la femme*, la tête basse, au besoin dans la position de Trendelenburg.

2° *La réchauffer.*

3° *Relever le tonus vasculaire* au moyen de :

a) Sérum artificiel, à doses massives, 1 ou 2 litres dans les 24 heures, en injections sous-cutanées ou intra-veineuses (s'il y a urgence).

b) Injections d'éther.

c) Injections de caféine ;

4° *Activer l'influx nerveux* : huile camphrée, alcool, frictions.

5° *Combattre l'ischémie des centres*, par la position, par l'auto-transfusion (ligature des membres).

6° *Ultérieurement*, combattre l'anémie consécutive par le sérum, le fer, etc.

En dernier lieu, on redoublera les précautions antiseptiques, pour éviter l'infection, si grave, chez les malades qui ont été fortement saignées.

N. B. — On se souviendra que, plus que toutes les autres infectées, les femmes ayant subi de grandes pertes de sang sont susceptibles d'avoir des phlébites, aussi faudra-t-il les surveiller sévèrement.

LA SEMAINE MÉDICALE

Accidents attribués aux vers intestinaux.

Dans plusieurs articles du *Concours*, nous avons insisté déjà sur les phénomènes variés et parfois inquiétants produits par les vers intestinaux : fausses méningites, fausses fièvres typhoïdes, fausses coliques hépatiques, fausses appendicites, vertiges, crises d'épilepsie, d'hystérie, d'hallucinations, palpitations, prurit, altération des traits.

Notre confrère, M. le Dr Baros, de Bussang, vient de publier dans la *Revue médicale de l'Est* deux cas fort intéressants d'accidents dus aux vers intestinaux ou attribués par erreur à des helminthes.

« L'un est celui d'un jeune homme pris subitement de troubles cardiaques graves ayant fait penser à une affection de cet organe, alors qu'il ne s'agissait que d'ascarides lombricoïdes ; l'autre se rapporte à une fillette présentant des symptômes de gastro-entérite avec vomissements, diarrhée et expulsion par l'intestin d'une multitude de vésicules transparentes, à membrane translucide, ovoïdes, effilées, à l'une des extrémités ou aux deux, faisant croire à des œufs de vers intestinaux de forme bizarre, dont l'examen microscopique seul révéla la nature.

Dans le premier cas, toute l'attention se concentra du côté de l'appareil cardio-pulmonaire qui donnait les plus grandes inquiétudes, car après une période fébrile, en même temps que le pouls se ralentissait à 43, la respiration se précipitait, atteignait 64 par minute, la température restant très basse. Or, tous ces phénomènes disparurent rapidement, dès le moment où le malade eut rendu un énorme ascaride.

Dans le second cas, il s'agissait d'une fillette de 12 ans, atteinte de coliques, de diarrhée sanguinolente avec état général inquiétant et qui rendit dans les selles une quantité considérable de vésicules ovoïdes, arrondies à l'une de leurs extrémités, ressemblant à des grains d'orge très grossis, qui ont conservé leurs barbes, à liquide citrin, transparent, clair, entourées d'une membrane mince et translucide.

Ces vésicules bizarres, qu'on pouvait considérer comme des œufs de vers, furent soumises à M. le Dr Thiry, chef du laboratoire d'histoire médicale naturelle de Nancy, qui reconnut par un examen microscopique minutieux que ces vésicules, assez semblables à des échinocoques, étaient simplement du parenchyme d'orange. Et de fait, l'enquête démontra que l'enfant avait mangé abondamment et goulûment des oranges dont la pulpe avait pris cette disposition singulière et que cette ingestion exagérée était la cause première des accidents gastro-intestinaux.

Appareil de marche pour fractures de cuisse

L'emploi des appareils de marche pour fractures, si fréquemment préconisés par M. le Dr Reclus n'a malheureusement pas encore con-

quois l'opinion et demeure encore inconnu de la majorité des praticiens. M. le Dr Savariaud de l'hôpital Trousseau, vient de reprendre la question et de présenter un nouvel appareil de marche pour fracture de *cuisse* (*La Presse médicale*, nº 27.). L'appareil de Savariaud peut être appliqué par toute personne habituée à manier le plâtre et les fractures ; il ne nécessite aucun instrument spécial pas même la pincette de Reclus, ni aucun tour de main extraordinaire ; il a, de plus, l'avantage de ressembler tellement à l'appareil à étrier classique en matière de fracture de jambe, que quiconque est habitué à bien appliquer l'un est à même de très bien réussir l'autre. « Il faut réduire la fracture lentement, sans provoquer de contraction de la part du blessé, c'est-à-dire sans le faire souffrir. Ensuite, on devra fixer le membre dans cette position au moyen d'une botte d'égoutier en plâtre remontant jusqu'au pli génito-crural et composée d'une attelle antérieure et d'un étrier. C'est sur le bord interne de cette botte que marchera le blessé lorsque la consolidation sera suffisamment avancée. Jusque-là, on le fera marcher avec des béquilles, le membre fracturé oscillant dans le vide, et le reste du temps, lorsque le malade sera couché, on fera de l'extension continue sur son appareil.

« Cet appareil est indiqué pour les fractures du 1/3 inférieur et même de la 1/2 inférieure du fémur.

« Les dyscrasies et un état général défectueux ne paraissent pas une contre-indication absolue. En revanche, l'obésité et la trop grande mollesse du sujet semblent devoir le faire rejeter. Les sujets de choix sont les sujets maigres et énergiques, ce qui est généralement le cas des ouvriers. Toutefois, un certain embonpoint ne constitue pas une gêne bien grande, surtout s'il est compensé par le désir de sortir au plus tôt du lit, fût-ce au prix d'une souffrance très légère. Car, la méthode n'est point douloureuse.

« Les fractures situées plus haut que le milieu du fémur ne sont plus justiciables de cet appareil, qui s'arrête avant le pli de l'aine. Il faut alors le compléter par un spica plâtré, qui gêne ou supprime la flexion du membre inférieur et l'attitude assise. Aussi cet appareil ne présente-t-il pas les mêmes avantages que le précédent ; il est aussi plus difficile à appliquer, et c'est pour ces deux raisons qu'il paraît devoir céder le pas, en règle générale à l extension, suivant la méthode de Hennequin, qui a fait depuis longtemps ses preuves ».

Nous renvoyons à l'article de la *Presse médicale* (2 avril 1910) pour les détails techniques de l'application.

Traitement kinésithérapique de la maladie de Little.

Le Dr P. Kouindjy, chargé du service de rééducation et de massage à la clinique Charcot de la Salpêtrière, a fait sur ce sujet, au récent Congrès international de Physiothérapie, une intéressante communication, dont voici le résumé :

Le traitement kinésithérapique de la maladie de Little (tabès dorsal spasmodique) se compose du massage méthodique et de la rééducation des mouvements et principalement de la rééducation de la marche.

Le massage méthodique est appliqué aux muscles en hypotonie, afin de mettre leur tonicité au même niveau que la tonicité des muscles contracturés. D'après le principe du traitement de la contracture musculaire par la méthode exposée dans un travail publié en 1905, les manœuvres massothérapiques ne sont appliquées qu'aux groupes antagonistes aux muscles en hypertonie. Cette application exige un examen préalable par le masso-diagnostic pour déterminer la distribution topographique de la contracture. Cette distribution topogaphique se présente à peu près de la façon suivante :

Dans les membres inférieurs, la contracture occupe les muscles postérieurs de la jambe : les deux jumeaux, le soléaire, les fléchisseurs des orteils ; le biceps crural, le demi-tendineux, le demi-membraneux; les adducteurs, le droit interne ; le jambier postérieur et partiellement le jambier antérieur. Dans les membres supérieurs la contracture attaque : le biceps brachial, le coraco-brachial, le rond pronateur, les fléchisseurs communs des doigts, le cubital antérieur, l'abducteur du pouce, et partiellement le long supinateur, les deux palmaires et les pectoraux. Dans la région de la nuque, les scalènes, antérieur et postérieur, le splénius et partiellement le trapèze. Parmi les muscles abdominaux, les grands droits et aussi les psoasiliaques. Cette topographie n'est pas générale et dans beaucoup de cas, un ou deux groupes musculaires seulement sont pris.

La contracture musculaire dans la maladie de Little présente trois phases : au début et quand l'enfant n'a que 2 ou 3 ans, la contracture se présente sous forme de rigidité spasmodique ; les articulations ne sont pas encore immobilisées. Plus tard, à 4, 5 ou 6 ans, surtout quand l'enfant fait des efforts continuels pour marcher, la rigidité spasmodique se transforme en contracture franche des groupes musculaires, fléchisseurs et rotateurs en dedans. Dans la troisième phase, la contracture se complique des rétractions tendineuses et des difformités articulaires et osseuses.

Ces trois phases présentent des indications nettes : massage méthodique et rééducation des mouvements dans la première phase suffisent; le massage méthodique de rééducation de la marche doit se compléter par la gymnastique et le redressement manuels par traction du tendon dans la deuxième phase. Enfin, dans la troisième phase, le traitement kinésithérapique est suivi par la ténotomie et le redressement plâtré avec appareil amovible, afin de permettre le massage quotidien des muscles en hypotonie.

Le traitement kinésithérapique influence en outre sur le développement des facultés intellectuelles de l'enfant arriéré et atteint de Little, contribue également à développer le centre de la

parole, et par conséquent, rend à l'enfant non seulement la marche, mais aussi l'intelligence et la parole.

Il doit être conduit avec méthode et persévérance. Tout praticien doit éviter de laisser le petit little aux soins de la nature et surtout de ne pas attendre l'âge de 7 ans ; il doit commencer le traitement kinésithérapique le plus tôt possible afin d'empêcher l'affection de passer dans la phase des contractures franches. Tout retard apporté dans l'application du traitement kinésithérapique de la maladie de Little entraîne la rétraction tendineuse et, par conséquent, les difformités articulaires, os, etc.

La coqueluche.

Dans une étude de la *Pédiatrie Pratique*, notre confrère, M. Ausset, exprime son étonnement que la coqueluche soit si négligée par le public et même par les médecins, car, dit-il, c'est souvent une maladie très grave.

Tout d'abord, elle amorce la tuberculose en préparant le terrain favorable à l'ensemencement du bacille ; elle provoque des désordres cardio-vasculaires (ruptures, dilatations) qui peuvent compromettre à jamais le bon fonctionnement de ces organes. Elle peut encore amener des accidents terribles d'hémiplégie et des convulsions chez des enfants d'âge moyen (6 à 8 ans).

C'est à peine s'il existe dans la science une centaine de cas publiés d'accidents paralytiques au cours de la coqueluche ; quelques-uns ont été suivis d'autopsie, et, dans ces derniers, les lésions constatées ont été soit de la congestion, soit des hémorrhagies, soit du ramollissement. Une des observations les plus intéressantes est celle publiée par Audéoud (*Arch. de méd. des Enfants*, 1900, p. 159) qui constata, à la nécropsie de son malade, une méningo-encéphalite d'origine streptococcique, par infection secondaire.

Dans certaines observations, on trouve noté que les accidents convulsifs se sont produits à l'occasion des quintes et au cours de coqueluches très violentes. Aussi les auteurs ont cru devoir interpréter les convulsions et les paralysies comme étant simplement la résultante de la quinte : l'hémorrhagie cérébrale ou méningée se produisait tout simplement comme se produisent, dans les quintes violentes, les hémorrhagies nasales ou sous-conjonctivales.

Or, la ponction lombaire a montré d'une manière à peu près incontestable que l'infection joue un rôle prépondérant.

« La coqueluche est une maladie infectieuse ; son agent spécifique, encore inconnu, doit, comme tous les autres microbes, agir sur les vaisseaux, les centres nerveux et tous les appareils de l'économie, non seulement par lui-même, mais aussi par les poisons qu'il sécrète. D'autre part, dans la coqueluche, les infections secondaires sont excessivement fréquentes. Il est donc aisé de concevoir que, par le microbe de la coqueluche, par d'autres microorganismes infectant secondairement, il peut se produire au niveau des centres nerveux des altérations vasculaires, des inflammations méningées, ou de l'encéphalite, absolument comme il s'en produit au cours des diverses maladies infectieuses. »

« L'examen du liquide céphalo-rachidien par la ponction lombaire devient, en somme, une recherche indispensable dans les cas de complications nerveuses : non seulement, il faut en faire l'examen microscopique, mais, en cas de résultats négatifs, on doit s'adresser aux réactions de *Vincent* et de *Bordet-Gengou*.

« Car l'encéphalite peut être causée non seulement par un microorganisme, mais aussi par les toxines secrétées par le microbe. »

La constatation de la gravité de la coqueluche doit nous inviter à rechercher un remède plus efficace que ceux employés jusqu'ici.

Parmi les anciens remèdes, il n'y a guère que la belladone qui rende vraiment des services signalés ; mais combien dangereuse à manier si l'on n'est pas sur place pour surveiller son emploi. Les nouveaux remèdes sont l'antipyrine, l'æthone, le goménol, ce dernier soit en inhalations, soit en injections sous-cutanées.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La destruction des mouches, en hygiène. — Les poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique. — Réactions des syphilitiques à la tuberculine. — Evacuations minimes des épanchements pleuraux. — Angiocholite suraiguë guérie par le drainage du canal hépatique.

Les hygiénistes sont aujourd'hui d'accord pour faire jouer aux mouches un rôle assez important dans la propagation des maladies transmissibles, fièvre typhoïde, tuberculose, etc. M. Léon Labbé rappelle, à la tribune de l'*Académie de médecine*, quels sont les moyens les plus efficaces de destruction de ces insectes.

Au moment où les mouches font leur apparition, dit-il, il suffit de répandre de l'huile de schiste dans les endroits où elles pullulent le plus volontiers, c'est-à-dire dans les latrines, fosses à purin, mares et fossés, sur les tas d'immondices, etc.

Au cours de l'été, la destruction peut être assurée dans les lieux habités en mettant à profit la propriété que possède le formol dilué d'attirer et de tuer les mouches. On mettra à cet effet une certaine quantité de formol sur des plats présentant une surface assez grande, disposés hors de la portée des animaux domestiques.

— MM. Fernand Bezançon et H. de Serbonnes présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur les caractères généraux des *poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique*.

Pour ces auteurs, l'histoire de la tuberculose pulmonaire, tout au moins tant que la maladie n'est pas entrée dans la phase de phtisie confirmée, est dominée par la notion d'intermittence, de poussées évolutives entrecoupées de trèves.

Les poussées évolutives en question sont caractérisées par une série de symptômes et de signes particuliers dont voici les principaux :

a) La fièvre, d'abord. Elle est cyclique, passe par une période d'ascension, une période d'acmé et une période de défervescence. Elle a une allure rémittente, offrant des différences souvent de plus d'un degré entre la température du matin et celle du soir. Elle ne présente pas, en général, de stade d'hypothermie terminale, c'est-à-dire persiste après la fin de la poussée, sans arriver avant longtemps à la normale.

b) La pression artérielle, ensuite. Basse habituellement dans la tuberculose, elle s'abaisse encore pour remonter légèrement à l'époque de la convalescence.

c) Les éliminations chlorurées urinaires. Comme dans les maladies infectieuses, on note une phase de rétention suivie d'une phase de décharges chlorurées au moment de la convalescence. La décharge est intense et prolongée.

d) L'expectoration est notablement accrue et très fournie en bacilles de Koch.

e) Les hémoptysies. Elles sont presque parfois l'unique symptôme clinique.

f) Les signes physiques. Ils offrent une symptomatologie variant depuis la poussée congestive la plus légère jusqu'aux formes pneumoniques et pleuro-pneumoniques graves.

En résumé, la poussée évolutive tuberculeuse présenterait dans son ensemble l'aspect d'une maladie infectieuse. On y retrouve les caractères des infections aiguës : température cyclique, abaissement de la pression artérielle avec relèvement à l'époque de la convalescence, rétention chlorurée suivie de débâcle, courbe leucocytaire avec polynucléose initiale, décharges de bacilles de Koch, etc. Mais elle aurait une particularité fondamentale essentielle, l'*absence de crise*. C'est ainsi que ni la température, ni la tension artérielle, ne reviennent à la normale avant un certain temps. De même les décharges chlorurées se prolongent.

L'étude de ces poussées (petites ou grandes), chez un tuberculeux, constituerait un des meilleurs moyens de pronostic, l'éloignement des poussées étant un signe favorable, leur rapprochement un indice de mauvais augure.

— MM. Nicolas, Favre et Charlet rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* le résultat de leurs expériences sur les *réactions des syphilitiques à la tuberculine*.

Sur 47 syphilitiques, à différentes étapes de leur infection et tous indemnes cliniquement de tuberculose, ils ont obtenu 44 *intradermo-réactions* très positives, 2 faibles et seulement une négative.

Sur 28 syphilitiques, également indemnes de tuberculose, ils ont obtenu 21 *cuti-réactions* positives, 4 faibles et 9 négatives.

Presque tous les syphilitiques réagissent donc à la cuti et à l'intra-dermo-réaction à la tuberculine. Il en est de même (travaux de MM. Bonnet et Arloing) pour l'ophtalmo-réaction à la tuberculine.

Par conséquent, concluent MM. Nicolas, Favre et Charlet, aucune de ces trois méthodes ne peut servir à distinguer la tuberculose de la syphilis. Pour le diagnostic différentiel des lésions tuberculeuses et les lésions syphilitiques, il faut s'adresser à d'autres procédés. La présence du bacille de Koch et l'inoculation au cobaye avec constatation du bacille dans les lésions développées chez ce dernier ont seules une valeur réelle, à ce point de vue.

— MM. Levy-Valensi et Pouzin communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un mémoire relatif à l'influence des *évacuations minimes* sur *la résorption des épanchements pleuraux*.

M. le Professeur Roger, disent-ils, a insisté souvent sur l'atténuation et la disparition de certaines manifestations pleuro-pulmonaires à la suite de ponctions exploratrices. Il était intéressant d'user systématiquement de ce procédé pour le traitement des pleurésies séro-fibrineuses.

Les auteurs ont pratiqué des évacuations minimes de liquide pleural (de 2 à 20 centimètres cubes) chez sept malades atteints d'épanchement pleurétique et ils ont obtenu dans cinq cas de bons résultats. L'épanchement, à la suite de cette simple médication, s'est résorbé. Dans un cas, un épanchement abondant, offrant tous les signes qui, d'ordinaire, indiquent l'intervention d'urgence, a disparu en trois jours.

Dans la pratique, on pourra donc dans certaines conditions où la ponction évacuatrice n'est pas facile (conditions de lieu, appréhension du malade, etc.), et où elle n'est pas urgente, essayer de retirer 10 centimètres cubes de liquide par exemple. Si ce procédé n'est pas infaillible, il est au moins facile et inoffensif. Si la résorption ne se produit pas, il sera toujours temps d'avoir recours à l'évacuation.

Peut-être l'extraction de quelques centimètres cubes de liquide joue-t-elle un rôle dans les effets obtenus par Gilbert (de Genève) avec sa méthode auto-sérothérapique de traitement des pleurésies. Cette méthode consiste à retirer deux centimètres cubes de liquide pleural et à l'injecter sous la peau.

— MM. Lejars et Siredey rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas d'angiocholite suraiguë traitée et guérie par le *drainage du canal hépatique*.

Le point intéressant de l'observation réside dans la gravité même de l'état de la malade dont la situation semblait désespérée. L'élévation de la température qui dépassait 40 degrés, la fréquence du pouls au-dessus de 140 à la minute, la sécheresse de la langue, l'aspect vitreux des yeux, tout semblait indiquer un cas d'ictère grave fatalement mortel, une fin imminente. Le résultat de cette intervention *in extremis* a dépassé toute espérance. Dès que le drainage biliaire (hepaticus drainage de Kehr) fut établi, les accidents s'amendèrent et en peu de temps la santé est redevenue florissante.

M. Lejars conclut que dans les angiocholites suraiguës, menaçantes, il ne faut pas craindre d'opérer en pleine crise, en plein danger, parce

que, de l'intervention, procèdent les meilleures chances de salut.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Traitement de la couperose,

Par le Dr R. MARTIAL.

La couperose — et nous parlons ici de la couperose simple non compliquée d'acné ni de rhinophyma — caractérisée par une rougeur diffuse de la face plus ou moins intense et par le développement d'un réseau vasculaire plus ou moins étendu, mais toujours très visible, est une affection qui désole beaucoup de nos patientes, parce qu'elle les atteint directement dans leur coquetterie, précisément dans la période d'années où l'on doit être sinon ni failliblement jolie, du moins toujours avenante. Le praticien est sûr de la reconnaissance de la consultante s'il peut lui conseiller et le diriger un traitement efficace.

Le traitement de la couperose comporte : une thérapeutique externe et un régime diététique.

Traitement externe. — Il a été établi avec précision par Unna, le célèbre dermatologiste de Hambourg. Dans les cas les plus légers on pourra prescrire la pâte suivante que l'on colorera en rouge en ajoutant 1 % de cinabre, afin de pouvoir l'appliquer aussi bien dans la journée que la nuit.

Oxyde de zinc	14 gr.
Soufre précipité	10 gr.
Ceyssalite (ou terre fossile)	4 gr.
Huile benzoïnée	12 gr.
Axonge benzoïnée	60 gr.

Il y a un principe général qu'il faut observer pour l'application de cette pommade comme de n'importe quelle autre, dans le traitement de la couperose : elle doit être *étalée*, sans pression ni frottement. Pour rendre cet étalement plus aisé on ajoute à la pommade 5 % de vaseline.

On applique cette pâte le soir après nettoyage de la peau avec de l'eau chaude et on enveloppe la figure avec de la gaze souple.

On peut en mettre le jour ou remplacer l'application du jour par un poudrage avec la poudre ci-dessous. Pour que cette poudre tienne, il faut se contenter d'essuyer la pommade appliquée la nuit avec un tampon de gaze souple et sec ; ce qui reste de la pommade après l'essuyage laisse encore assez de graisse sur la peau pour fixer la poudre :

Poudre cuticolore :

Bol rouge	0.5
Bol blanc	2.5
Carbonate de magnésie	4.
Amidon en poudre	8.
Oxyde de zinc	5.

Suivant le teint de la peau on ajoute ou on n'ajoute pas 1 d'ichthyol pour 9 parties de poudre. L'ichthyol ayant l'inconvénient de n'être pas bien odorant, on peut le remplacer par la même quantité de Thiol ou de Thigénol qui est sans odeur.

L'excès de poudre est enlevé.

Dans les cas très légers, le poudrage seul pourra être employé, mais alors la formule de la poudre sera :

Poudre cuticolore	8 parties
Soufre précipité	1 partie
Ichthyol ou thiol ou thigénol	1 partie

Dans les cas graves, le traitement de fond reste le même, mais l'action de la pâte ci-dessus indiquée n'étant que superficielle, on peut être conduit à employer une pâte plus énergique dont il faut déjà davantage surveiller l'action :

Résorcine, Ichthyol	âà 5 gr.
Acide salicylique	2 gr.
Vaseline blonde	88 gr.

En cas d'irritation après une ou plusieurs applications nocturnes, cesser immédiatement et appliquer la pâte de Lassar.

Vaseline, Lanoline, Amidon, Oxyde de zinc	âà p. é.

jusqu'à ce que la peau soit complètement calmée, puis reprendre.

Enfin, dans les cas très graves, on fait usage de pâtes fortes qui exercent une action exfoliante. Mais l'application de ces pâtes ne peut guère se faire que lorsque le malade reste sans cesse sous l'œil du médecin-spécialiste, dans une maison de santé ; elles sont d'un maniement difficile, qui exige une réelle compétence dermatologique et, de la part de la malade, la volonté de ne pas sortir pendant quelque temps. Ce traitement sort évidemment du domaine de la pratique courante et nous n'en parlerons pas davantage ici.

Mais il y a un traitement complémentaire qui peut le remplacer et qui est beaucoup plus à la portée du praticien aussi bien dans les villes que dans un certain nombre de campagnes. Il suffit d'avoir une petite batterie d'accumulateurs que l'on fait recharger à l'usine la plus voisine. Ce traitement, c'est l'électrolyse punctiforme.

Lorsque le visage a été bien décongestionné par les pâtes et la poudre et qu'il ne reste plus que les plus grosses et les plus visibles des télangiectasies veineuses, on peut, en un nombre de séances variable suivant l'endurance de la patiente, achever de débarrasser le visage de ces rougeurs disgracieuses.

Il faut avoir des aiguilles très fines, en platine ou en acier aussi fines que celles d'une couturière,

prolongées d'un chas qui permet de les emmancher sur un porte-aiguilles muni d'un bouton interrupteur de courant. On relie l'aiguille à la batterie de manière à opérer avec le pôle négatif. On pique chaque vaisseau sur toute sa longueur, en autant de points qu'il faut et en ne laissant jamais passer un courant de plus de 1 1/2 à 2 milliampères d'intensité. On pique *très* légèrement, car ces vaisseaux sont très superficiels, l'opération exige surtout une grande légèreté des mains. On enlève l'aiguille dès l'instant où on aperçoit sur la peau, à la pointe de l'aiguille, une petite mousse blanche. Lorsqu'on a suffisamment de pratique on peut arriver à faire ainsi jusqu'à 150, 200 et quelquefois même plus de piqûres. Cela dépend aussi du courage de la patiente. Au bout d'un nombre de piqûres variable, le visage devient très rouge et l'opérateur doit s'arrêter parce qu'il n'y voit plus que du rouge.

L'opération, pour avoir toute son efficacité, ne doit pas être répétée plus souvent que tous les cinq jours. C'est ce que la pratique m'a enseigné.

Au bout d'un nombre de séances variable suivant l'intensité de la maladie : de 8 à x, on arrive à rendre à la peau un aspect tantôt absolument normal, tantôt fort acceptable, et, en tout cas, toujours beaucoup plus présentable qu'avant le traitement.

Traitement interne. — Il consiste dans le traitement soigneux de la constipation et dans l'observance d'un régime qui se rapprochera le plus possible du régime végétarien absolu, auquel il faut quelquefois recourir. De plus, la patiente évitera soigneusement, même dans le régime végétarien, les plats qu'elle sait lui être funestes ; elle les connaît et les indiquera elle-même au médecin. Quant au traitement de la constipation, on y emploiera méthodiquement tous les moyens connus.

Etrange traitement de la migraine. — Cette thérapeutique n'est guère à conseiller à nos clients. Dans les *Mémoires d'un Panoramiste* (chapitre XV), le peintre Charles Castellani a écrit ces lignes : « A Vienne (où Castellani était allé installer un panorama reproduisant le dernier jour de la Commune), à Vienne, dit-il, il ne m'arriva rien de remarquable, ni de fâcheux ; si, je me trompe : je tombai du faîte de mon échafaudage roulant, de la hauteur de quatorze mètres environ ; je ne me fis aucun mal ; je dirai presque : au contraire, j'avais une forte migraine que cet accident fit passer tout net. Ce fut mon employé seul, François Wonters, qui eut à souffrir de ma chute ; il se cassa un doigt en essayant de me retenir ! Je lui remis son doigt instantanément, de travers du reste, comme beaucoup de docteurs auraient pu faire ».

MALADIES NERVEUSES

Une cause peu connue d'insomnie,

Par le Dr A. Trousseau,
Médecin de la clinique des Quinze-Vingts.

J'ai été souvent frappé de l'influence que peuvent exercer sur l'insomnie les anomalies de réfraction oculaire, et je suis persuadé que la mise au point de cette question est de nature à intéresser les médecins, qui ont souvent tant de peine à préciser la cause de l'insomnie et à diriger contre elle une thérapeutique rationnelle.

Voici l'histoire du premier sujet qui a éveillé mon attention et m'a forcé à constater l'action des troubles de réfraction sur le sommeil.

Il y a trois ans, on me conduisit un jeune homme de dix-sept ans qui venait de passer son baccalauréat et se préparait à St-Cyr. Il avait toujours joui d'une bonne santé ; mais surmené par ses études et assez nerveux, il était depuis quelques semaines presque constamment privé de sommeil. C'est à peine s'il dormait deux heures par nuit, ne se reposant qu'au matin et se réveillant avec des maux de tête qui rendaient pénible et infructueuse la journée suivante. Les parents, fort inquiets, avaient d'abord consulté leur médecin habituel, qui, attribuant le manque de sommeil à des troubles dyspeptiques, avait prescrit, sans résultat, un régime sévère, puis avait ensuite ordonné un repos relatif consistant dans une réduction notable des heures de travail, formulant encore de temps en temps quelques préparations hypnotiques impuissantes à rétablir le cours régulier du sommeil. Ils avaient ensuite conduit leur fils à un spécialiste des maladies nerveuses, qui avait laissé flotter son diagnostic entre la neurasthénie et des prodromes méningitiques ; sachant que parfois l'examen des yeux peut éclairer le diagnostic, ils s'étaient enfin décidés à m'amener le malade.

Celui-ci n'offrait aucune réaction douteuse du côté des pupilles et avait un fond d'œil normal, mais il était hypermétrope de 2,50 dioptries. Je prescrivis pour le travail les verres convenables ; et comme il m'avait été dit que le sujet dormait mieux le dimanche soir et qu'il s'abstenait absolument de tout travail ce jour férié, j'émis l'idée que l'usage des verres supprimant les troubles accommodatifs et la fatigue qui en résulte, ramènerait peut-être un sommeil régulier.

Pour que l'expérience fût concluante, je fis reprendre les études en supprimant tout régime, tout hypnotique et en exigeant que le sujet ne lise pas une ligne sans ses verres. Le résultat ne se fit pas attendre ; au bout de quatre ou cinq jours, le sommeil reparut régulier, et le réveil fut exempt

de céphalalgie. Depuis, le jeune homme a pu continuer ses études et a été reçu aisément à St-Cyr.

Si ce fait très démonstratif par lui-même était isolé, il n'aurait qu'une valeur relative, puisqu'on pourrait invoquer l'influence du régime suivi et du repos relatif observé et n'admettre, par suite, qu'un phénomène neurasthénique ; mais depuis l'époque où il s'est produit, j'ai souvent recueilli des observations analogues ; j'en citerai quelques unes encore comme exemples.

Enfant de onze ans, dut être retiré du collège parce qu'il avait tout à fait perdu le sommeil et était resté parfois trois ou quatre nuits consécutives sans dormir. Je trouve chez lui un astigmatisme myopique à axe horizontal de — 1,25 D. Je prescris les verres, fais reprendre les études et l'enfant retrouve un excellent repos nocturne.

Une institutrice de vingt-deux ans, myope de 6 D., avec une insuffisance des muscles droits internes de 3°, est atteinte de fréquentes insomnies qui disparaissent avec l'emploi pour le travail d'un verre sphérique — 2,50 D. accompagné de prismes à base interne.

Un commerçant appelé à siéger au tribunal de commerce, et, par suite, obligé à un surcroît de besogne, ne peut s'endormir que très tard et pour quelques heures seulement, le travail du soir lui étant particulièrement pénible ; il se couche et se réveille avec des migraines, et pourtant presbyte, il porte des verres + 2 D., pour le travail. Je l'examine et trouve chez lui, outre sa presbytie, un astigmatisme hypermétropique fort de 3 D. ; après correction, les phénomènes morbides disparaissent.

Je ne veux pas insister sur l'énumération un peu sèche de plusieurs cas analogues, et je vais chercher à préciser les symptômes qui peuvent mettre sur la voie de cette cause d'insomnie et les conditions qui paraissent la déterminer.

Celle-ci survient, en général, chez un enfant ou un jeune sujet, à la période des études et du surmenage oculaire. Elle est souvent précédée de fatigues pendant le travail ou la lecture ; de migraines ou de céphalée qui, rares d'abord, deviennent de plus en plus fréquentes.

Le malade ne dort pas ou ne s'endort qu'au matin pendant deux ou trois heures ; il se réveille avec des maux de tête, et l'insomnie dure plusieurs jours de suite ; parfois, elle s'amende s'il y a suppression de travail du soir ; et presque toujours la nuit est excellente, qui suit une journée de repos complet.

Ces caractères ne sont pas tout à fait assez nets pour différencier l'insomnie due au surmenage intellectuel de celle qui provient des troubles de réfraction ; l'examen des yeux, la constatation du trouble, les suites heureuses de la correction, permettent de préciser le diagnostic qu'on devra soupçonner toutes les fois qu'on n'aura pas découvert une cause précise à l'insomnie et qu'auront échoué les moyens qui habituellement sont dirigés contre elle.

Pourquoi tous les sujets atteints de troubles de réfraction ne sont-ils pas atteints ?

Suivant certaines prédispositions mal déterminées, ces troubles sont plus ou moins bien supportés. Il existe des individus qui peuvent fournir un travail actif sans employer de verres, malgré la présence chez eux de l'hypermétropie ou de l'astigmatisme ; d'autres, avec une amétropie de même degré, sont incapables de lire quelques lignes sans correction ; d'autres peuvent abuser de leurs yeux pendant des années jusqu'au jour où leur altération n'étant plus compensée par le jeu accommodatif, surviennent les migraines, l'insomnie qui cèdent au port des lunettes.

Le nervosisme, les émotions, le surmenage, les maladies, spécialement les fièvres éruptives chez les enfants, sont les raisons secondes de l'éclosion des troubles, la raison primordiale étant toujours l'état de la réfraction oculaire dont on ne devra jamais négliger l'étude chez les sujets qui travaillent et ne dorment pas.

THÉRAPEUTIQUE

Comment on doit rechercher les signes de dilatation gastrique,

Par le Dr LANDRE.

Pour examiner un malade souffrant de l'estomac, il faut tout d'abord le faire étendre sur un lit ou une chaise-longue, puis on lui dit de respirer librement et largement afin d'empêcher la contraction des muscles abdominaux.

Quelquefois la seule inspection permet de constater le gonflement de la région stomacale. L'organe peut même faire une saillie appréciable et se dessiner sous la peau. Certains auteurs (Kussmaul) ont vu ainsi le mouvement des contractions péristaltiques de la paroi. Mais ce signe de dilatation est extrêmement rare.

La percussion donne de meilleurs résultats, car elle permet de préciser les limites de la cavité gastrique. Pour déterminer la limite supérieure on percute du poumon vers l'estomac ; pour la limite inférieure on percute de l'abdomen vers l'estomac. Il faut ici se garder de confondre la sonorité du côlon avec le tympanisme gastrique ; celui-ci est plus bruyant, plus étendu.

Si l'on percute, comme l'indique le prof. Bouchard avec des pièces de monnaie et en auscultant en même temps, on délimite encore mieux l'organe.

Il faut rechercher ensuite l'existence du clapotage. On y arrive par deux procédés commodes : la succussion partielle digitale et la succussion hippocratique.

En déprimant brusquement par quelques

secousses rapides la région gastrique avec l'extrémité des doigts on perçoit, s'il y a du liquide, le bruit de clapotage. On recherche ce même bruit avec la succussion hippocratique en prenant entre les deux mains le thorax du malade et en lui imprimant quelques secousses. On procède d'ailleurs de la même façon pour la recherche de ce signe dans le pneumothorax.

Pour faciliter la recherche du clapotage on peut faire boire au malade un verre d'eau et la succussion se produira. L'introduction de mélanges fermentescibles est inutile et peut devenir dangereuse dans le cas, par exemple, de lésion ulcéreuse.

Voici quelques chiffres permettant de se rendre compte soit de la distension, soit de la dilatation gastrique : à l'état normal, la sonorité de l'estomac est, dans le diamètre vertical, de 11 à 14 centimètres chez l'homme et de 10 chez la femme ; elle est dans le sens horizontal, de 21 centimètres chez l'homme, de 18 pour la femme.

Chez les *distendus* l'augmentation de la sonorité se fait en haut vers le thorax, chez les *dilatés* elle se produit en bas.

En règle générale, sera dilaté tout estomac qui, à jeun, descend au-dessous de la ligne de l'ombilic, tout estomac présentant, à jeun, du clapotage au-dessous de cette ligne (Bouchard).

Y a-t-il stagnation des liquides ? C'est là une recherche importante à faire, car elle renseigne sur l'affaiblissement de la motricité de l'organe. On y procède en introduisant la sonde, 5, 6 ou 7 heures après un repas ordinaire de façon à se rendre compte s'il y a encore du liquide. Normalement, il ne doit pas y en avoir. On fait encore un lavage de l'estomac à jeun et on voit ainsi s'il y a du liquide ou des parcelles alimentaires dans le résidu.

L'épreuve du salol est plus commode. Après ce remède agit favorablement sur la tunique musculaire dont il excite la contraction.

L'usage des amers et de la noix vomique est encore nécessaire, mais leur action ne paraît donner toute sa valeur qu'après la désinfection locale et la modification du milieu gastrique. Il faut tout d'abord transformer le contenu pour modifier le contenant. Après la première action thérapeutique, l'appétit revient, les digestions sont plus faciles ; il n'y a plus de tympanisme. L'oxygène produit par le vanadium n'est pas qu'un désinfectant, il est aussi un puissant orexique, un eupeptique et en aucun cas il n'a de contre-indications.

LÉGISLATION MÉDICALE

Loi du 14 avril 1910 modifiant le paragraphe 1er de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

Article unique. — Le paragraphe 1er de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 est ainsi modifié :

« Les docteurs en médecine, les chirurgiens dentistes, les accoucheuses, sages-femmes, sont tenus, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leur titre, à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de leur arrondissement et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile. Et, s'il s'agit de débutants n'étant pas encore en possession de leur titre ou diplôme, ils devront faire enregistrer et viser, comme il est dit ci-

Urodonal

Dissout l'Acide urique

3 cuillerées à café par jour chacune dans un verre d'eau entre les repas, 10 jours par mois.
Etats aigus : 3 cuill. à soupe par jour.
Aucune contre-indication.

Constipation — Entérites

JUBOL

Rééduque l'Intestin

1 à 3 Comprimés le soir en se couchant.
(*Avaler sans croquer*)

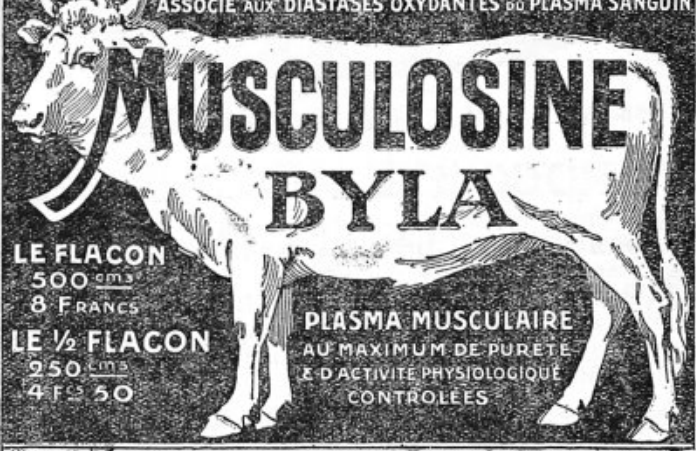
Laboratoire, 207, Boulevard Pereire. — PARIS

RIGOUREUSEMENT EXEMPT DE TOUS GERMES NOCIFS

SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE

ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN

MUSCULOSINE BYLA



LE FLACON 500 cm³ 8 FRANCS

LE ½ FLACON 250 cm³ 4 Fcs 50

PLASMA MUSCULAIRE AU MAXIMUM DE PURETÉ ET D'ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE CONTROLÉES

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE
GENTILLY (SEINE)
AUTORISÉS PAR LE GOUVERNEMENT POUR LA PRÉPARATION DES PRODUITS ORGANIQUES

IODONE ROBIN

OU

PEPTONATE D'IODE



entièrement assimilable

Ce produit diffère complètement et est de beaucoup supérieur aux Préparations similaires dites *IODES ORGANIQUES INSOLUBLES* ou instables, il a donné dans les Hôpitaux des résultats remarquables.

Communication à l'Académie des Sciences, par **BERTHELOT** en 1885, sur les Peptonates

L'**IODONE** a été comparé et étudié dans la Thèse sur les composés iodés par le Dr Boulaire, 1906 F. M. P. *qui a été communiquée à l'Académie de Médecine de Paris* (Séance du 26 mars 1907).

ADMIS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS ET ÉTRANGER

L'IODONE ROBIN

ou IODE ORGANIQUE ASSIMILABLE, est **Souverain** contre :

GOUTTE, ARTÉRIO-SCLÉROSE ASTHME, SYPHILIS, RHUMATISME

Il ne donne aucune réaction bleue avec l'empois d'amidon, ce qui prouve qu'il n'y a pas d'iode en liberté. *Il est rigoureusement titré et contient 1 centigr. d'iode métallique par 5 gouttes.*

DOSE { Se prend dans du lait à jeun ou aux repas, dans du vin, de l'eau édulcorée ou non, de préférence au moment des principaux repas, à la dose de 10 à 100 gouttes, sans effet d'iodisme. 20 gouttes correspondent à 1 gr. d'iodure de potassium, soit 20 à 200 gouttes par jour.

VENTE EN GROS : **13, Rue de Poissy, PARIS.** — DÉTAIL : *PRINCIPALES PHARMACIES.*

Labor DURET & RABY
à MARLY-LE-ROI (S&O.)

THAO
MARQUE DÉPOSÉE

ÉCHANTILLONS & BROCHURES
FRANCO sur DEMANDE

CHOLEOKINASE

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE
DE L'ENTÉROCOLITE MUCOMEMBRANEUSE
de la Constipation liée à l'insuffisance biliaire
DES *DYSPEPSIES INTESTINALES*
DE LA *LITHIASE BILIAIRE*

6 à 8 ovoïdes par jour

THAOLAXINE *LAXATIF RÉGIME*

ser une organisation satisfaisante basée sur le libre choix.

Le rapporteur, tout en regrettant le nombre assez faible, des réponses obtenues pour son enquête (*un tiers seulement* des secrétaires de syndicats ont daigné lui écrire malgré une lettre de rappel), constate que la source de tous les conflits et le véritable obstacle au libre choix du médecin est la faiblesse des cotisations mutualistes. Il en conclut à la nécessité de modifier l'article 2 de la loi du 1er avril 1898 en y inscrivant que seules pourront être considérées comme sociétés de secours mutuels les sociétés dont les cotisations seront assez fortes pour remplir le but qu'elles se proposent.

La conclusion du Dr Bolliet était honnête et logique ; une loi ne peut couvrir de sa protection une institution qui trompe ceux qu'elle attire dans son sein en leur promettant ce qu'elle ne peut tenir. Mais parmi nos syndicalistes actifs, il en est beaucoup qui ne veulent pas qu'on fasse appel à la loi. MM. Chapon, Régis, Le Fur et autres, sans combattre absolument la proposition Bolliet, demandèrent de répudier toute intervention législative. Certes, nous ne sommes pas de ceux qui désirent se placer sous la tutelle de l'Etat, nous pensons que les Syndicats médicaux doivent arriver à une force et une cohésion assez grandes pour régler eux-mêmes et sans autre intervention les rapports économiques qui les lient aux autres collectivités, mais faut-il pour cela méconnaître les lois existantes ? Faut-il négliger leur amélioration possible quand ces lois gênent notre indépendance et limitent notre action ? Nous ne le pensons pas et c'est pour cela que nous sommes intervenus pour faire rejeter un des amendements qui, dépassant certainement le but que se proposaient ses auteurs, ne demandait rien moins que de mettre le corps médical au-dessus et en dehors des lois en repoussant toute amélioration par voie législative. Si l'on veut faire œuvre utile, il faut faire œuvre pratique, et tout en attendant le bouleversement de fond en comble de l'état social actuel qui seul serait capable de créer pour tous les praticiens l'âge d'or, il est bon de ne pas négliger pendant les très longues années qui précéderont ces transformations radicales, de poursuivre l'amélioration de la situation actuelle par tous les moyens législatifs ou autres qui peuvent être immédiatement mis en œuvre. Somme toute, les conclusions de M. Bolliet furent votées en ajoutant sur la proposition de M. A. Lévy que le libre choix devait être absolu et en réclamant l'exclusion des gens aisés des cadres des sociétés mutuelles.

Nous ne ferons que signaler le très intéressant rapport du Dr Bresselle sur *le relèvement des honoraires médicaux* dont les conclusions furent votées après avoir été quelque peu amendées, à la suite des observations de MM. Jablonski et Campinchi.

Le Dr Vallat, de Joinville, n'eut aucune peine à faire adopter les conclusions de son rapport sur le *libre choix dans les grandes administrations*. Une addition de M. Papillon, demandant que la courtoisie confraternelle réglât les rapports entre médecins traitants et médecins administratifs fut aussi adoptée, après que M. Divernéresse eut apporté un certain nombre de documents démontrant que parfois le médecin administratif sort de son rôle et souvent y est incité par les ordres qu'il reçoit de ses chefs.

Le rapport de M. Levassort sur la répression *de l'exercice illégal de la médecine* ne pouvait soulever de longues discussions. Mais le dévoué rapporteur, qui assume la tâche très ingrate, dangereuse même, de soutenir la lutte contre le charlatanisme, a montré, par des faits hélas ! récents, que dans cette lutte les syndicats médicaux ne trouvent pas toujours les concours et les appuis sur lesquels ils se croiraient en droit de compter. MM. Vallat et Jacob ont à la suite insisté sur le danger que l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens faisait courir aux malades.

L'avortement au point de vue médico-légal fut une sorte d'intermède que notre confrère Bertillon servit avec un vrai talent dans un rapport admirablement documenté. Nous avons entendu dire autour de nous que la question ne relevait pas d'un Congrès de Praticiens. Nous ne saurions partager cet avis. Il est bon de montrer au public que les Praticiens peuvent avec quelque compétence discuter les grands problèmes sociaux et qu'ils sont aptes à étudier les maladies collectives comme les maladies individuelles. La vulgarisation de l'avortement est devenue une maladie collective et un danger national. Mais les remèdes proposés par le Dr Bertillon ne nous semblent pas devoir être fort pratiques. La limitation du nombre des sages-femmes ne serait pas d'une très grande efficacité, car ce serait une erreur profonde que d'attribuer aux sages-femmes le monopole des avortements. Nous avons pu nous assurer que les avorteurs et les avorteuses n'avaient nul besoin de diplômes pour exercer leur coupable industrie. Il en est de même de l'inspection des sages-femmes; cette mesure, même soigneusement réalisée, ne donnerait lieu à aucun résultat. Quant à la déclaration obligatoire de tous les avortements, il est inutile d'insister pour prévoir de quelle popularité elle jouirait dans les milieux médicaux.

Tour à tour le Prof. Pinard, MM. Honorat, de la Préfecture de Police, les Dr Dufour, Le Bec, et autres vinrent apporter leur tribut à une question qui aurait demandé tout un Congrès pour être traitée.

Nous croyons peu, ici, à l'efficacité des remèdes répressifs. L'avortement se multiplie surtout dans les classes aisées parce qu'on ne veut pas avoir d'enfants ou trop d'enfants et si les enfants sont considérés comme gênants, au lieu d'être désirés, c'est le fait de causes profondes, sur lesquelles les lois et les mesures policières ne sauraient avoir le plus petit effet. Pour empêcher que la gangrène morale ne porte ses ravages dans la petite bourgeoisie et le peuple comme elle l'a fait déjà dans l'aristocratie et la grande

bourgeoisie, il faudrait une transformation profonde de la société actuelle. Ce ne sera pas en réunissant de savantes commissions formées de vieux professeurs et de séniles académiciens célibataires en grand nombre et pour la plupart sans enfants, qu'on résoudra le problème de la dépopulation et que l'on supprimera l'avortement criminel.

La journée du jeudi se termina par une très intéressante communication du Dr Maurice Faure sur l'*évolution actuelle de l'éducation physique en France*, un dernier écho du récent et brillant *Congrès de Physiothérapie* qui venait tout récemment de clôturer ses travaux.

***

La journée du vendredi 8 avril fut consacrée aux choses de l'*Enseignement*.

Les deux rapports importants étaient celui du Dr Lafontaine sur les *Syndicats médicaux et l'Enseignement médical* et celui du Dr Le Fur sur le *Conseil médical supérieur*.

Le rapport du Dr Lafontaine est une critique aussi juste que vive contre l'enseignement de la Faculté actuelle, où l'auteur a su employer le mot propre et l'expression à l'emporte-pièce pour caractériser les vices de la Faculté, dont une organisation surannée est plus responsable que le manque de volonté réformatrice de ceux qui la dirigent. Le Dr Lafontaine compte sur l'action syndicale pour obtenir que l'hôpital devienne le centre réel de l'enseignement technique. Il demande la suppression de l'agrégation déjà votée aux deux Congrès précédents, la création d'une commission formée par moitié de délégués *élus* par les praticiens et de représentants des Facultés et de l'Etat. Il réclame le développement de l'enseignement mutuel par les syndiqués et proclame que le syndicat doit être le pivot de l'organisation de la médecine en France.

Il eût été intéressant de voir la Faculté élever la voix pour défendre sa cause. Seul le Prof. Pinard était venu. Il plaida en quelque sorte les circonstances atténuantes, montrant que depuis vingt ans la Faculté réclamait des réformes qu'on refusait d'exécuter. Il crut devoir protester contre l'antagonisme établi entre les praticiens et les membres du corps enseignant. Mais l'absence de ces derniers ne montrait-elle pas éloquemment à qui revenait la responsabilité de cette division ? Et l'accueil sympathique fait à diverses reprises au Prof. Pinard ne montrait-il pas encore que les praticiens en veulent aux institutions, et non aux personnes, et qu'au lieu de venir sincèrement étudier avec nous comme le Prof. Pinard les réformes nécessaires, nos maîtres en se confinant dans une abstention que l'on pourrait croire méprisante et dédaigneuse, si elle n'était la preuve d'une irrémédiable impuissance, ont eu une bien mauvaise inspiration. D'ailleurs comme le firent remarquer MM. Lafontaine, Sorel, Le Fur et Leredde, il est nécessaire que d'autres prennent l'initiative de réformes qu'en vingt ans les Facultés ont été impuissantes à réaliser même partiellement.

Le rapport du Dr Le Fur sur la création d'un *Conseil supérieur de la Médecine* est la démonstration magistrale des entraves que le conseil supérieur de l'Instruction publique met, par le fait de son incompétence, à toute amélioration et à toute réforme de l'enseignement médical.

Il est bon de faire remarquer qu'en votant les conclusions de MM. Lafontaine et Le Fur, le Congrès a montré une largeur d'esprit que l'on ne rencontre guère chez nos adversaires ; il demande en effet que le Conseil supérieur de la médecine, comme la commission de réformes, soit composé par moitié de délégués des praticiens et des représentants du corps enseignant. Mais il exige que les délégués des praticiens soient élus et non choisis par le ministre au gré des convenances de ses bureaux.

M. Marro, au nom de l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris, a fait une communication *sur les admissions et les inscriptions irrégulières dans les Ecoles de médecine*. Il y a montré que le mal n'a pas été complètement enrayé par la campagne de l'an dernier dont les Associations corporatives avaient pris l'initiative. Cette communication a valu un ordre du jour de félicitations à l'Association parisienne sur la proposition du Dr Campinchi.

Les rapports de MM. Tourtourat et Delpeut avaient pour but de porter remède à l'*encombrement de la profession médicale*.

M. Tourtourat avec beaucoup de justesse fait remarquer qu'il y a une *limite à la capacité d'enseignement* d'un centre universitaire et qu'il est dangereux de recevoir dans une faculté ou une école plus d'élèves qu'elles ne peuvent en instruire.

M. Delpeut demande la *création d'un concours d'entrée dans les facultés et Ecoles de médecine*.

A cette occasion, MM. de Pradel et Berruyer réclament plus de sévérité dans les admissions et les examens ; M. Jablonski, la diminution des Ecoles de médecine ; MM. Bertillon, Campinchi, Prunet et Lafontaine le renvoi, après enquête, de la question au prochain Congrès.

***

La matinée du samedi a été consacrée à la question des hôpitaux.

Le rapport du Dr Léon Archambault sur la *structure administrative des hôpitaux en France et à l'étranger* est un véritable volume où s'appuyant sur des documents, l'auteur fait la démonstration du manque d'organisation rationnelle de nos hôpitaux.

Il réclame l'autonomie de l'hôpital et exige que la direction de ces établissements soit entre les mains d'un médecin.

Comme annexes au rapport de M. L. Archambault signalons deux intéressantes communications : 1° l'une de M. le Dr C. J. Kœnig sur les *hôpitaux des Etats-Unis et leurs nurses* où l'auteur montre tout l'avantage qu'il y aurait pour

les médecins français à s'intéresser à l'instruction des infirmières, thèse que nous avons nous-même défendue ailleurs et à diverses reprises. Rappelons à ce propos que le Syndicat du Rhône a organisé lui-même des cours pour les infirmiers et infirmières libres de Lyon.

2° L'autre communication de M. Kolbé expose l'*organisation administrative des hôpitaux en Allemagne*.

Le rapport du Dr R. Sorel sur le *service d'hôpital* est une nouvelle défense du principe : l'hôpital doit être un centre d'enseignement médical. En outre, le Dr R. Sorel, reprenant un projet de Bourneville, demande la création d'un laboratoire central dans chaque hôpital.

Le rapport du Dr Régis, l'*hôpital aux indigents*, est la mise au point d'une vieille question qui a préoccupé les syndicats des grandes villes depuis leur fondation. Il s'agit de trouver les moyens d'empêcher l'exploitation de l'hôpital par les gens aisés et même riches. Les abus sont sans nombre à Paris et toutes les tentatives pour les réprimer ont été impuissantes. M. Régis envisage pour arriver à ce but l'entente des praticiens et des médecins des hôpitaux, le développement de l'assistance privée, celui du libre choix du médecin, l'augmentation du prix de l'hospitalisation, le paiement d'honoraires médicaux à l'hôpital, la modification de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 et un certain nombre de mesures plus spéciales à Paris mais qui intéressent aussi la province, car Paris draine un peu partout en France les malades.

***

La séance du soir, séance de clôture, fut consacrée à l'hygiène. M. Declercq résuma son rapport sur *l'organisation administrative des services d'hygiène à l'étranger*. M. Wicart exposa ses conclusions sur la *loi de* 1902 *pour la préservation de la santé publique* et M. Campinchi précisa ses idées sur le *rôle des syndicats en matière d'hygiène*. Le Congrès émit le vœu que seul le chef de famille fût responsable de la non-déclaration de la maladie contagieuse, une fois que le médecin traitant l'aurait constatée et signalée et que le médecin traitant fût investi d'un droit de contrôle sur la désinfection.

En fin de séance, un incident pénible et violent fut soulevé par une motion présentée par M. Coppens contre le Syndicat national de médecine sociale et mit aux prises MM. Coppens, Divernesse, Rachet, Decourt, Profichet, etc.

Au nom du Syndicat des médecins de la Seine, une protestation fut votée à l'unanimité au sujet du maintien en prison durant cinquante jours d'un médecin parisien, innocent, qui, après ce délai, fut renvoyé avec une ordonnance de non-lieu.

Une protestation fut encore unanimement acclamée contre le vote du Conseil général du Nord excluant toute une catégorie de praticiens des services de l'Assistance.

Le maintien du Comité de Vigilance dans les mêmes conditions que le dernier fut décidé.

Ce résumé succinct ne peut donner qu'une idée très incomplète des travaux du IIIe Congrès des Praticiens dont nous publierons le compte rendu analytique officiel et les vœux dès qu'ils nous seront transmis.

Tout en regrettant la rapidité avec laquelle des questions d'une grande importance furent tranchées et la surcharge de l'ordre du jour, nous ne doutons pas des bons effets qui résulteront de cette agitation professionnelle. Dans le monde des praticiens, on sort peu à peu de l'inertie néfaste ; les idées de cohésion, de défense professionnelle, se développent petit à petit d'abord un peu confuses dans la conscience des médecins, mais elles prennent corps, se précisent de plus en plus. Nous sommes en droit de désirer que nos confrères aient un plus grand souci de leur éducation syndicaliste, qu'ils se rendent mieux compte des difficultés de l'heure présente, qu'ils se persuadent que ce n'est pas tout que de voter des conclusions et d'émettre des vœux, qu'il faut ensuite savoir s'il est possible de les réaliser et tenter de le faire. Mais les défauts que nous signalons et qui sont ceux de tous les Congrès, ne sont rien à côté de la désespérante indifférence dont nos confrères paraissent enfin vouloir sortir. J. N.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Fonctionnaire ou non ?

A M. le Docteur Paul Boudin.

Mon cher confrère,

Votre réponse à cette question : *Est-on fonctionnaire ou non* ? me semble trop grave de conséquences dangereuses et pour les médecins et pour l'avenir même des Syndicats médicaux pour que je ne vous demande pas à nouveau l'hospitalité généreuse du *Concours*.

Croyez bien, cependant, que je souscris pleinement à votre appel syndicaliste et que je m'attache à cet idéal de liberté pour les indigents, les ouvriers, les blessés et... les médecins.

Mais, pour longtemps encore, et presque nécessairement, des milliers d'entre nous seront fonctionnaires par *quelque endroit*, si je puis ainsi dire. Je ne parle pas seulement des médecins de prisons, lycées, écoles : je pense à tous ces confrères, et je suis du nombre, qui, sans avoir jamais rien demandé ou quémandé, sont chargés d'un service d'inspection des enfants du 1er âge, sont seuls dans leur commune qu'ils suffisent largement à desservir ainsi que quelques communes environnantes.

Ils sont donc seuls en face de l'Administration qui s'occupe des enfants et c'est elle seule qui les contrôle après s'être nécessairement adressée à eux puisqu'ils étaient seuls.

D'une certaine manière ils sont fonctionnaires et je vous l'accorde, mais tout de même pas de la manière d'un instituteur que l'on déplace (ou

plutôt que l'on déplaçait) sans façon d'un bout à l'autre du département.

Ce qui est étrange, mon cher confrère, c'est que non seulement vous n'admettiez pas cette différence alors que l'Administration préfectorale la reconnaît elle-même, c'est que vous nous disiez :

— Les fonctionnaires sont des citoyens diminués.

— L'Etat, qui paye, n'entend pas être combattu par ses salariés.

— L'Etat les remercie comme nous remercierions un domestique qui critiquerait nos actes.

En somme vous semblez reconnaître à l'Etat une souveraineté absolue, indiscutable, légitimant toutes les injustices.

Or voilà que justement tous ces employés, tous ces instituteurs se syndiquent. Est-ce simplement pour être mieux payés ? S'inclinent ils sans protestation, comme vous nous le conseillez devant l'omnipotence de l'Administration ?

Vous savez bien que non : ils réclament la justice et la liberté tout en reconnaissant la nécessité de l'autorité et de la discipline ; ils veulent être jugés par leurs pairs et représentés dans les conseils de leurs administrations.

Et nous médecins, dont les syndicats ne datent pas d'hier, nous limiterions nos efforts à la conquête de tarifs plus rémunérateurs, et quand une injustice flagrante vient frapper un des nôtres nous nous croiserions les bras ?

La loi sur les syndicats ne nous permet pas d'agir, me direz-vous. Sans doute, mais il y a la manière et vous nous l'avez indiquée vous-même quand vous faites causer avec le Préfet non pas le Président du Syndicat que le Préfet veut ignorer, mais le Dr A. représentant ses confrères.

Vous me pardonnerez, mon cher Confrère, ces considérations qui intéressent pratiquement, et c'est mon excuse, beaucoup d'entre nous et qui sont nécessitées par le manque d'une *doctrine syndicale* nette, cohérente, admise généralement.

Je me résumerai ainsi :

1° Parce que beaucoup d'entre nous sont nécessairement chargés de fonctions quelconques, il faut qu'ils puissent compter sur l'appui de leur syndicat quand on les attaque injustement au point de vue de leurs fonctions.

2° Parce que le syndicat ne doit pas être chargé simplement de la défense de nos intérêts matériels, mais surtout de nos intérêts moraux, il doit intervenir directement ou indirectement toutes les fois qu'une injustice est commise vis-à-vis d'un syndiqué.

Veuillez croire, mon cher confrère, à mes sentiments les meilleurs. Dr CHAUDET.

Réponse

Paris, le 19 mars 1910.

Mon cher confrère,

Votre lettre, dont nous vous remercions infiniment, contient beaucoup d'idées justes, surtout en ce qui concerne vos conclusions. Oui, vous avez raison de dire que le syndicat médical devrait faire plus encore, qu'il devrait mieux comprendre son rôle de défenseur. Jusqu'à présent, il a mal rempli sa tâche, par manque de discipline de ses membres et surtout parce qu'il n'est pas suffisamment conscient de sa force. Le jour où nos groupements médicaux sauront ce qu'ils peuvent obtenir, ce jour-là, ils seront tout puissants.

En effet, pour rester sur le terrain administratif, il est entendu qu'un syndicat ne doit pas lutter contre l'Etat, le département ou la commune. Mais comme toute bonne loi est faite pour être tournée, cette restriction n'a pas grande valeur et lorsqu'on sait s'y prendre, entre confrères déterminés, on obtient ce que l'on veut d'un préfet ou d'un maire. Je vous citerai tout à l'heure quelques exemples.

Faisons tout d'abord une différence parmi les fonctionnaires médecins. Comme vous, nous ne les mettrons pas sur le même pied.

Je les distinguerai en fonctionnaires obligatoires et en fonctionnaires volontaires.

Les premiers sont les médecins inspecteurs de la Protection du 1er âge, les médecins de l'état civil. Ils sont commis par l'Administration pour remplir un rôle très déterminé, à savoir : représenter la collectivité pour contrôler, surveiller, là où un homme de l'art est indispensable.

Mais, comme vous le dites fort bien, alors que dans une grande ville, ne postule ces places que celui qui veut, il n'en est pas de même dans les campagnes où se trouve un seul médecin. Quelque répugnance que celui-ci puisse avoir pour ces fonctions administratives, il doit cependant les accepter, pour que ce ne soit pas la santé publique qui puisse souffrir de son refus.

Ce sont donc des fonctionnaires, mais des fonctionnaires excusables. Néanmoins, leur liberté est un peu diminuée, car ils ne sont pas à l'abri d'une révocation arbitraire.

Mais, me direz-vous, il appartient au Syndicat de réglementer ces révocations. Oui, certes ; mais en pratique la chose se passe d'une manière fort simple. Un confrère est révoqué pour motifs d'ordre nettement politique. Le Préfet fait faire une enquête et tous ses efforts tendent à ce que l'on puisse découvrir quelques négligences d'ordre médical. On cuisine quelques témoins, de ces bons campagnards qui préfèrent parler en faveur de l'administration que du praticien, et le tour est joué. Avec des larmes dans la voix, de ces larmes qu'il est coutume d'aller recueillir sur les bords du Nil, le préfet répond au président du syndicat que son administration a dû à regret se séparer du Dr A.... pour négligences dans son service ; et l'on fournit un dossier à l'appui.

Néanmoins, je conclus comme vous : le jour où les syndicats, plus conscients de leur rôle et surtout de leur pouvoir, voudront se dresser en face de l'omnipotence du préfet, celui-ci réfléchira avant de révoquer un praticien surtout lorsqu'il saura par expérience qu'aucun médecin ne voudra recueillir la succession du révoqué.

Dans les régions où tous les confrères sont syndiqués, liés par leur engagement réciproque,

soumis aux sanctions statutaires, c'est là vraiment où l'on s'aperçoit que l'union fait la force.

Un préfet a fait un acte d'arbitraire : il révoque des titulaires, puis nomme des successeurs. Ceux-ci en réfèrent à leur syndicat puis, poliment, refusent l'honneur et la distinction dont ils sont l'objet. Le préfet est bien alors dans l'obligation de venir causer avec le syndicat, de donner ses motifs de révocation. Soyez bien assuré que, la fois prochaine, il s'entendra avec le syndicat pour mener une enquête avant de signer une révocation,

Voyez encore ce que peut faire une bonne discipline syndicale.

Dans l'Ain, lorsqu'on a voulu appliquer le service des vaccinations, les syndicats médicaux avaient proposé au préfet un *modus faciendi* basé sur des circonscriptions desservies à tour de rôle par chaque médecin de la circonscription. Cela ne faisait pas l'affaire du préfet, qui voulait nommer des fonctionnaires vaccinateurs.

Il passa donc par dessus la tête du syndicat et nomma un certain nombre de médecins vaccinateurs. Presque tous ces élus, en grande partie membres du syndicat, refusèrent avec ensemble leur nomination ; résultat : le préfet causa avec les syndicats et accepta leurs propositions.

Autre exemple : deux confrères sont révoqués à Belley de leurs fonctions de médecin inspecteur de la protection du premier âge, pour faits politiques. Pendant un an, les confrères nommés en remplacement des deux premiers refusèrent leur nomination, par esprit de solidarité et en bons syndicalistes. Plus tard, le syndicat les releva de leurs engagements et leur permit d'accepter lorsque l'installation d'un nouveau médecin, ne faisant pas encore partie du syndicat, lui eût fait craindre que les vaillants confrères ne soient les victimes de leur obéissance à la chose promise. Sans cela, le préfet était obligé de céder et de réintégrer les révoqués.

Je conviens donc que, dans certains cas (inspection du premier âge, état civil) le médecin est obligé d'être fonctionnaire contrôleur.

Mais il n'est nullement obligé de l'être lorsqu'il s'agit d'autres services. Pourquoi, par exemple accepte-t-il d'être fonctionnaire pour l'A. M. G. ? les vaccinations ? les enfants assistés ? Ne peut-il pas abandonner son intérêt personnel immédiat pour n'envisager que le principe du libre choix du médecin et du tarif à la visite ?

Il croit, en conservant son poste et sa maigre rétribution à forfait, qu'il perdrait beaucoup en l'abandonnant ? Erreur, car le traitement de famine qu'il reçoit permet à la collectivité de faire des économies sur le dos du seul praticien.

Le libre choix du médecin coûterait plus cher que l'abonnement, nous répondent certains conseils généraux. C'est inexact, affirmons-nous ; nos statistiques sont là pour prouver le contraire.

Ne l'a-t-on pas proclamé encore ces jours derniers à la tribune de la Chambre, comme le prouve le discours prononcé par nos vaillants confrères et députés, les docteurs Laurent (de la Loire) et Sireyjol (de la Dordogne) ?

En second lieu, qu'est-ce que ces questions d'argent peuvent bien nous faire : la collectivité doit assurer certains services et obligations d'assistance, d'hygiène, de prévoyance. C'est à elle et non à nous, médecins, d'en assurer les charges et les frais. Pourquoi toujours faire de la philanthropie aux dépens d'une seule classe de la société ?

Les instituteurs, me dites-vous, les employés obtiennent plus que nous. Le fait est exact mais ils ont mieux que nous l'esprit de discipline, ils savent faire abstraction de l'intérêt individuel, pour n'envisager que l'intérêt collectif de la corporation. En cela ils sont dans le vrai, car leur force est en raison directe de leur discipline.

Il en sera de même lorsque le médecin consentira à comprendre que ce qu'il perdra du fait de son renoncement à ses forfaits et à ses traitements fixes, il le regagnera bien au delà par le libre choix du médecin et le tarif à la visite, surtout parce que ce dernier comporte implicitement le relèvement des honoraires trop avilis par ces forfaits au rabais. L'expérience a été tentée maintes fois : elle a toujours été concluante.

Nous aboutissons donc aux-mêmes conclusions, mon cher confrère : l'utilité du syndicat et le rôle immense qu'il aurait à jouer s'il comprenait mieux son importance et s'il était plus actif.

Nous aurons facilement raison de nos adversaires, nous résoudrons aisément la question de la crise médicale le jour où nous le voudrons, c'est-à-dire lorsque nous aurons compris la nécessité de Syndicats, de Fédérations et d'Union des syndicats obéissant à un mot d'ordre. Mais ce jour-là, nous aurons expurgé, de nos groupements actuels, les errements qui nous ont été transmis par atavisme, errements qui reposent sur la lutte entre confrères et sur les situations acquises.

Malgré qu'on en sourie, moi j'ai foi en l'avenir.

Bien confraternellement à vous.

Dr Paul Boudin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Encore l'article 10 du décret et la question du cumul.

Jugement de Paix de Roubaix du 7 juillet 1908 confirmé par Jugement du Tribunal Civil de Lille (nov. 1908).

Attendu que le Dr A. Delattre réclame pour toutes les visites indistinctement le coût d'un pansement et le coût d'une visite ;

Attendu qu'il ne justifie pas à chaque date d'une intervention ou d'une réquisition d'intervention spéciale par suite d'un incident quelconque ;

Que le traitement a donc, entre les opérations, suivi son cours normal, les pansements suivant les opérations et n'étant que la suite du traitement ordonné tout d'abord ;

Attendu que l'art. 3 de l'arrêté spécifie que le prix de la visite ou consultation comprend un pansement et qu'à la première visite ou consultation seule, le premier pansement sera payé en sus du prix d'une visite ou consultation ;

Qu'il s'en suit que les pansements ultérieurs ordinaires ne sont payés qu'au prix d'une visite ou consultation sans aucune adjonction ;

Qu'il en est de même pour les petites opérations spécifiées en l'art. 10 et dont l'allocation correspond au prix d'une visite ou consultation, les assimilant aux petits pansements puisqu'elles sont tarifées de même, lorsque ces petites opérations doivent se suivre pour la nécessité du traitement dans les conditions identiques ;

Que, par suite, les pansements ou petites opérations ultérieures, sans justification d'incident quelconque, se trouvent devoir être tarifés dans les mêmes conditions, le prix de la visite ou consultation ne devant pas y être adjoint ;

Que ce principe de l'art. 3 est établi pour toutes les tarifications de l'art. 10 ;

Attendu que si le tarif n'a pas fixé un maximum de visites ou consultations pour les cas habituels, ce qui était en réalité difficile, peut-être moins réalisable, il en a laissé l'appréciation et la fixation au juge ;

Attendu qu'il n'est pas possible d'admettre que des visites soient obligatoires tous les jours de la semaine lorsque le dimanche de chaque semaine est laissé en suspens ;

Attendu que le principe de la loi de 1898 et de l'arrêté du 30 septembre 1905 est de réclamer dans un but humanitaire des sacrifices à tous ceux qui directement ou indirectement doivent intervenir pour la bonne application et la bonne exécution de cette loi ;

Que lors de la discussion, le législateur avait été tout d'abord d'avis de limiter à 10 et 150 francs l'importance de la blessure ;

..... Qu'il est démontré par cela même que le législateur entendait être opposé à toute exagération dans la taxation desdits frais médicaux....

Note. — Il paraît que devant les tribunaux de paix du département du Nord, cette jurisprudence est généralement adoptée. Et voilà le tribunal civil de Lille qui y donne son adhésion ! C'est en vain que l'on invoque les décisions antérieures des juridictions d'appel qui, le plus souvent, en infirmant des jugements de tribunaux de paix, ont décidé que le prix de la visite ou consultation devait être compté en sus des allocations prévues au tarif pour les petites interventions (Tribunal de la Seine, 4e ch., 3e sect., 7 décembre 1907, 23 juin 1908 et 15 février 1909; Trib. civil de Lyon, 2e ch., 8 avril 1908; Tribunal civil d'Aix-en-Provence, 29 octobre 1908; Tribunal civil de Nantes, 2 décembre 1909).

Dans le Nord, le siège des magistrats est fait. Ils ne veulent se rendre ni à l'évidence, devant un texte clair et précis qui ne comporte aucune interprétation, ni aux raisonnements consacrés par les autres tribunaux civils, statuant comme juridictions d'appel. Il est alors tout à fait inutile de faire des lois, d'édicter des textes, si par des interprétations fantaisistes, les juges arrivent à substituer à la loi elle-même et à l'intention nettement exprimée du législateur, des solutions qui ne sont autre chose que la réalisation de leur conception personnelle dans une situation donnée. Que l'on en use de même avec le Code civil pour tous les articles qui ne donnent pas des solutions conformes à ces conceptions personnelles, et l'on verrait à quelle anarchie juridique le procédé aboutirait. Mais avec le sacro-saint code civil, on y met plus de formes. Ici, il s'agit d'un tarif légal applicable à des médecins, on peut en prendre à son aise !

Quand on voit le genre d'argumentation qu'on arrive à échafauder pour éviter l'application d'un texte aussi formel et aussi clair que l'art. 10 du Tarif, on se dit tout d'abord qu'il est superflu de discuter et que sans doute faudrait-il employer d'autres moyens que la discussion pour vaincre cette influence pernicieuse, assez forte pour égarer le raisonnement de très honnêtes fonctionnaires, et qui se dégage, comme une émanation pestilentielle, de certains foyers, comme ceux du capitalisme intense qui opprime les esprits dans certaines régions.

Pourtant nous ne nous lasserons pas de relever ce qu'ont de spécieux, de faux jusqu'à l'absurde certains procédés d'une soi-disant interprétation de textes.

Alors que l'article 10 du Tarif du 30 novembre 1905, dit formellement : « Les soins médicaux et « opérations de petite chirurgie *donnent droit* (*expression impérative*) en sus du prix de la consultation ou de la visite, aux allocations ci-après... « B.... Allocation correspondant au prix de *deux* « visites ou consultations..... pansement antiseptique complet, pansement hémostatique « ou grands bandages compressifs » ; alors que dans les articles suivants, le même système est appliqué à la fixation de la rémunération pour toutes les catégories d'interventions de petite chirurgie, et qu'ainsi les rédacteurs du Tarif légal ont institué une règle générale régissant le mode de fixation de l'honoraire médical en pareille matière et consistant à prendre le prix de la visite comme étalon, et à le doubler, tripler, etc., suivant l'importance de l'intervention, — est-il admissible qu'on s'empare de l'exception inscrite dans l'art. 3 (spécifiant dans le 1er § que le petit pansement sera compris dans la première visite ou consultation et dans le second §, que cette exception ne s'appliquera pas à la première visite ou consultation), pour en conclure que ce sera cette exception qui devra, contre le texte formel de l'article 10, devenir la règle générale ?

La preuve que telle fut bien l'intention des rédacteurs du tarif pour toutes les opérations de petite chirurgie énumérées dans l'art. 10 et les suivants, sans distinction entre la première intervention et les suivantes, et qu'il s'agit bien là d'un mode de calcul constituant une règle générale, résulte du fait même que toutes les fois qu'ils ont voulu y apporter une exception, ils l'ont formellement édictée. Il n'y a pas dans le Tarif que l'exception inscrite dans l'art. 3. A la fin du § B de l'article 10, on a prévu, dans une note spéciale, le cas où le traitement d'une plaie exigera, au cours d'une même visite ou consultation, plusieurs ablations spécifiées, et on a dit que ces diverses ablations ne seraient pas comptées distinctement mais qu'il ne serait compté que l'honoraire afférent à l'une d'elles. Dans l'article 14, § 4, pour les médecins oculistes, les rédacteurs du tarif ont

encore spécifié le non-cumul du pansement simple avec le prix de l'examen du blessé. Une disposition similaire, dans le § B, vise l'examen du blessé par les médecins oto-rhino-laryngologistes. Du moment où les rédacteurs d'un texte ont pris soin d'adopter une règle générale comme mode de calcul, puis de prévoir spécialement trois ou quatre exceptions, comment peut-on se permettre de prendre l'une de ces exceptions, sous prétexte d'interprétation, comme donnant le sens de la règle générale, de manière à créer de nouvelles exceptions, contrairement à un texte formel ? Ce procédé de discussion n'est pas permis. Il n'est pas juste... et nous pourrions le qualifier de *sabotage judiciaire*.

Ce n'est pas nous qui le disons, mais un Tribunal civil, le tribunal de Nantes, dans le jugement publié dans le dernier numéro du *Concours* qui dit que procéder ainsi « ce n'est plus une interprétation, mais une modification complète et que les tribunaux n'ont pas le pouvoir de modifier la Loi ».

Nous sommes en matière de Tarif légal, établi pour éviter que la valeur du travail médical puisse donner lieu à des rétributions variables suivant les appréciations des juges. Comment admettre que ceux-ci y substituent leur appréciation personnelle sous la forme détournée d'une interprétation spécieuse d'un texte clair ? Le feraient-ils s'il s'agissait de taxer un officier ministériel ou un greffier ? Rechercheraient-ils, si, d'après leur appréciation, le tarif représente une rémunération trop élevée pour le service rendu ? En aucune façon. Ils savent qu'ils n'en ont pas le droit.

Comment peut-on prétendre que, en fait, le prix de la visite ou consultation doit disparaître lors d'un second, d'un troisième ou d'un quatrième pansement, parce que ce serait la première fois seulement que le médecin aurait eu à procéder à un examen médical et que les autres fois, le médecin ne ferait plus qu'une opération mécanique, sans que ses connaissances médicales soient mises à contribution ?

On en arrive, quand on veut faire en même temps un peu d'équité, à juger, comme l'ont fait jadis certains tribunaux de paix, qu'il y a lieu d'allouer le prix d'une visite ou d'une consultation en sus, de temps en temps, toutes les semaines par exemple. Est-ce que, lorsque le médecin se dérange et va au domicile du blessé, il a un moindre dérangement, la seconde ou la troisième visite que la première ? Est-ce que, chaque fois qu'il défait un pansement pour le refaire, soit en consultation soit en visite, il ne surveille pas la plaie et ne procède pas à un examen médical ?

Devra-t-on doser, après coup, l'importance de cet examen ? La loi ne l'a pas voulu, puisqu'elle a ordonné la confection d'un tarif pour éviter l'arbitraire dans un sens comme dans l'autre.

Non seulement tout cela, en fait, est inadmissible, mais encore c'est contraire au texte comme à l'esprit du Tarif.

Quant à l'argument qui consiste à dire que le principe de la loi a été de demander des sacrifices dans un but humanitaire à tous ceux qui concourent directement ou indirectement à l'application de la loi, il est tout simplement fantastique. Le caractère forfaitaire de la loi existe purement et simplement dans les rapports de l'employeur et de l'employé, en ce qui concerne les bases de fixation des indemnités. Pour les frais funéraires, médicaux et pharmaceutiques, lorsqu'en 1905, le Sénat a vote le principe du Tarif, dans le cas où l'ouvrier userait du libre choix, il a été dit qu'on voulait limiter par un Tarif les dépenses que pouvait engager le blessé, au lieu de laisser la fixation de ces frais à l'arbitraire du juge qui existait avec l'ancien article 4, dans les régions où il n'y avait pas de tarif d'assistance médicale. Où voit-on dans les travaux préparatoires que le législateur ait voulu que les médecins fassent des sacrifices, qui ne profiteraient d'ailleurs qu'aux actionnaires des Compagnies d'assurances ? . . . . . .

La Cour de Cassation n'a pas encore définitivement tranché la question. Mais néanmoins, la Chambre des Requêtes, par arrêt du 30 juillet 1908, a admis le pourvoi formé par le Dr de F. *avec l'appui pécuniaire du « Sou Médical »*, contre un jugement du juge de paix de Saint-Denis, de décembre 1907, qui avait, par d'autres motifs aussi peu plausibles, statué dans le même sens que le tribunal de paix de Roubaix et le tribunal civil de Lille.

Lorsque la Cour de Cassation aura définitivement statué, les juges des tribunaux du Nord s'inclineront-ils ? Jusqu'ici, il semble que ni l'évidence résultant d'un texte formel, ni l'unanimité des décisions des autres tribunaux civils n'ait fait s'incliner la minorité irréductible, restée l'adversaire du cumul.

Estimeront-ils que du moment où les médecins ne peuvent se pourvoir contre leurs décisions qu'à la condition de dépenser 1.500 fr. devant les deux Chambres de la Cour de Cassation, ils peuvent continuer, sans péril, à substituer leurs interprétations arbitraires au texte de la Loi ? Nous espérons, pour le bon renom de la justice française, que cette obstination ne se produira pas.

G. GATINEAU,
Avocat à la Cour de Paris,
Conseil du *Sou médical*.

. . . . . .

Médecin sanitaire à Constantinople. — Le poste de médecin sanitaire de France en résidence à Constantinople (Turquie) est déclaré vacant.

Le traitement alloué est de 10.000 fr.

Les candidats sont invités à produire dans un délai de quinze jours leur demande accompagnée d'un exposé aussi précis que possible de leurs titres ou antécédents et de toutes justifications utiles en matière notamment d'épidémiologie des maladies exotiques, de bactériologie ou de pratique des services sanitaires tant en France qu'aux colonies. Le diplôme de docteur en médecine devra être communiqué en original.

La demande et les pièces annexes doivent être envoyées au ministère de l'intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 5e bureau).

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

BILAN AU 31 DÉCEMBRE 190

Caisse	51.234 14	
Obligations du chemin de fer du Midi	153.466 75	
Rente 3 % amortissable	116.560 00	
Obligations foncières 1883	66.742 00	
Obligations du chemin de fer Paris-Orléans	96.690 00	
Obligations Paris-Lyon-Méditerranée fusion ancienne	143.009 33	
Obligations du chemin de fer de l'Est (nouvelles)	58.240 00	
Obligations de la banque hypothécaire de France (1881)	30.153 00	
Obligations de la banque hypothécaire de France (1880)	294432 20	
Obligations du chemin de fer de l'Ouest (nouvelles)	66306 75	
A capital		1.076.834 17
	1,076,834 17	1.076.834 17

Certifié le bilan ci-dessus, conforme aux écritures du Journal et du Grand Livre, arrêté à l'actif et au passif à la somme d'un million soixante-seize mille huit cent trente quatre francs dix sept centimes.

Le Trésorier :
Dr H. VERDALLE.

Rappel du chiffre des cotisations :

Cotisations encaissées du 1er janvier 1884 au 31 décembre 1908	1.256.370 86
En 1909	77.441 65
Total	1.333.812 51

Rappel du chiffre des retraites payées :

De 1894 à 1908 (inclus)	352.869 50
En 1909	35.407 00
Total	388.276 50

Rappel du chiffre des revenus du portefeuille :

De 1884 à 1908 (inclus)	400.012 67
En 1909	30.086 77
Total	430.099 44

Capital ; compte créditeur au 31 décembre 1908	951.679 13
Le capital a été augmenté au 31 décembre 1909 de l'excédent disponible des recettes du 31 décembre 1908 au 31 décembre 1909, soit de la somme de	125.155 04
Le capital est donc créditeur au 31 décembre 1909 de fr.	1.076.834 17

L'actif est représenté par les valeurs du portefeuille au 31 décembre 1909, au cours de la Bourse de Paris à la date de ce jour,

Ci	1.025.600 03
Et des espèces en caisse au 31 décembre 1909, ci	51.234 14
Total égal	1.076.834 17

Compte de profits et pertes : (31 décembre 1909)

Frais généraux, pour balance	4.274 15
Solde ou excédent des recettes, porté au compte capital	125.155 04
Total égal	129.429 19

Par caisse : coupons et intérêts encaissés en 1909 :

Rente 3 % amortissable	3.525 00	
Obligations du Midi.	4.399 20	
Obligations Paris-Lyon-Méditerranée	4.874 40	
Obligations Paris-Orléans	3.261 60	
Obligations foncières 1883	2.174 40	
Obligations banque hypothécaire 1881	993 60	
Obligations Banque hypothécaire 1880	7.235 28	
Obligations chemin de fer de l'Est	1.872 0	
Obligations chemin de fer de l'Ouest.	1.751 29	30.086 77

Par divers, pour plus-value sur les valeurs du portefeuille :

Par obligations Midi.	5.809 7	
Par obligations foncières 1883	2.5575	
Par rente 3 % amortissable	2.943 95	
Par obligations Banque hypothécaire 1880	25.925 9	
Par obligations Banque hypothécaire 1881	1.245 93	
Par obligations Paris-Orléans	11.83775	
Par obligations Paris-Lyon-Méditerranée	6.012 42	
Par obligations Est-nouvelles	862 50	57.195 77
Par caisse des pensions, sa balance, soit la partie disponible des recettes au 31 décembre, savoir la différence entre les cotisations reçues et les recettes payées		42.146 65
Total égal		12.942919

Portefeuille

269 obligations du chemin de fer du Midi anciennes ;
73 obligations du chemin de fer Midi, nouvelles ;
3.525 francs de rente 3 % amortissable :
190 obligations du chemin de fer Paris-Orléans ;
319 obligations du chemin de fer Paris-Lyon-Méditerranée (fusion ancienne).
130 obligations du chemin de fer de l'Est (nouvelles).
503 obligations de la banque hypothécaire de France 1880.
69 obligations de la banque hypothécaire de France 1881.
151 obligations foncières 1883.
150 obligations du chemin de fer de l'Ouest, (nouvelles).

SITUATION AU 10 MARS 1910.

Recettes.

Caisse au 1er janvier.....	51.234 14
Cotisations.....	36.092 35
Intérêts du portefeuille.....	8.885 45
Total des recettes.	96.211 94

Dépenses.

Retraites.....	36.371 00
Frais généraux	77 45
Remboursements de cotisations...	432 00
Total des dépenses.	36.880 45
En caisse au 10 mars.....	59.331 49
Total égal.....	96.211 94

Note : Une somme de 35,335,20 est déposée à la Société française de Reports et dépôts ; elle est destinée à assurer la paiement des retraites de 1911 ; ce dépôt produit intérêt de 2,50 à 3 %.

Cannes, le 10 mars 1910.

Le Trésorier :
Dr H. VERDALLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

STATUTS. — CHAPITRE 1er. *But de la Société.* — Art. 1er — La Société médicale des praticiens a pour but de grouper en un centre scientifique tous les médecins praticiens, de recueillir et de faire connaître les nombreuses recherches médicales et chirurgicales et les découvertes faites quotidiennement par nos confrères et perdues généralement pour cause d'isolement.

CHAPITRE. II.— *Composition de la Société.— Admission — Cotisation.* — Art. 2. — La Société se compose de membres actifs et de membres correspondants.

Art. 3. — Peuvent être admis, à titre de membres actifs, tous les médecins français.

Art. 4. — Peuvent être admis, à titre de membres correspondants, tous les médecins étrangers ou d'une faculté étrangère.

Art. 5. — La cotisation annuelle est fixée à 12 fr. pour tous les membres. Les douzièmes non échus à l'entrée dans la Société sont seuls dus pour la première année.

CHAPITRE. III. — *Admission — Radiation — Exclusion.* — Art. 6. — Pour être admis dans la Société, il faut être présenté par deux Sociétaires. Les candidatures, examinées et agréées d'abord par le Comité, sont ensuite mentionnées à l'ordre du jour de la réunion mensuelle, qui seule a qualité pour prononcer l'admission définitive. Cette admission est votée au bulletin secret et à la majorité des suffrages exprimés.

Art. 7. — Tout membre ayant omis de payer sa cotisation annuelle peut être rayé par le Comité. Toutefois, le Sociétaire rayé pour défaut de paiement pourra demander sa réintégration en payant les quittances arriérées.

Art. 8. — Peut être exclu de la Société tout membre dont l'exclusion aura été proposée à l'Assemblée générale par le Comité, pour acte contraire aux intérêts de la Société ou pour indignité. L'exclusion doit être votée au scrutin secret, à la majorité des deux tiers des membres présents.

CHAPITRE IV.— *Réunions de la Société.*— Art. 9. — La Société se réunit en Assemblée générale ordinaire tous les ans, au mois de décembre et au besoin en Assemblée générale extraordinaire sur décision du Comité. Elle se réunit, en outre, en séances mensuelles pour discuter les questions scientifiques et professionnelles portées à son ordre du jour et pour statuer sur les candidatures présentées par le Comité. L'assemblée générale de décembre aura lieu à la même date que la réunion mensuelle ordinaire, qu'elle suivra ou précédera. Cette assemblée générale aura à se prononcer sur les comptes de gestion morale et financière, procédera à l'élection du Président et des autres membres du Comité.

Art. 10.— Toute discussion politique ou religieuse est interdite.

Art. 11.— Tout membre de la Société a le droit de prendre la parole à la réunion mensuelle, si sa communication a été inscrite à l'ordre du jour par le Comité. Toutes les communications peuvent être discutées par les membres de la Société.

CHAPITRE V. — *Administration de la Société.* — Art. 12. — La Société est administrée par un Comité composé de 13 membres, y compris le Président. L'Assemblée générale de décembre procède à l'élection du Président et des 12 autres membres du Comité. Le Comité, ainsi élu, choisit ensuite dans son sein le bureau, composé de : deux vice-Présidents ; un Secrétaire général ; deux Secrétaires des séances ; un Trésorier.

Art. 13. — Le Président et les autres membres du Comité sont élus pour une année en assemblée générale, au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Ils sont rééligibles. Nul ne peut être élu membre du Comité s'il ne jouit en France de ses droits civils et civiques.

Art. 14. — Le Comité se réunit au moins une fois tous les mois, sauf en août et septembre. Les membres du Comité et les anciens Présidents ont seuls le droit d'assister à ces réunions où toutes les questions d'intérêt, d'ordre du jour et de rédaction, ainsi que les candidatures, sont discutées.

Art. 15.— Le Président a pour mission de veiller à la bonne exécution des statuts et au maintien de l'ordre dans les réunions. Il est le représentant de la Société dans ses rapports avec l'autorité publique et avec les tiers. Il la représente en justice. Il signe les mandats de paiement du Trésorier, et a tous les pouvoirs, conjointement avec lui, pour déposer à une Banque les fonds et les valeurs que la Société

possède. Ces fonds ou valeurs peuvent en être retirés, à défaut du Trésorier, par le Président.

Art. 16.— En cas d'absence du Président, l'un des Vice-Présidents le remplace ou, à leur défaut, un des anciens Présidents ou le membre le plus ancien du Comité.

Art. 17.—Un conseil de famille est formé par les anciens Présidents, assistés du Président et du Secrétaire général. En cas de conflits entre collègues, ce Conseil de famille statuera, et, si sa décision n'est pas acceptée, les partis en désaccord pourront en appeler au Comité.

Art. 18. — Le Secrétaire général reçoit toute la correspondance et toutes les communications, il s'occupe de tout ce qui concerne la rédaction et la publication du Bulletin, dont il est le gérant et l'administrateur. Les Secrétaires des séances sont chargés des comptes rendus de la Société.

Art. 19. — Le Trésorier est chargé d'encaisser les cotisations et d'en délivrer un reçu numéroté, extrait d'un carnet à souches ; dépositaire des fonds en espèces de la Société, il en est responsable. Il ne doit payer que sur mandats signés par le Président. Le Trésorier ne peut conserver en caisse que la somme fixée chaque année par le Comité ; le surplus devant être déposé par lui dans une maison de Banque, désignée par l'Assemblée générale, sur la proposition du Comité.

Art. 20.— Le Comité veille à la bonne administration de la Société. Il vérifie les comptes de la caisse, et prend connaissance chaque mois de l'état financier qui lui est soumis par le Trésorier.

Art. 21. — Est considéré comme ne faisant plus partie du Comité tout membre qui, sans motifs valables, et après avertissement, aura manqué à trois séances consécutives.

CHAPITRE VI. — *Journal de la Société.* — Art. 22. — Seules les communications inédites ou envoyées aux réunions mensuelles seront publiées, sauf avis contraire du Comité, dans le journal de la Société qui paraît chaque mois, et est adressé gratuitement à tous les Sociétaires. Le journal est intitulé : *Bulletin Officiel de la Société Médicale des Praticiens.*

CHAPITRE VII. — *Banquet — Fête annuelle.* — Art. 23. — Un Banquet annuel a lieu à Paris. Ce banquet, qui peut être suivi d'une soirée artistique, est facultatif.

CHAPITRE VIII.— *Modifications aux Statuts — Dissolution.* — Art. 24. — Toute proposition tendant à modifier les Statuts de la Société doit être signée par vingt membres actifs et transmise au Comité, un mois au moins avant la convocation de l'Assemblée générale. Cette proposition sera portée à l'ordre du jour de l'Assemblée générale (ordinaire ou extraordinaire) qui devra statuer à la majorité des deux tiers des membres présents.

Art. 25 — En cas de dissolution de la Société, la liquidation s'effectuera suivant les règles du droit commun et les fonds qui pourraient être disponibles seront affectés selon les décisions de l'Assemblée générale qui aura prononcé la liquidation.

REPORTAGE MÉDICAL

Ecole d'enseignement médical.— I.— *Cours pratiques complémentaires* par un groupe de médecins, chirurgiens des Hôpitaux libres, d'anciens chefs de clinique, d'anciens internes et de praticiens spécialistes. *Deux séries par an* : série d'hiver, novembre et décembre ; série d'été, mai et juin. Les cours de la série d'été à l'usage des médecins praticiens et étudiants s'ouvriront le lundi 2 mai à 5 heures, rue du Luxembourg, 18. Ces cours, au nombre de 20, seront essentiellement pratiques et se feront pendant mai et juin avec présentation de malades et application du traitement par les élèves. Ils comprendront les principales spécialités : chirurgie pratique et traumatique, maladies des voies urinaires, gynécologie, accouchements, chirurgie infantile et orthopédie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie dentaire, clinique thérapeutique et hygiène alimentaire, médecine infantile, puériculture, diphtérie, maladies du système nerveux, maladies de la peau, électrothérapie, radiothérapie, massage, déontologie médicale, accidents de travail. *Droits d'inscription* : 20 fr., pour droits d'incription à l'Ecole ; 20 fr., pour l'ensemble des cours de la série.

II. — *Cours de vacances* (du 25 septembre au 8 octobre), comprenant les principales spécialités. Prix : 20 francs par cours. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Rondeau, 18, rue du Luxembourg. Le progamme détaillé est envoyé sur demande.

Enseignement médical libre. — M. le Dr Bérillon, professeur à l'Ecole de Psychologie, médecin-inspecteur des Asiles d'aliénés, commencera, le jeudi 12 mai, à cinq heures, 49, rue Saint-André-des-Arts, un cours de Psychologie médicale. *Sujet du cours* : Les enfants anormaux l'hypnotisme et l'orthopédie mentale. Jeudi 12 mai, à cinq heures : le traitement médico-pédagogique des inutiles et des inadaptés.— Jeudi 19 mai à cinq heures : l'éducation de l'attention. Les arriérés et les instables (démonstrations pratiques par M. Quinque, directeur de l'Etablissement médico-pédagogique de Créteil). — Jeudi 26 mai, à cinq heures : l'éducation de l'intelligence. Les paresseux et les surmenés.— Jeudi 2 juin, à cinq heures : l'éducation de la volonté. Les impulsifs et les indolents.— Jeudi 9 juin, à cinq heures : l'éducation du caractère. Les pusillanimes et les timides. — Jeudi 16 juin, à cinq heures ; l'éducation de la droiture. Les menteurs et les kleptomanes. — Jeudi 23 juin, à cinq heures : l'éducation de la sociabilité. Les indisciplinés et les pervers. — Dimanche 26 juin, à deux heures et demie : visite de l'établissement médico-pédagogique de Créteil (Seine). — Jeudi 30 juin, à cinq heures : rôle de l'hypnotisme dans l'orthopédie mentale (avec démonstrations expérimentales). Les consultations du Dispensaire pédagogique et du Dispensaire anti-alcoolique ont lieu les mardis, jeudis, samedis, de dix heures à midi, 49, rue Saint-André-des-Arts. (Les médecins, les étudiants et les membres de l'enseignement sont invités à assister aux consultations du jeudi.)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer le décès de MM. les docteurs OKINCZYC, de Luzarches (Seine-et-Oise) ; AUBIN, de Toulon (Var) et MINNE, de Plomion (Aisne), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 18 Dimanche 1er MAI 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

SOMMAIRE

Association générale des médecins de France
Les retraites pour la vieillesse médicale 375
Propos du jour
Notre action syndicale et les élections législatives.... 376
Clinique chirurgicale.
Luxation de l'épaule droite datant de 18 jours... ... 378
La semaine medicale.
L'huile à l'acoïne comme analgésique dans le traitement du trachome. — Hémiplégie pneumonique. Pneumocoecie méningée. — La contagiosité de la scarlatine. — Anesthésie chirurgicale par le chloroforme.—Sur Le traitement de la neurasthénie..... 380
Revue des sociétés savantes.
Embolie et mort subite dans les fractures. — Ileus post-opératoire guéri par le décubitus ventral. — Emploi de la bande de Bier dans la paralysie infantile. — Faut-il envoyer à la mer ou à la montagne les tuberculoses chirurgicales ?..... 382
Formulaire raisonné
L'arsenic 384
Laryngologie
L'angine syphilitique aiguë..... 385
Hydrologie
La cure de Châtel-Guyon dans les affections hépatiques..... 386
Hygiène publique
Quelques considérations sur la désinfection dans les maladies infectieuses. 388
L'encombrement médical
Limitation ou diminution. — Autre cloche, autre son. — A propos de l'encombrement médical. Lettre ouverte à un confrère du département du centre..... 391
Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel.
Sou médical. — Syndicat des médecins de l'arrondissement de Rambouillet. — Syndicat des médecins de la Savoie..... 395
Reportage médical.
A. G. Comité d'assistance et de placement des veuves et des orphelins..... 397
Nécrologie..... 398

A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

LES RETRAITES POUR LA VIEILLESSE MÉDICALE

La question des retraites est d'actualité, tout le monde songe à se prémunir contre la détresse des vieux jours : c'est ce qui explique la ruée vers les fonctions, vers les positions qui assurent la retraite, le formidable développement de la mutualité, la création par l'Etat de la retraite pour les vieillards, infirmes et incurables et des retraites ouvrières.

Les médecins qui voient leur situation matérielle décliner de jour en jour par le fait de l'encombrement professionnel, d'une part, et, d'autre part, par la vulgarisation des notions de l'hygiène, ne pouvaient rester à l'écart de ce mouvement, et leurs revendications en faveur de la retraite, qui s'étaient fait jour timidement d'abord, deviennent plus pressantes ; la question des retraites médicales est passée à l'un des premiers plans de leurs aspirations ; il est de notre devoir de l'étudier.

Quelles sont actuellement les ressources offertes au médecin prévoyant qui veut se créer une retraite ?

Il peut adhérer à la combinaison C de l'Association amicale des médecins Français qui lui assure une pension de 1.200 francs à l'âge de 65 ans, âge auquel cette Association amicale cesse de le couvrir contre le risque maladie.

Il peut adhérer à la Caisse des pensions de retraite du corps médical français qui lui offre une même pension de 1.200 francs à l'âge de 60 ans.

Dans ces deux œuvres, il a la faculté d'opter pour une retraite de 600 francs contre versement de la demi-cotisation. Dans la seconde, il peut aussi, moyennant le versement annuel d'une somme fixe de 155 fr. (ou de 77 fr. 50 s'il opte pour le type demi-retraite) obtenir une retraite proportionnelle au capital qu'il aura constitué à 60 ans.

Il peut encore adhérer à la Prévoyance médicale dont le fonctionnement spécial s'écarte complètement des deux œuvres précédentes.

Il peut enfin faire des versements à la Caisse nationale des retraites ouverte à tous, aux médecins comme aux autres.

Mais, quelques avantages que présentent ces organisations diverses, il faut bien reconnaître qu'elles ne conviennent pas à tous, qu'elles ne répondent pas à tous les besoins, à toutes les aspirations.

La combinaison C de l'Amicale réclame des primes qui varient de 86 francs pour 25 ans à 428 fr. pour 50 ans, âge extrême d'entrée, et nous savons qu'il est des budgets médicaux pour lesquels ces primes sont inabordables.

La demi-combinaison elle-même, avec ses primes oscillant entre 43 fr. et 224 fr., est sans doute encore trop chère, puisqu'on reproche à l'Amicale de n'être pas assez démocratique et de ne s'adresser qu'aux médecins dont la situation est relativement satisfaisante.

La Caisse des retraites demande des cotisations variant de 155 fr. pour 25 ans à 588 fr. pour 45 ans — et on lui adresse les mêmes reproches qu'à l'Amicale : elle est trop chère.

Le principe sur lequel la Prévoyance médicale réside est discuté : tous ne l'admettent pas.

Enfin beaucoup répugnent aux versements à la Caisse nationale des retraites ; les médecins veulent une œuvre à eux, une œuvre confraternelle.

C'est là ce qui explique les réclamations un peu générales qui nous parviennent et ce qui a motivé vraisemblablement le vœu de la Société locale des médecins de la Drôme et de l'Ardèche.

Que l'Association générale mette le plus tôt possible à l'étude la question de retraite de droit à 60 ans d'âge, en élevant d'une part la cotisation annuelle, mais en utilisant son gros capital de cinq millions à rendre cette augmentation aussi faible que possible.

Tel qu'il a été présenté, ce vœu soulevait de graves objections, l'Association générale ne pouvant distraire de leurs affectations spéciales la plus grande quantité des ressources qu'elle possède ; il n'en pas moins été pris en considération par l'Assemblée générale du 10 avril dans sa première partie tout au moins :

L'Association générale mettra à son ordre du jour la question de la retraite de droit à 60 ans d'âge,

laissant au Conseil général le soin d'étudier les voies et moyens par lesquels la cotisation pourrait être réduite à son minimum.

Même ainsi comprise, la question est plus grosse que beaucoup ne le pensent : elle nécessitera des études aussi longues qu'approfondies et le jour n'est pas proche où une solution ferme pourra être soumise à l'approbation d'une Assemblée générale. Elle n'est cependant pas insoluble, et elle sera solutionnée puisque le Conseil général va l'aborder sans parti pris, avec la seule préoccupation de l'intérêt général des médecins, et sans se soucier autrement des impédimenta que peuvent renfermer des statuts surannés.

Sur la proposition que j'en ai faite avec mes collègues Jeanne et Gairal, le Conseil général a, dans sa séance du 21 avril, nommé une commission à laquelle il a renvoyé l'étude de la question. A cette commission de montrer que l'Association générale est capable de se rajeunir et d'adapter son fonctionnement aux nécessités présentes.

Nous sommes certains que le secrétaire général Lepage, que le trésorier Darras, qui prennent une part constante aux travaux de nos filiales, l'*Amicale* et la *Caisse des pensions*, lui fourniront avec désintéressement tous les documents utiles et verront d'un œil favorable l'aide que nous leur apporterons en ce sens. Quant au *Concours médical* qui a dans cette commission des représentants autorisés : Gassot, Maurat, Jeanne ; des amis dévoués, Lande et Gairal — il considère donc la chose comme un peu sienne aussi, et il ne dépendra pas de lui que satisfaction ne soit donnée aussi complète que possible à la création d'une organisation véritable des retraites de la vieillesse médicale.

A. Gassot.

PROPOS DU JOUR

Notre action syndicale et les élections législatives.

Le 23 novembre de l'an 79, lors de l'éruption du Vésuve qui l'ensevelit sous ses cendres, la ville de Pompéi était en pleine période électorale ; on allait procéder au choix des édiles. Comme devant les monuments publics de notre Paris moderne, des panneaux peints en blancs (pour cela les Latins les appelaient *album*) étaient réservés à l'inscription en caractères rouges des affiches électorales où chacun vantait son candidat. Dans ces inscriptions exhumées quelque dix-huit siècles plus tard et relevées avec soin, les corporations, les syndicats d'alors, faisaient campagne en faveur de ceux dont ils attendaient les services. Les *pomarii* (fruitiers), les *lignarii* (charpentiers), les *plaustrari* (charrons), des *salinari* (ouvriers des salines) recommandaient aux v[illegible]es de leurs concitoyens les candidats Pansa, Caïus Aprasius, Sabinus ou Rufus. Les *aurifices universi*, c'est-à-dire la corporation tout entière des orfèvres, donnait sa confiance à Photinus. Il va sans dire que chaque candidat avait toutes les qualités nécessaires ; au meilleur des édiles, il était V. B. (*vir bonus*), R. P. D. (*rei publicæ dignus*), il possédait toutes les vertus, cet excellent garçon (*verecumdissimum juvenem*) et chaque affiche concluait par la formule O. V. F. (*Oro vos faciatis*).

Les Latins, gens pratiques, nous ont donné ainsi d'excellentes leçons ; chaque corporation savait au moment des élections défendre ses droits et soutenir ses intérêts.

Elle n'est donc pas absolument nouvelle la tentative que les Syndicats médicaux viennent de faire et nous devons reconnaître que leur action dans les élections a été suivie d'un véritable succès. Trente-cinq candidats qui se sont engagés par écrit à soutenir de leur vote le libre choix du médecin par le malade ont été élus au premier

tour de scrutin et nous espérons bien voir leur nombre plus que doublé au scrutin de ballottage. Nous sommes donc assurés que les partisans de la liberté de confiance feront à la Chambre un groupe respectable.

Ce qui nous satisfait le plus, ce qui, nous ne cesserons de le répéter, nous donne le plus d'encouragement et stimule le plus notre action, c'est que nos bulletins d'engagement n'ont pas été signés par des candidats quelconques, par de ces malheureux arrivistes prêts, pour réussir, à toutes les compromissions et à toutes les capitulations de conscience. Non, ceux qui ont signé l'ont fait après réflexion et quelques-uns même adoptant nos vœux en principe, en faisant des réserves, nous ont donné par lettre les raisons du bon accueil qu'ils faisaient à nos demandes, ils nous ont bien montré que le bien public était là leur principal, peut-être même leur unique souci.

On ne pourra pas nous accuser de n'avoir trouvé que le concours d'hommes incapables de réfléchir et de penser, car trois candidats, membres de l'Institut, d'ailleurs d'opinions bien différentes, ont répondu à notre appel : MM. Maurice *Barrès*, de l'Académie Française, Charles *Benoist*, de l'Académie des Sciences morales et politiques, et *Painlevé*, de l'Académie des Sciences.

Il sera tout aussi difficile de faire croire que c'est pour augmenter de quelques voix le chiffre de leur majorité que nous avons reçu les promesses d'hommes comme M. J. Coutant, d'Ivry, élu par 13.388 suffrages avec 8.385 voix de majorité ; comme M. G. Berry, de Paris, élu par 4,583 suffrages avec 2.484 voix de majorité ; comme M. Steeg, de Paris, élu par 5,097 suffrages avec 2.000 voix environ de majorité ; comme M. A. Wilm, de St-Denis, élu par 10.567 suffrages avec 6.265 voix de majorité ; comme M. Millevoye, de Paris, élu par 5,978 suffrages avec 4.238 voix de majorité ; comme M. Basly, de Béthune, élu par 15.741 suffrages avec près de 10.000 voix de majorité ; comme M. Lamendin, de Béthune, élu par 12.404 suffrages avec plus de 9.000 voix de majorité, comme nos confrères : comme le Dr Laurent, de Roanne, élu par 12.075 suffrages avec près de 3.000 voix de majorité ; comme le Dr Sireyjol, de Nontron, élu par 11.925 suffrages avec 5.000 voix environ de majorité ; ces députés, pour n'en citer que quelques-uns, certains de leur réélection, n'ont certes consenti à défendre la liberté de confiance que parce qu'ils considéraient l'excellence de ce principe, que parce qu'ils étaient convaincus de l'utilité pratique de son application, que parce qu'ils trouvaient que la défense de cette liberté était un acte de justice sociale et de progrès.

Aussi, nous engageons vivement tous nos confrères, à ne pas arrêter leur action en si bonne voie; qu'ils donnent comme exemples, aux candidats mal renseignés ou hésitants les hommes distingués dont nous venons, sans le moindre esprit de parti, de faire l'énumération et de nous envoyer une longue liste d'adhésions que nous publierons dans notre numéro du 7 mai, la veille du scrutin de ballottage. J. Noir.

Liste des Candidats dont les engagements en faveur du libre choix du médecin par le malade nous sont parvenus à temps pour être publiés dans ce numéro.

Candidats élus au 1er tour de scrutin ayant accepté de défendre le Libre choix.

PARIS et SEINE (**par ordre de circonscriptions**)

MM. Maurice Barrès, amiral Bienaimé, (*Ier Arr.*) Spronck (*VIIe Arr.*), Georges Berry, Escudier, (*IXe Arr.*), Leboucq, (*XIIIe Arr.*), Steeg, (*XIVe Arr.*), Lucien Millevoye, (*XVIe Arr.*), Pugliesi-Conti, (*XVIIe Arr.*), Marcel Sembat, Bussat, (*XVIIIe Arr.*), Willm, Voilin, (*Sainl-Denis*), J. Coutant, (*Sceaux*).

DEPARTEMENTS.

MM. Goujon (**Ain**). — Alfred Douadeï (**Alpes-Maritimes**). — J. L. Breton (**Cher**). — R. David, De la Batut, Dr Sireyjol (**Dordogne**). — Thierry-Cazes (**Gers**). — Dr Laurent (**Loire**). — Boutaud (**Hte-Loire**). — Alasseur (**Loiret**). — Haguenin (**Marne**). — Dutreil, de Hercé, Chaulin-Servinière, de Villebois-Mareuil (**Mayenne**). — Roblin (**Nièvre**). — Dumont, Henry Cochin (**Nord**). — Basly, Lamendin (**Pas-de-Calais**). — E. Brousse (**Pyrénées-Orientales**). — Laroche (**Sarthe**). — Damelier, Rougier (**Deux-Sèvres**).

Scrutin de ballottage du 8 mai 1910.

Candidats ayant accepté de défendre le LIBRE CHOIX à la CHAMBRE

PARIS.

Ve *Arrondissement* : 1re **Circ.**, MM. Auffray, anc. député, Painlevé, Poli, Tillié.

2e **Circ.**, MM. Desplas député sortant, de Moro-Giafferri, Charles Gras, ancien député.

VIe *Arrondissement* : MM. Ch. Benoist, député sortant, Prache, député sortant.

Xe *Arrondissement* : 1re **Circ.**, MM. Groussier, Jacquelin.

2e **Circ.**, MM. Tournade, député sortant, Charpentier, Brau, Marcel Picard.

XIe *Arrondissement* : 1re **Circ.**, M. Gautier-Rougeville.

2e **Circ.**, MM. Albert Garnier, Edouard Ignace.

3e **Circ.**, MM. Offenstadt-Villefranche, Chevaux.

XIIe 1re **Circ.**, Dr Musy.

2e **Circ.**, MM. Le Foyer député sortant, Colly conseiller municipal, Pantz, Orry.

XIIIe *Arrondissement* : 2e **Circ.**, MM. Dr Paulin, Méryancien député, Buisson, député sortant.

XIVe *Arrondissement* : 1re **Circ.**, MM. Dupourqué, de Ruskam.

XVe *Arrondissement* : 1re **Circ.**, MM. Aubriot, Chautard, député sortant.

2e **Circ.**, MM. Chérioux, conseiller municipal, d'Aramon, Chauvière, député sortant.

XVIIe *Arrondissement* : M. Joseph Ménard, conseiller municipal.

3e **Circ.**, MM. Ernest Roche, ancien député, Wéry.

XVIIIe *Arrondissement* : 2e **Circ.**, MM. Rouanet, député sortant, Charles Bernard, ancien député, Montillot.

SEINE

SAINT-DENIS : 1re **Circ.**, M. Trousselle.
2e **Circ.**, MM.
3e **Circ.**, MM. Dr Meslier, député sortant, Bokanowski, Gautherot, Oudinot.
5e **Circ.**, MM. Hector Depasse, député sortant, Melgrani.
6e **Circ.**, MM. Louis Dubois, Féron, député sortant.
SCEAUX : 1re **Circ.**, M. Deloncle, député sort.
2e **Circ.**, M. le Dr Dircksen.
3e **Circ.**, MM. Chenal, député sortant, Fraenzel.
5e **Circ.**, MM.

DEPARTEMENTS

AIN : **Belley** : Dr Héritier, député sortant. — **Nantua** : M. René Nicod, Dr Boccard.
ALLIER : 1re **Circ**, **de Moulins** : MM. Mille, député sortant, Barbier, Galland — **La Palisse** ; M. Paul Vexenat. — **Gannat** : M. Ch. Péronnet, député sortant. — 2e **Circ.**, **de Montluçon** : MM. Paul Constans, député sortant, Lamoureux, conseiller général.
HAUTES-ALPES : **Gap** : MM. Euzière, député sortant, Antiq, — **Embrun** : MM. Fourat, André Constans.
BOUCHES-DU-RHONE : **Marseille** : 1re **Circ.**,, MM. Carnaud, député sortant, Chanot, ancien maire, Duverger. — 4e **Circ.**, MM. Brion, Louis Roux. — 5e **Circ.**, M. Carlier, député sortant. — 6e **Circ.**, M. Vidal, adjoint au maire.
CHER : 1re **Circ. de Bourges** ; MM. Debaune député sortant, Commenge, adjoint au maire, Laudier. — 1re **Circ.** de **Saint-Amand** : MM. Bonnerot, Dumas. — 2e **Circ.**, **de Saint-Amand** : MM. Thomas, Gaulmier, Demerson, Mauger — **Circ.**, **de Sancerre** : MM. Dr Ravier, député sortant, Henry Marlet, ancien député.
DORDOGNE : **Ribérac** : Dr Nemours, Eymery, conseiller général.
DROME : 1re **Circ. de Valence** : MM. Louis Dumont, député sortant, Bruyère. — **Montélimar** : M. Puissant. — **Die** : M. Maurice Long.
EURE : **Bernay** : M. Fouquet.
FINISTERE : 2e **Circ. de Châteaulin** : Dr Dubuisson, député sortant.
GERS : **Auch** : MM. Dr Samalens, maire, Decker-David, député sortant. — **Lombez**: Marquis de Pins, député sortant. — **Condom** : MM. Dr Masclanis, Defrèche.
LOIRE : 1re **Circ.**, **de Montbrison** : M. Chialvo.
LOIRET : **Montargis** : MM. Dr Vazeille, député sortant, Prosper Germain, René Weill.
HERAULT : **Montpellier** : M. Pierre Leroy-Beaulieu. député sortant.
MARNE : 2e **Circ.**, **de Reims** : MM. Lenoir, député sortant, Paul Razous.
NIEVRE : 1re **Circ. de Nevers** : M. Marcenet.
NORD : **Lille** : 1er **Circ.**, MM. Saint-Venant, conseiller général, Spriet. — 2e **Circ.**, M. Dambrine. — 3e **Circ.**, M. Duburcq.

PYRENEES-ORIENTALES. — 1re **Circ.**, **de Perpignan** : MM. Bartissol, député sortant, Manant, Deslinières, Bertran. — 2e **Circ.**, **de Perpignan** : MM. Chauvet, Thomas, Rameil — **Céret**: Dr Pujade, député sortant.
SAONE-ET-LOIRE : **Louhans** : M. Henri Maître.
SOMME : **Abbeville** : M. des Lyons, député sortant.
TARN : 1re **Circ.**, **de Castres** ; M. Clermont-Guiraud. — **Lavaur** : M. de Belcastel, député sortant. Le Dr G. **Guiraud** s'est déclaré *absolument hostile* à la liberté de confiance).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Clinique de M. le Professeur JABOULAY.

Luxation de l'épaule droite datant de 18 jours.

Je vous présente un malade entré dans mon service la semaine dernière au nº 8 de la salle St-Sourdos pour un traumatisme de la région de l'épaule droite.

Il s'agit d'un homme âgé de 58 ans, qui le 17 février dernier, montait un escalier glissant, portant à la main un panier contenant des fromages. Il est tombé sans lâcher son panier, s'est relevé et est monté chez lui. La douleur qu'il a ressentie n'a pas été bien vive, il a pu se déshabiller seul. Le lendemain matin, il s'est aperçu qu'il avait l'épaule droite raide et il n'a pu s'habiller. Croyant s'être simplement contus et que cela se guérirait, il attend au surlendemain de son accident pour entrer à l'hôpital de sa petite ville. Nous ne savons pas exactement quel est le traitement qu'il a subi, mais, mécontent, ce malade sort en cachette et va voir un rhabilleur qui se déclare impuissant à remettre les choses en état et lui conseille de venir à Lyon.

Il entre à St-Sacerdos le 28 février, envoyé par le service de porte.

A l'examen, ce malade paraît plus que son âge. L'interrogatoire montre le peu de douleur ressenti par le malade, il est nettement dyspnéique; aussi, en vue de l'éthérisation, nous avons examiné tous ses viscères.

Du côté des poumons on note des signes d'emphysème et de bronchite. Le thorax est légèrement globuleux à l'auscultation, l'inspiration est humée. Il y a aux 2 bases quelques sibilances, du ronflement traduisant de l'emphysème et de la bronchite chronique. L'éther pourra, malgré ces symptômes, être donné au malade pour l'endormir. Nous ne croyons pas qu'il donne d'accidents respiratoires.

Le cœur est bon, la pointe est dans le Ve espace. Il n'y a pas de souffle de la pointe, le cœur droit ne s'est pas dilaté comme cela se voit dans les affections chroniques des poumons.

Les urines sont normales comme quantité et coloration. L'examen montre qu'elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le malade ne présente rien du côté de son système nerveux central. Les réflexes sont normaux, les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Au repos ce malade ne souffre pas, il ne se plaint pas. C'est seulement quand il essaye de mouvoir son bras, ou quand on l'examine qu'il souffre.

Il présente de l'impotence. Il peut porter la main à la bouche, mais les mouvements du bras, élévation, abduction, adduction, circumduction sont impossibles. Comparée à l'épaule gauche, l'épaule droite nous présente un aplatissement de la région deltoïdienne. Si on enfonce la main au-dessous de la voûte acromio-coracoïdienne, on arrive sur la glène à travers le deltoïde qui n'est plus soutenu par la tête humérale. La paroi antérieure de l'aisselle bombe légèrement en avant et le bras est en abduction légère. Sous la voûte acromio-coracoïdienne, on sent la tête humérale, à qui on communique des mouvements en prenant le membre malade avec la main droite au niveau du coude et en palpant la tête de la main gauche. La mensuration ne révèle pas de différence avec le côté sain. Pour la pratiquer, nous avons repéré des deux côtés l'épicondyle et l'acromion et ces 2 lignes sont sensiblement égales.

En présence d'un traumatisme ayant déterminé une luxation de l'épaule, il faut toujours examiner les parties molles, la sensibilité de la région deltoïdienne. Sa sensibilité à la chaleur, au contact, à la piqûre, est normale.

Il n'y a pas d'ecchymoses du côté du bras ou du tronc. Du côté du creux de l'aisselle, il n'y a pas de voussure, de battements anormaux. Le pouls se sent également des 2 côtés. Les vaisseaux sont donc indemnes.

Pas de troubles de la sensibilité du côté des doigts de l'avant-bras. Le plexus brachial ou ses branches ne sont donc pas lésés.

En somme, il s'agit d'une chute imprécise avec de la douleur provoquée, de l'impotence fonctionnelle du membre droit, de la déformation du moignon de l'épaule, de l'abduction et de la rotation externe du bras.

A quoi faut-il penser ?

La lésion est relativement ancienne, serait-ce de la carie sèche de l'humérus ? Dans le cas de tuberculose sèche de l'humérus, que l'on appelle à tort tuberculose scapulo-humérale, il y a de l'atrophie musculaire, un méplat analogue, de l'impotence comme dans le cas présent. Mais la tête humérale est en place, on ne sent pas la glène et enfin il y a des ganglions.

S'agit-il d'un trauma de l'épaule avec arrachement du plexus brachial ? Dans ces cas, il y a arrachement des racines V et VI. Il y a paralysie du deltoïde, du biceps, du coraco-brachial, du long supinateur. Ces muscles sont indemnes et on sent le long supinateur se contracter.

Est-ce une arthrite consécutive à un traumatisme de l'épaule ? Dans ces cas, la glène est emplie par la tête humérale qui n'est pas déplacée.

La fracture du col de l'humérus est plus fréquente à cet âge que la luxation, du fait de la raréfaction osseuse. Mais on n'a pas d'ecchymoses, brachiale ou thoracique, ce qui existe toujours dans la fracture, et enfin nous n'avons pas de raccourcissement, et il n'y a pas de fracture sans raccourcissement. La radiographie que nous vous présentons ne montre pas de fracture, mais seulement une luxation.

Il résulte donc de cet examen que ce malade est atteint de luxation, parce qu'il présente de l'aplatissement de l'épaule, une glène accessible à la palpation, de l'obliquité du bras en bas et en dehors.

C'est une luxation antérieure. Les luxations en arrière sont rares, d'un diagnostic facile, la tête se palpant sous et en arrière de l'acromion.

Parmi les luxations en avant, les unes sont hautes, les autres basses.

Les basses sont sous-glénoïdiennes, et il y a de l'allongement du membre.

Les autres sont hautes, sous la coracoïde. Dans ce cas, il n'y a pas d'allongement. La tête est, dans le cas présent sous la coracoïde, cette luxation est donc préglénoïdienne ou sous-coracoïdienne.

Nous aurions voulu faire préciser au malade si le choc avait eu lieu sur l'épaule ou sur le coude. Dans le 1er cas, il s'agit de luxation directe, le trauma agissant comme un coup de poing appliqué sur cette région. Dans le 2e cas, c'est la luxation indirecte, le choc portant sur le coude et le bras faisant levier.

Si nous ouvrions notre articulation pour constater les lésions, nous trouverions une brèche capsulaire située entre les 2 ligaments articulaires supérieurs, entre le sus-gléno-huméral et le sus-gléno-pré-huméral. Nous verrions de plus l'arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus, car on sent des craquements dans les mouvements communiqués et c'est ainsi qu'ils s'expliquent. Nous trouverions une petite tubérosité saine.

Les organes du creux axillaire sont en arrière ; la tête a passé en avant sans les léser.

Donc le diagnostic anatomique est le suivant :

Arrachement de la grosse tubérosité de la tête humérale, brèche capsulaire antérieure. Du fait de l'ancienneté de la luxation, du tissu fibreux s'est formé, les muscles se sont un peu rétractés du fait de leur désinsertion.

Quelle conduite tenir en face d'une pareille luxation ?

✦✦

Elle date de 18 jours, la réduction pourra être pénible. Le malade est âgé de 58 ans. Faut-il essayer de réduire ?

Mettons que cette luxation soit adolescente, réduisons, mais envisageons ce qu'elle deviendrait, abandonnée à elle-même.

Quelques mouvements reviendraient, peut-être, même reviendraient-ils très étendus. La littérature médicale montre en effet des cas où, malgré la luxation, le résultat est excellent mais cela est long, les mouvements revenant lentement.

Il faut envisager aussi l'autre hypothèse ; la luxation devenant de plus en plus serrée du fait des transformations fibreuses, rendant tout mouvement impossible.

S'adressera-t-on, pour la réduire, à la mécanothérapie, au procédé de Zehnder, à cause de son ancienneté. Nous l'avons dite adolescente et ces procédés sont applicables aux luxations anciennes.

Il nous reste deux autres sortes de traitement. L'un est le procédé sanglant, l'autre le procédé non sanglant.

Nous laisserons de côté le procédé sanglant. Ce malade est âgé de 58 ans, il est plus usé que beaucoup d'autres personnes de cet âge, ses poumons sont en mauvais état, nous pourrions avoir des complications post-opératoires. Le procédé sanglant, en outre, offre souvent des déboires et ne donne pas tous les mouvements que l'on pourrait en attendre.

Le procédé de Kocher sera essayé. Il donne d'excellents résultats dans les luxations récentes. Le malade anesthésié, la résolution musculaire étant complète, nous appliquerons donc l'humérus contre le tronc, nous ferons de la rotation externe et à ce moment nous amènerons le bras en haut et en dedans de façon à amener la main sur l'épaule saine.

Si ce procédé échoue, nous nous adresserons au procédé de Valentine Moche. Ce dernier expose davantage aux lésions du plexus brachial, du fait de la plus grande force qu'il exige.

Nous ferons exercer des tractions continues par un aide. Ces tractions seront dirigées en haut et en dehors. Pendant ce temps, nous fixerons le bord axillaire de l'omoplate de façon à ce que toute l'épaule ne soit pas entraînée, et de façon que les tractions s'exercent bien sur l'articulation.

Si un aide ne suffit pas, nous mettrons 2 ou 3 aides, mais nous surveillerons bien ces tractions du fait du danger auquel nous nous exposons. Il servirait peu, en effet, de réduire l'épaule de ce malade et de lui paralyser son bras. Enfin, insistons encore une fois sur la sensibilité du deltoïde et sachez que si la piqûre n'est pas ou est mal perçue, il faut faire des réserves avant de réduire, de peur d'être accusé d'avoir causé la lésion vous-même.

La luxation sera réduite par l'un ou l'autre de ces procédés.

Dans la suite, nous immobiliserons le bras dans un bandage de Velpeau ou une écharpe, au bout de 5 ou 6 jours, nous essayerons de lutter contre l'arthrite.

Pour cela, nous confierons le malade à un aide qui lui fera faire peu à peu les mouvements d'abduction, d'élévation, de circumduction ; si le résultat se fait attendre, nous emploierons le courant électrique continu, une électrode dans le creux de l'aisselle, l'autre sur le bras. Nous ferons passer 5 milliampères.

Dans 15 jours, nous croyons que ce malade partira de l'hôpital avec ses mouvements et que, le temps aidant, les dernières raideurs disparaîtront.

Leçon recueillie par M. Naz,
Interne des hôpitaux.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'huile à l'acoïne comme analgésique dans le traitement du trachome.

« Un des principaux écueils du traitement de la conjonctivite granuleuse ou trachome consiste dans la douleur atroce que provoque la cautérisation des granulations par le sulfate de cuivre. Aussi, dit M. le Dr Farnarier, de Marseille, ne saurait-on trop vanter les bienfaits de l'acoïne en solution huileuse, qui fait disparaître entièrement les phénomènes douloureux ou du moins, les rend tout à fait supportables.

La meilleure manière d'appliquer ce médicament consiste à faire l'instillation aussitôt après la cautérisation, avant que la réaction congestive ait eu le temps de se produire, et à la renouveler au bout de quelques instants. Le malade peut, du reste, une fois de retour chez lui, continuer les instillations tant que les phénomènes douloureux ont tendance à se réveiller : l'absence de toute action de l'acoïne sur la pupille et sur l'accommodation, l'innocuité de ce médicament pour l'épithélium cornéen, laissent pleine latitude à cet égard. Il faut seulement éviter de pratiquer l'instillation *avant la cautérisation* : la couche d'huile ainsi déposée sur la conjonctive empêche, en effet, un contact suffisant entre cette muqueuse et le cristal de sulfate de cuivre et diminue ainsi l'efficacité de la cautérisation.

« On sait que l'acoïne qui se trouve en substance dans le commerce est un *chlorhydrate* insoluble dans l'huile ; la *base* seule de l'acoïne est soluble dans les liquides huileux ; malheureusement cette base est instable et ne peut se conserver en nature ; mais elle est fournie par les fabricants sous forme d'une solution huileuse à 1 % et c'est cette solution d'origine que l'on est contraint de prescrire. »

Hémiplégie pneumonique. Pneumonococcie méningée.

Dans le groupe des hémiplégies pneumoniques, il semble qu'il y ait des différences assez grandes à noter, au point de vue pathogénique. D'après MM. Lesieur, Froment et Garin (communication à la Société des Hôp. de Lyon), on a peut-être trop souvent admis que ces hémiplégies pouvaient être de nature hystérique, mais la démonstration n'en a pas été faite encore de façon incontestable pour aucune observation.

« Le rôle des troubles vasculaires, même en dehors des cas avérés de thrombose et de ramollissement, est incontestable, au moins pour l'hémiplégie pneumonique du vieillard.

« Il peut s'agir, parfois, d'une paralysie urémique, secondaire à une néphrite.

« Les cas de méningites à pneumocoques latentes ne sont pas rares, mais ils peuvent aisément échapper à l'observation, car les caractères anatomo-pathologiques macroscopiques de ces méningites sont souvent très atténués. Cette éventualité est démontrée par une autopsie avec examen bactériologique (obs. de MOUISSET et LYONNET).

« Il peut exister, d'autre part, des pneumococcies méningées sans réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien, qu'aucun symptôme clinique, en dehors de l'hémiplégie elle-même, ne permet de soupçonner.

« Dans ces cas non suivis d'autopsie, on doit admettre que le pneumocoque conditionne l'hémiplégie, sans qu'on puisse préciser si ce microbe agit par lui-même ou par ses toxines. Il s'agit vraisemblablement encore de cette méningite ou méningo-encéphalite séreuse, sans réaction leucocytaire sur laquelle l'attention a été attirée récemment. »

La contagiosité de la scarlatine.

Autrefois on enseignait presque comme un dogme que la scarlatine n'était contagieuse qu'au moment de la desquamation et presque exclusivement par les fragments de l'épiderme desquamé : certains disaient même qu'au début et pendant l'éruption, il n'y avait aucun risque de contagion.

De nombreux faits sont venus renverser cette opinion erronée et plusieurs auteurs, les uns médecins militaires, les autres pédiatres, se sont prononcés pour la contagiosité des mucosités bucco-pharyngées dès le début de l'invasion.

« Le germe de la scarlatine, dit le professeur Vincent, réside essentiellement dans les sécrétions bucco-pharyngées, la salive, le mucus nasal, laryngé, trachéal et bronchique (Stickler). Le malade souille ses effets, sa literie, les murs, les planchers, ainsi que l'air lui-même par les particules salivaires et muqueuses qu'il expulse dans l'acte de parler, de tousser, de cracher, d'éternuer. Le ptyalisme exagéré, entretenu par la dysphagie et l'angine, favorise beaucoup la dispersion. »

« Cette localisation buccale de la cause pathogène explique et justifie les observations, très nombreuses maintenant, de contamination à la période pré-éruptive. C'est donc dès son début que la maladie est transmissible : mais combien de temps va-t elle conserver ce pouvoir virulent ?

« Quand il s'agit de scarlatine déclarée, deux questions se posent ; en effet combien de temps dure la période de contagiosité et par quel mécanisme s'effectue-t-elle ?

« Pour ce qui est de la durée de la contagiosité, le maximum de contagiosité, dit le professeur Vincent, se présente au début de la maladie, quand apparaissent l'angine et la fièvre, avant l'exanthème. La contagion continue pendant la phase éruptive. Enfin, il n'est pas douteux que la maladie ne puisse être communiquée pendant la convalescence et à la période de desquamation. Le virus scarlatineux, dont la nature est encore inconnue, est en effet tenace et adhère aux téguments, aux cheveux, à la barbe, aux vêtements des malades. »

D'après MM. les Drs LESIEUR, de Lyon, et BAUR, la contagion à longue échéance ne peut être mise en doute.

On a cité des cas de contagion après 42 jours, 50 jours, 90 et 100 jours.

Quant au mécanisme de cette contagion, il ne semble pas que les squames soient virulentes par elles-mêmes, mais elles servent probablement de véhicule au contage existant dans les sécrétions buccales. Pour ce qui est enfin des anomalies considérables que l'on voit, elles tiennent surtout à l'existence des cas frustes, dans lesquels l'éruption n'est pas reconnue.

Anesthésie chirurgicale par le chloroforme.

A la dernière session du Congrès de chirurgie, notre confrère et ami, le Dr *Paul Delbet*, de Paris, a fait une consciencieuse étude de l'anesthésie chirurgicale par le chloroforme et en a tenté la réhabilitation.

« Au point de vue de l'anesthésie, je suis et je reste fidèle à l'anesthésie par le chloroforme à la compresse. Mes malades prennent seulement la veille de l'opération, et s'ils sont pusillanimes, un cachet de 1 gramme de véronal et, après une nuit calme et tranquille, ils reçoivent, deux heures avant l'opération, une injection sous-cutanée de 1/2 centigramme de morphine et de deux centigrammes de spartéine, la spartéine corrigeant l'action dépressive de la morphine. Je dois dire cependant qu'en cas de faiblesse générale et de tendance au collapsus, je supprime la morphine, médicament, dont j'ai appris à me défier. Dans ces conditions l'anesthésie par le chloroforme est en général très régulière et je tiens à réhabiliter ce merveilleux agent ; seul le chloroforme donne une anesthésie calme, profonde et régulière, indispensable pour mener à bien les interventions abdominales.

« Dans les mortalités comparées, dues aux différents anesthésiques, on ne tient pas assez compte à mon avis des morts qui leur sont indirectement imputables. Il importe peu, en effet, qu'un agent, tel l'éther, expose moins au collapsus et à la syncope s'il ne produit pas une résolution complète, si, au cours de l'opération, il empêche la réclinaison des anses intestinales ou s'il laisse se produire de brusques efforts chassant l'intestin hors du ventre, en l'exposant aux contaminations. L'anesthésie, à mon avis, entre pour les trois quarts dans le résultat définitif. Bonne anesthésie : opération simple et aseptique ; mauvaise anesthésie : septicémie et péritonite presque fatale. J'ai failli perdre il y a deux ans une malade à qui j'avais fait sous l'éther une hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome : pendant presque toute l'opération les anses intestinales étaient restées hors du ventre.

« Le chloroforme est le seul anesthésique de maniement facile : avec lui, pas ou peu de salivation, pas de danger d'obstruction des voies aériennes, pas de brusque réveil, pas de pneumonie consécutive. Mais, pour obtenir avec le chloroforme une anesthésie régulière et inoffensive, il faut savoir le donner. Ollier disait qu'il faisait administrer l'éther à son malade par son cocher : le chloroforme n'admet pas ces fantaisies. Dans ma jeunesse, j'ai eu quelques alertes chloroformiques et j'ai assisté à quelques morts survenues dans les hôpitaux. Presque toujours, il faut l'avouer, j'ai pu noter des fautes, quelquefois même grossières, dans l'administration du chloroforme, le désir de suivre l'opération l'emportant, chez les jeunes étudiants, sur l'obligation de surveiller constamment la marche de l'anesthésie.

« Chez moi, le chloroforme est presque toujours donné par le même chloroformisateur, non chirurgien, qui se cantonne exclusivement dans la surveillance de l'anesthésie et ne perd de vue ni les pupilles, ni le pouls, ni la respiration. Le chloroforme est versé goutte à goutte : les quantités données sont extraordinairement minimes. Il est très rare que cette quantité dépasse 25 grammes pour une laparotomie ordinaire. Dans ces conditions je n'ai jamais observé de retentissement rénal, ni hépatique, et les vomissements post-opératoires sont tellement rares (2 p. 100) que j'en suis arrivé à être très sceptique en ce qui concerne les vomissements attribués au chloroforme. Je crois que la plupart des vomissements dits chloroformiques sont dus à des péritonites légères. »

Sur le traitement de la neurasthénie.

La neurasthénie est, certainement une des affections qui s'observent le plus fréquemment, sinon dans ses formes graves, du moins dans ses formes légères, et qui sont fort explicables au surplus par les conditions de l'existence moderne. L'épuisement nerveux, plus ou moins marqué, est une maladie de notre époque, et cela non seulement dans les classes riches, mais aussi dans les classes pauvres, car le *struggle for life* fait sentir son influence dans tous les milieux.

Par là même s'explique que le nombre des médicaments qui ont été préconisés dans le traitement de la neurasthénie soit assez considérable, sans parler des agents physiques de l'isolement et de la psychothérapie.

Quelque valeur que puissent avoir ces dernières méthodes, dont l'importance est bien connue à l'heure actuelle, on ne saurait nier pourtant qu'il est utile et même indispensable de leur adjoindre un traitement médicamenteux.

Parmi les toniques et les reconstituants usités à cet effet, l'ibogaïne, extraite de l'iboga du Congo, est tout particulièrement indiquée, et son emploi est éminemment logique et rationnel, en raison de ses propriétés.

En effet, elle est d'abord un tonique et un stimulant du système nerveux, action qui doit être réclamée, naturellement, de tout agent employé dans le traitement de la neurasthénie.

Mais de plus, elle combat directement une série de symptômes de l'affection : l'anorexie, car elle augmente l'appétit ; la sensation de fatigue et de faiblesse, parce qu'elle est un tonique musculaire; la circulation défectueuse, grâce à son action toni-cardiaque ; le ralentissement de la nutrition, car elle accélère les échanges.

Ces raisons doivent la faire préférer, dans le traitement de la neurasthénie, à tout autre tonique, car elle est sans conteste celui qui est le plus à même de combattre les divers symptômes de cette maladie. On l'administre sans la forme de Dragées Nyrdahl, à la dose de 2 à 6 par jour.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Embolie et mort subite dans les fractures. – Iléus post-opératoire guéri par le décubitus ventral. — Emploi de la bande de Bier dans la paralysie infantile. — Faut-il envoyer à la mer ou à la montagne les tuberculoses chirurgicales ?

MM. Quénu et Barbier rapportent à la *Société de chirurgie* deux cas d'*embolie pulmonaire* (non mortelle, du reste) survenus *à la suite d'une fracture de jambe*, l'un cinquante-trois jours, l'autre vingt-et-un jours après la fracture. Les accidents ont consisté en douleur violente au poumon, dyspnée intense, avec ou sans fièvre légère, crachats hémoptoïques et râles perçus à l'auscultation.

Les accidents emboliques (en dehors des embolies graisseuses) pendant la consolidation des fractures ou même après leur consolidation effectuée, sont bien connus depuis les publications de Velpeau (1862), de Demarquay et Azam (1865). Tous ceux qui les ont signalés admettent que les thromboses veineuses, origine des embolies, trouvent leur point de départ dans les déchirures des veines par les fragments au moment du traumatisme ou dans les heures qui

suivent. Considérant que les déchirures veineuses sont fréquentes, voire habituelles, dans les fractures de jambe et que l'embolie pulmonaire est au contraire une complication rare, MM. Quénu et Barbier ont pensé que d'autres conditions devaient intervenir, les varices et l'état de coagulabilité du sang en particulier. Ils ont recherché dans leurs deux cas quelle était la coagulabilité sanguine et ils l'ont trouvée nettement exagérée. Si des observations plus nombreuses venaient confirmer cette donnée, il deviendrait intéressant, dans les fractures, dans celles du membre inférieur surtout, de rechercher systématiquement l'état de la coagulabilité du sang, de manière à pouvoir la modifier en cas d'excès par un traitement approprié tel que l'administration de l'acide citrique.

M. Guinard a observé trois cas de mort subite par embolie chez des blessés, atteints l'un de fracture de cuisse, l'autre de fracture de l'humérus, le troisième de luxation de l'épaule. Le diagnostic d'embolie a été vérifié à l'autopsie chez la malade atteinte de fracture de l'humérus.

M. Lucas-Championnière a vu également trois cas d'embolie mortelle à la suite de fracture. C'est un accident très rare dont il est difficile de préciser les conditions originelles. La mobilisation de la lésion n'est pas en cause. Les malades n'avaient fait aucun mouvement intempestif et ils avaient été traités par les appareils inamovibles. L'auteur, qui a mobilisé des fractures de tout siège et de toutes variétés, n'a jamais rencontré de résultat semblable après les massages ou la mobilisation.

M. Tuffier distingue les faits d'embolie des faits de mort subite. Il croit que le plus habituellement la mort immédiate est provoquée par une *lésion bulbaire*, sans intervention d'embolie. Il n'accorde, en outre, pas grande valeur à l'administration des anti-coagulants (acide citrique, etc.,) dans ces circonstances.

M. Souligoux a eu l'occasion de donner de l'acide citrique chez une femme atteinte de fibrome infecté. Or, la malade fit malgré cela une phlébite des deux côtés et mourut subitement d'embolie pulmonaire.

— M. Mauclaire présente à la *Société de chirurgie* une malade qu'il a guérie d'un *iléus post-opératoire* par le *décubitus ventral*. Quatre jours après une gastro-entérostomie, cette femme eut des accidents d'iléus, vomissements bilieux abondants, etc. Mise dans le décubitus ventral, l'effet fut pour ainsi dire immédiat. L'auteur pense que dans ces cas de circulus viciosus, il se fait des adhérences post-opératoires que détruit la position ventrale, ce qui entr'ouvre l'anastomose gastro-intestinale. Il suffit de garder cette position trois ou quatre fois par jour, pendant 1/4 d'heure environ chaque fois.

— M. Mayet signale à la *Société des chirurgiens de Paris* les résultats intéressants qu'il a obtenus dans la *paralysie infantile*, en ajoutant au traitement classique par le massage et l'électricité l'emploi de la *bande de Bier* appliqué tous les matins sur les membres paralysés.

— La *Société des chirurgiens de Paris* discute la question de l'*envoi à la mer ou à la montagne des tuberculeux chirurgicaux*.

M. Paul Delbet, d'après de nombreux faits cliniques, pense que le séjour des tuberculeux urbains à la campagne ou à la mer a une utilité à peu près nulle et est même parfois nuisible. Aux tuberculeux, il faut de l'air et de la lumière. Ils peuvent les trouver à la ville, l'air de la campagne ou de la mer n'ayant rien de spécifique ; la meilleure preuve est la fréquence et la gravité de la tuberculose à la campagne, à la mer et dans la montagne. En outre, à la campagne, la nourriture et l'hygiène sont généralement mauvaises et la surveillance insuffisante. Il serait à désirer que les œuvres anti-tuberculeuses s'attachent avant tout à améliorer les logements ouvriers.

M. Judet soutient aussi que l'on guérit très bien les tuberculoses chirurgicales dans les grandes villes avec un traitement local et une bonne hygiène.

M. Lance estime que l'on peut guérir à Paris la grande majorité des tuberculoses chirurgicales pourvu qu'elles se trouvent dans les conditions d'hygiène et de docilité voulues. Mais, toutes les autres conditions étant égales, le séjour à la mer, dans les limites de ses indications et contre-indications, avec un choix judicieux du climat, est un adjuvant puissant au traitement local. Après avoir résumé l'action du climat marin sur les différentes affections à leurs diverses périodes et montré de quels facteurs se compose cette action, en insistant en particulier sur le rôle de l'aération continue qui permet la suralimentation des malades immobilisés, M. Lance pense que le traitement marin offre des avantages indéniables auxquels s'ajoutent, pour la classe riche, l'importance de l'éloignement des relations mondaines, l'autorité de l'exemple, etc. Il est certain que si le malade peut effectuer la cure marine dans de bonnes conditions, on ne saurait que la lui conseiller.

M. Brodier fait observer que si l'on est d'accord sur les effets bienfaisants de la campagne et de certains climats, il est plus difficile de décider s'il faut y adresser les tuberculoses chirurgicales. Il serait nécessaire pour cela que les malades reçoivent toujours à la campagne les soins qu'ils reçoivent à la ville.

M. Barbarin réclame dans les tuberculoses chirurgicales l'unité de traitement pendant toute la durée de la maladie. Soit à Paris, soit à la montagne, soit à la mer, on obtiendra d'excellents résultats à condition que la ligne de traitement ne soit pas modifiée et qu'on s'occupe de l'état général. P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

L'arsenic,

[Par le Dr André Lombard.

Acide arsénieux. — Arsénite de potasse.

Connues et utilisées depuis longtemps, les préparations arsenicales sont toujours très en faveur chez les médecins ; et, si la toxicité élevée des préparations minérales les fait quelquefois abandonner au profit de préparations organiques, il n'en est pas moins vrai que leur emploi est encore très grand et très justifié.

L'arsenic métalloïdique n'est point utilisé, mais on se sert de l'acide arsénieux, de l'arsénite de potasse, de plusieurs arséniates, de l'iodure d'arsenic.

Acide arsénieux. — L'absorption de l'acide arsénieux ne s'exerce pas par la peau intacte ; mais cet acide irrite vivement la peau excoriée, au point que son action caustique est mise à profit dans le traitement des cancroïdes.

Après avoir nettoyé la région malade et fait quelques applications de pointes de feu, M. Butte applique sur les épithéliomas cutanés, tous les jours, avec un pinceau, le mélange suivant :

Créosote pure	20 gr.
Goudron	5 gr.
Acide arsénieux	0 gr. 30
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 40

et fait faire, dans l'intervalle de ces applications, des pansements humides.

Czerny et Trunecek emploient le liquide suivant :

Acide arsénieux	1 gr.
Alcool éthylique } Eau distillée }	âà 75 gr.

en application quotidienne sur la surface abstergée du cancroïde ; ils arrivent ensuite progressivement à une concentration plus grande de la solution. Comme l'observe M. Butte, on revient ainsi à l'ancienne formule du Frère Côme :

Arséniate blanc	1 gr.
Ambre	5 gr.
Eponge calcinée	2 gr.

qu'on délaye dans un peu d'eau, après l'avoir pulvérisée, et dont l'application amène la formation d'une escharre, qui tombe au bout de deux à quatre semaines. Dans le même cas, M. Danlos utilise la préparation ci-dessous :

Chlorhydrate de cocaïne } Acide arsénieux }	âà 1 gr.
Orthoforme	10 gr

moins douloureuse ; on la délaye dans de l'eau pour en faire une pâte.

L'administration interne de l'arsenic met en œuvre ses propriétés anti-infectieuses et reconstituantes ; il exerce une heureuse influence sur la nutrition et la fonction respiratoire. A doses faibles, il paraît diminuer les échanges organiques ; les accélérer, au contraire, à doses élevées. Il faut se défier de son emploi trop longtemps prolongé, même à petites doses ; car il amène souvent des dégénérescences graisseuses. Il est difficile de saisir le passage de l'effet thérapeutique à l'effet toxique ; des troubles digestifs, de la conjonctivite, de l'érythème sont les premiers symptômes observés ; leur prolongation constitue le début de l'intoxication chronique, dont les troubles nerveux, les paralysies constituent le dernier terme. Les enfants supportent en général fort bien la médication arsénicale ; il n'en est pas de même des vieillards et il est prudent de s'en abstenir chez les sujets dont le tube digestif ne fonctionne pas bien.

Les principales préparations d'acide arsénieux sont : les *granules de Dioscoride*, dosés à un milligramme, qu'on prescrit à la dose de 1 à 10 par jour ; — les *pilules asiatiques*, d'un emploi plus restreint, car elles sont dosées à cinq milligr., dont on prescrit une ou deux par jour ; — la *liqueur de Boudin* (1) qui est une solution d'acide arsénieux à un millième ; on en prescrit de 2 à 10 gr. (soit deux milligr. à un centigramme).

Chez les enfants on n'emploie l'acide arsénieux qu'après l'âge de cinq ans ; on utilise, dans les chorées graves et rebelles aux autres traitements, la liqueur de Boudin à la dose de un gramme (un milligr. d'acide arsénieux) par jour et par année ; on augmente tous les jours la dose jusqu'à l'apparition de symptômes d'intolérance (troubles gastro-intestinaux, fièvre) ; mais le malade doit être vu chaque jour.

Arsénite de potassium. — Il est un sel de l'acide arsénieux que la thérapeutique utilise ; c'est l'*arsénite de potasse* ; il constitue l'élément essentiel de la liqueur *de Fowler*, dont le Codex 1908 a ainsi établi la formule :

Anhydride arsénieux } Carbonate neutre de potassium }	âà 1 gr.
Alcool à 90°	12 gr.
Alcoolat de mélisse composé	3 gr.
Eau distillée Q.S.P.	100 gr.

Comme celle de l'ancien Codex, cette liqueur de Fowler renferme bien le centième de son poids d'acide arsénieux ; mais, tandis que vingt trois gouttes de l'ancienne liqueur représentaient un centigr. d'acide arsénieux ou 1 gr. de solution, la même quantité correspond à trente-quatre gouttes de la nouvelle, et on en peut prescrire de quinze à cinquante gouttes par jour, en plusieurs fois.

(1) Cette préparation figurait au Codex de 1884 ; elle a été supprimée dans l'édition de 1908.

Ces préparations arsenicales se prennent au moment des repas, et, si elles sont liquides, diluées dans le premier verre de boisson.

Les propriétés de l'arsenic font qu'on l'utilise dans le paludisme, soit comme reconstituant, soit comme antiparasitaire ; dans ce but, les doses de 0 gr. 10 d'acide arsénieux recommandées par Boudin n'étaient vraiment pas sans danger et on y a renoncé ; comme reconstituant, on emploie de quatre à six granules de Dioscoride, pris en 2 ou 3 fois ; ou bien dix à vingt gouttes de liqueur de Fowler ; ou une ou deux cuillerées à café de liqueur de Boudin. Dans la leucémie, la liqueur de Fowler à haute dose a donné des succès ; on prescrit d'abord douze gouttes, en 3 doses, avant chaque repas, et on augmente de trois gouttes par jour jusqu'à vingt-cinq, trente et même quarante gouttes par jour, en favorisant la tolérance du médicament par l'addition, à chaque prise, d'une ou deux gouttes de laudanum (Huchard). Dans l'anémie, dans certaines formes de tuberculose, on prescrit ces préparations avec succès. On peut, dans le paludisme, faire prendre, à l'enfant de plus de deux ans, deux gouttes de liqueur de Fowler et arriver progressivement à dix gouttes par jour, en deux doses.

On peut faire absorber ces médicaments par la voie rectale et la voie sous-cutanée. On prescrit un lavement quotidien de :

Liqueur de Fowler.....	X gouttes
Laudanum de Sydenham	III —
Eau distillée.....	60 gr.

ou bien :

Liqueur de Fowler.....	0 gr. 60
Eau distillée.....	60 gr.

dont on administrera deux cuillerées à café dans un lavement de 75 gr. environ ; de telle sorte qu'il y ait la dose de six jours. On laissera reposer le malade pendant une semaine, puis on reprendra la liqueur de Fowler en doublant la dose, et ainsi de suite en la triplant et même la quadruplant.

La voie sous-cutanée est aujourd'hui rarement employée ; on remplace par de l'eau de laurier-cerise l'alcoolat de mélisse de la liqueur de Fowler et on en injecte dix à vingt gouttes.

Clinique nationale des Quinze-Vingts. — *Conférences d'ophtalmologie pratique.* — Le docteur Kalt a commencé à partir du mardi 12 avril à 1 heure 1/2 une série de conférences sur les affections de la choroïde, de la rétine, du nerf optique et des centres nerveux visuels. La série se terminera par l'étude du strabisme et de son traitement.

LARYNGOLOGIE

L'angine syphilitique aiguë.

Jusqu'à ces dernières années, nous avons vécu sur cette idée que la syphilis, maladie évoluant à froid, ne cause pas de phénomènes réactionnels et provoque peu de douleurs. Cette donnée est parfaitement exacte quant à la syphilis pure, mais elle ne l'est plus lorsque les accidents spécifiques sont le siège d'une complication, d'une infection secondaire surajoutée.

Le cas se présente assez fréquemment au niveau de la gorge, en raison des agents pathogènes nombreux qui constituent la flore normale ou anormale de la bouche et du pharynx. On peut voir alors le chancre, les plaques muqueuses et même les gommes, les ulcérations tertiaires, se développer au milieu d'accidents aigus, fébriles, généraux, qui déroutent le médecin et rappellent le tableau des angines infectieuses. Il est bon de connaître ces faits, en raison de leur intérêt pratique. C'est à cet ensemble symptomatique que nous avons donné le nom *d'angine syphilitique aiguë.*

L'angine syphilitique aiguë se présente sous des types variables. Elle peut être primaire, secondaire ou tertiaire, selon que le substratum spécifique en cause est un chancre, des plaques muqueuses ou des lésions tertiaires.

Le chancre syphilitique de l'amygdale parcourt quelquefois son cycle et il guérit sans qu'il se produise aucun symptôme général, fièvre, malaise, etc. D'autres fois, au contraire, assez fréquemment même, (dans la moitié des cas, dit Dieulafoy), le malade a des frissons, de l'hyperthermie, de la courbature, de l'anorexie, des douleurs vives pendant les mouvements de déglutition, tous les symptômes en un mot de l'angine catarrhale aiguë ordinaire. L'examen de la gorge montre une amygdale rouge, indurée, ulcérée et recouverte d'une fausse membrane plus blanche et plus adhérente qu'elle ne l'est ordinairement au niveau du chancre tonsillaire simple. Cette forme aiguë, infectieuse du chancre amygdalien est loin d'être rare et elle prête facilement à confusion avec toutes les angines pseudo-membraneuses.

La syphilis gutturale secondaire peut créer un tableau clinique analogue : frissons, fièvre, malaises, courbature, anorexie, dysphagie accusée, douleurs auriculaires spontanées et provoquées par la déglutition. Un de mes malades souffrait d'une otalgie si vive qu'il se croyait atteint d'un abcès de l'oreille. L'angine syphilitique secondaire est, la plupart du temps, pseudo-membraneuse. On trouve sur une amygdale, ou sur les deux amygdales, plus rarement sur le voile

du palais, des fausses membranes blanches, souvent brillantes, comme si la muqueuse avait été recouverte d'une couche d'émail. Les amygdales intéressées — la lésion est assez ordinairement bilatérale — sont rouges, tuméfiées, indurées, et il y a un certain degré d'engorgement ganglionnaire. Les phénomènes angineux en question peuvent se développer sur la plupart des syphilides secondaires du pharynx, sur une hypertrophie amygdalienne secondaire, sur un érythème guttural spécifique, et surtout sur des plaques muqueuses.

On peut observer également des manifestations aiguës semblables accompagnant les lésions tertiaires, gommes, ulcérations tertiaires de la gorge. J'ai vu, chez un de mes malades, une gomme de la base de la langue évoluer au milieu d'un cortège symptomatique inflammatoire, fièvre, douleurs, courbature, glossite, rappelant en tous points l'abcès de l'amygdale linguale. La gomme s'ulcéra, il s'en échappa un bourbillon, et, les phénomènes infectieux ayant été calmés par des soins antiseptiques, il ne resta plus qu'un ulcère gommeux, dont la guérison fut rapide grâce à la médication spécifique.

Quelle est la fréquence respective des trois types principaux d'angine syphilitique aiguë ? L'angine primaire, celle qui accompagne le chancre, est assez commune. L'angine des accidents secondaires est plus rare. Plus rare encore l'angine des accidents tertiaires.

L'angine syphilitique aiguë, quelle qu'en soit la forme, quelle que soit la lésion syphilitique qui lui serve de substratum, relève d'un élément adjuvant, d'une infection secondaire venant se greffer momentanément sur la syphilis et la dénaturant, du moins dans son aspect général habituel. Le processus en question aboutit le plus souvent à la production de fausses membranes, au niveau desquelles on a trouvé des agents bactériens divers, des streptocoques (Bourges), des cocci, des bacilles (Boulloche) dont le rôle n'est pas nettement élucidé.

Le diagnostic de l'angine syphilitique aiguë, primaire, secondaire ou tertiaire, est important. Il se fera avec les autres angines aiguës, les angines pseudo-membraneuses en particulier. L'angine syphilitique aiguë peut être confondue avec la diphtérie, l'angine de Vincent, les angines pseudo-membraneuses, les glossites, les phlegmons, etc. Au début, on peut demeurer hésitant : dans les cas douteux, l'examen bactériologique sera d'une grande utilité. Plus tard, certains signes ne tarderont pas à guider le clinicien. L'induration de l'amygdale et l'adénopathie spéciale dans le chancre, la persistance de la tuméfaction amygdalienne et de la dysphagie après la diminution et la disparition des symptômes généraux, l'apparition ou la coexistence d'autres signes de syphilis, etc., élucideront le diagnostic. Pour faire ce diagnostic, il faut d'abord y penser et connaître l'existence de cette forme angineuse de la syphilis gutturale, dans ses diverses modalités.

Quel sera le traitement de l'angine syphilitique aiguë ? Ce traitement doit être double : il s'adresse, en premier lieu, à la lésion spécifique; il vise, en second lieu, les infections surajoutées. On donnera donc du mercure, sous forme d'injections de biiodure, de pilules de protoiodure, de frictions à l'onguent napolitain, de l'iodure s'il s'agit d'une gomme. On y ajoutera l'usage de gargarismes antiseptiques, à la résorcine, à l'eau oxygénée, les badigeonnages avec une solution de bleu de méthylène, le salol à l'intérieur. On peut employer le gargarisme suivant :

Résorcine	5 gr.
Glycérine	20 gr.
Eau distillée (ou infusion de feuilles de coca à 2 %)	470 gr.
Alcoolat de menthe	5 gr.

Il y a également intérêt, dès que la nature spécifique de l'angine est reconnue, à faire marcher de pair la double thérapeutique anti-syphilitique et antiseptique. On obtient ainsi des résultats rapides.

Dr P. Lacroix.

HYDROLOGIE

La Cure de Châtel-Guyon dans les affections hépatiques.

L'action des Eaux de Châtel-Guyon sur les fonctions hépatiques est prouvée à la fois par l'expérimentation et par la clinique.

Aguilhon de Saran et Laborde nous ont montré que le chlorure de magnésium, qui en constitue le principe le plus original, augmente la sécrétion biliaire, et facilite son écoulement dans l'intestin en stimulant les contractions de la vésicule et des canaux biliaires.

Les Eaux de Châtel-Guyon sont donc nettement *cholagogues*, et cette propriété nous est encore prouvée par les faits cliniques observés à la Station, où la recoloration et la désinfection des selles sont journellement notées, et où l'on voit souvent apparaître les fameuses *selles vertes*, qui ne sont pas le monopole de Carlsbad.

La clinique permet même de reconnaître que dans les formes de constipation qui sont plus directement sous l'influence d'une insuffisance biliaire, la cure agit très rapidement, souvent dès les premiers jours, en amenant des selles régulières, parfois même un effet légèrement laxatif, alors que dans les formes de constipation motrice où il s'agit de stimuler les contractions intestinales, de rendre à la musculature sa tonicité et son rythme normal, l'effet se produit plus tar-

divement parce qu'il est subordonné à une action beaucoup plus lente.

Le rôle de la cure de Châtel-Guyon ne se borne pas d'ailleurs à une action cholagogue. Elle produit d'une façon générale une stimulation des fonctions hépatiques, qui se manifeste encore particulièrement sur la fonction uropoïétique et sur celle si importante de désintoxication.

Cette suractivité fonctionnelle du foie est bien démontrée et par les faits cliniques et par les analyses d'urines. En comparant les résultats fournis par les analyses faites au début et à la fin de la cure chez près de 700 malades, M. Cuvier, le très distingué bio-chimiste de Châtel-Guyon, est arrivé à des conclusions très intéressantes que nous pouvons ainsi résumer :

Augmentation du volume, — diminution de l'acidité, augmentation très importante du taux de l'urée, diminution des sulfo-éthers et de l'urobiline —, retour vers la normale de la tension superficielle de l'urine.

C'est à cette action hépatique complexe qu'il faut attribuer en grande partie les succès obtenus dans le traitement des affections que nous voyons le plus habituellement à Châtel-Guyon : la constipation et l'entérocolite.

On sait quel est, dans certaines formes de constipation, le rôle de l'insuffisance hépatique, et quelle est aussi son importance dans l'entérite muco-membraneuse, dans les entérites infantiles et dans certains syndrômes tels que la migraine, et les vomissements acétonémiques. On ne saurait donc attacher trop d'importance dans le rôle joué par la stimulation des fonctions hépatiques dans le traitement de ces affections à Châtel-Guyon.

C'est cette stimulation qui permet en particulier d'expliquer chez ces malades l'action *désintoxicante* de la cure, action qui se produit souvent dès les premiers jours, alors que le fonctionnement intestinal n'est pas encore amélioré. Le plus souvent, en effet, alors que la constipation persiste, alors qu'elle est même parfois exagérée, on voit disparaître les malaises qu'elle entraîne habituellement, et l'on constate la diminution nette des indols et des scatols. Cette désintoxication peut être attribuée en partie à l'action diurétique, mais elle est due surtout à la suractivité fonctionnelle du foie qui recommence à jouer son rôle de défense.

En dehors de l'action hépatique directe, d'autres, telles que la régularisation intestinale, la congestion intestinale, l'action diurétique et la stimulation de la nutrition générale, viennent concourir à exercer une action favorable sur un certain nombre d'affections hépatiques.

***

Grâce à son action locale et générale, il apparaît tout d'abord que Châtel-Guyon doit être une Station de choix pour agir sur les *états cholémiques* si bien décrits par MM. Gilbert et Lereboullet, pour modifier ce terrain spécial sur lequel évolueront ensuite tant de complications intestinales et hépatiques.

Nous avons déjà noté les bons résultats que donne la cure de Châtel-Guyon dans les troubles fonctionnels hépatiques, particulièrement dans ceux qui s'exercent dans le sens de l'insuffisance, et dans ceux qu'on peut ranger sous la dénomination de *foie torpide*.

En seront aussi justiciables : les *congestions hépatiques* liées à une mauvaise circulation portale, à une intoxication alimentaire (foie des gros mangeurs, foie des alcooliques), celles qui dépendent de troubles intestinaux et spécialement la *congestion hépatique des dysentériques et des entéritiques coloniaux*, si remarquablement améliorés par la cure de Châtel-Guyon.

Dans tous ces cas, la stimulation des fonctions hépatiques, la décongestion de la circulation portale et la régularisation intestinale concourent à amener le bon résultat en s'adressant en même temps au trouble hépatique et à ses causes.

C'est aussi de cette façon qu'il faut expliquer les succès obtenus dans les cas d'*Ictère catarrhal prolongé*, dans ceux où persistent particulièrement les troubles dyspeptiques (état saburral, anorexie, ballonnements, constipation) et qui sont, pour toutes les raisons exposées plus haut, parfaitement justiciables de Châtel-Guyon.

Entre la congestion hépatique et la *cirrhose confirmée* existe une série de formes intermédiaires sur lesquelles pourront encore agir les Eaux de Châtel-Guyon. Jointe à une diététique sévère, la cure peut même rendre de grands services dans la prophylaxie des cirrhoses, en assurant chez les prédisposés — alcooliques, gros mangeurs — la décongestion et la régularisation de la circulation hépatique.

***

Si nous envisageons maintenant la cure des *lithiasiques biliaires*, nous verrons que Châtel-Guyon nous offre à ce sujet des ressources utiles, parfois très précieuses, mais qui ne sont le plus souvent que secondaires, la cholélithiase restant d'abord et avant tout justiciable des cures alcalines.

Les indications à remplir dans le traitement hydrominéral de la *lithiase biliaire* ont été nettement posées par Max Durand-Fardel. Il s'agit, dit-il : « 1° de développer l'activité de l'appareil biliaire, et dans ses propriétés de tissu, tonicité, contractilité des voies d'excrétion de la bile, et dans ses propriétés sécrétoires ; 2° de modifier la constitution chimique de la bile. »

C'est à la première de ces indications que s'adresse la cure de Châtel-Guyon par son action cholagogue, agissant à la fois sur la sécrétion et sur l'excrétion biliaire pour les stimuler et les régulariser.

Cette cure éminemment *désobstruante*, très utile dans un grand nombre de cas, est naturellement contre-indiquée chaque fois que cette action est à craindre, c'est-à-dire lorsque la cholélithiase se complique d'accidents septiques ou d'accidents de migration. Doivent encore être

écartés les malades atteints de *coliques à répétition*, chez lesquels la vésicule reste pour ainsi dire constamment douloureuse, et qui sont toujours sous la menace d'accidents septiques ou migrateurs.

Restent les malades, de beaucoup les plus communs, atteints de *coliques hépatiques simples*, sans complications, et chez lesquels la cure désobstruante et régulatrice de la circulation biliaire rendra de signalés services. Cette cure ne remplira cependant que la première des indications données par Max Durand-Fardel ; il faudra le plus souvent, pour obtenir un traitement complet, demander à la cure alcaline de satisfaire à la seconde.

C'est cette action complexe que l'on va chercher à Carlsbad, mais que peut encore mieux réaliser l'association de Châtel-Guyon et de Vichy.

A. Baraduc a montré le premier comment la combinaison de la cure désobstruante de Châtel-Guyon et de la cure alcaline de Vichy constitue un traitement de la cholélithiase supérieur à celui de Carlsbad. Nous ne développerons pas les raisons chimiques et les preuves cliniques qu'il en a données ; on les trouvera clairement exposées dans son *Traitement et indications thérapeutiques de Châtel-Guyon*, mais nous souscrivons pleinement à ses conclusions.

Les cholélithiasiques que nous avons envisagés viendront donc *d'abord* demander à la cure de Châtel-Guyon de combattre leur stase biliaire, de les désobstruer, et de régulariser la contractilité de leurs voies d'excrétion ; *puis* ils iront chercher dans la cure alcaline de Vichy cette action plus intime, bien reconnue quoique imprécise, consistant à neutraliser les acides biliaires, à modifier la constitution chimique de la bile, à empêcher la précipitation de la cholestérine, à s'opposer en un mot à la cause principale de la formation des calculs.

Une autre catégorie très importante de malades bénéficiera de l'association des deux cures. Ce sont ceux chez lesquels la cholélithiase est associée à des troubles intestinaux : constipation, hémorrhoïdes, entérite muco-membraneuse, ainsi que cela se produit si fréquemment. Mais dans ces cas, nous croyons préférable, à l'inverse de ce qui nous paraît nécessaire chez les hépatiques simples, de commencer par Vichy et de finir par Châtel-Guyon afin d'agir en dernier ressort sur les troubles intestinaux.

Il est donc utile, dans la plupart des cas, d'associer Châtel-Guyon à Vichy chaque fois que cela sera possible. Si une seule cure peut être faite, le choix en sera décidé suivant la prédominance des phénomènes intestinaux ou des phénomènes hépatiques, suivant que le malade sera plus ou moins pléthorique et qu'il sera plus ou moins urgent de le désobstruer.

Dans un certain nombre de cas dont nous avons eu des exemples typiques, c'est la cure de Châtel-Guyon seule qui est indiquée. Il s'agit le plus souvent de femmes ayant atteint la ménopause, que plusieurs cures à Vichy ont considérablement améliorées et qui n'ont plus que de loin en loin des coliques hépatiques sans complications. Ce sont les pléthoriques constipées, atteintes surtout de stase biliaire par atonie des fibres lisses des canaux excréteurs. Chez elles, atonie biliaire, atonie intestinale, pléthore, tout concorde pour indiquer la cure de Châtel-Guyon, dont elles retirent en général de sérieux bénéfices, alors que celle de Vichy est devenue inefficace ou même ne peut plus être tolérée.

Enfin, dans les cas où il y a en même temps *lithiase urinaire et lithiase hépatique*, lorsqu'il s'agit d'une façon générale d'uricémiques, pléthoriques, c'est à l'association de Châtel-Guyon avec Vittel, Evian ou Martigny qu'il sera préférable de recourir.

La cure des lithiasiques biliaires sera conduite en principe comme celle des autres hépatiques. Elle sera cependant commencée avec beaucoup plus de douceur, et surveillée encore plus étroitement.

Nous avons vu que, souvent, c'est à la cure associée de Vichy et de Châtel-Guyon qu'il faut avoir recours. En ce cas, il est nécessaire d'insister auprès du malade pour qu'il fasse à chaque Station *une cure complète* et non une courte demi-cure comme cela se pratique encore trop fréquemment. Les inconvénients de ces demi-cures ont été signalés par la plupart de nos confrères des deux stations. Il nous paraît en effet préjudiciable de faire cesser une cure après la première période d'accoutumance, au moment où les malades n'en ont souvent que des inconvénients et où ils vont commencer à en recueillir les bénéfices. Il est même habituellement nécessaire d'intercaler, quand cela est possible, une période de repos entre les deux cures.

Dr Frank Baraduc,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Médecin consultant à Châtel-Guyon.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Quelques considérations sur la désinfection dans les maladies infectieuses

Après la faillite des sanatoria, allons-nous avoir la faillite de la désinfection ?

La désinfection telle qu'elle se pratique aujourd'hui à la suite des maladies infectieuses est insuffisante et néglige certaines causes d'infection dont on commence à connaître l'importance aujourd'hui.

Elle s'occupe du malade pendant la période d'alitement, — c'est-à-dire depuis le moment où la maladie est reconnue jusqu'à l'époque où le malade, entrant en convalescence, est supposé inoffensif et peut être mis en rapport avec ses semblables dont il était isolé jusqu'ici — néglige les autres périodes de la maladie, et s'occupe fort peu (à part quelques cas bien caractérisés) des gens qui se sont trouvés en contact avec le malade.

L'ancienne pathologie générale rangeait les causes des maladies en plusieurs espèces : les *ingesta*, *gesta*, *excreta*, *secreta*, *percepta*, *circumfusa*, *applicata*, etc. ; ces mots expriment assez

bien les causes de la propagation des maladies ; nous en emploierons plusieurs dans l'article qui va suivre.

La désinfection pour être complète devrait porter :

A) Sur le malade lui-même : désinfection des linges et vêtements contaminés ou souillés, des déjections et excrétions des vases et instruments (applicata, secreta, excreta);

B) Sur les gens qui ont été en contact avec lui, l'entourage.

C) Sur le local où il a séjourné, sur les objets mobiliers qui ont pu être contaminés pendant la maladie (circumfusa).

A) Désinfection du malade.

Le malade, au point de vue de la propagation des maladies, peut être dangereux à trois périodes :

a) Pendant l'incubation ;
b) Pendant l'alitement ;
c) Pendant la convalescence.

a) *Pendant l'incubation.*

Il est rare que la maladie éclate subitement, comme dans le choléra par exemple, où l'individu peut être sidéré sur une place publique, dans une caserne, une école, en un mot dans un lieu de réunion publique. Elle est généralement précédée de prodromes plus ou moins sérieux pendant lesquels le sujet continue à fréquenter les gens sains. Tel individu atteint de catarrhe des muqueuses respiratoires et aériennes, en imminence de rougeole, va semant partout le bacille de cette maladie, avec d'autant plus de facilité que celle-ci est contagieuse au début. Aussi le Docteur Lereboullet, dans la déposition qu'il a faite devant la Commission chargée d'étudier les modifications de la loi sur la santé publique (1), est-il d'avis de rayer la rougeole du nombre des maladies à déclarer, parce que, au moment où la désinfection peut être faite, le malade a déjà contagionné tous ceux qui sont susceptibles de contracter la maladie.

Tel autre, atteint d'un mal de gorge, d'une angine plus ou moins grave, transporte dans ses secreta et dissémine dans ses excreta le bacille de la diphtérie avant que la maladie soit reconnue, et cela avec d'autant plus de facilité que la présence de la diphtérie n'est pas en corrélation avec le degré de l'angine, et qu'une angine légère peut porter le bacille de Lœffler, qui n'existera pas pour une angine grave.

La fièvre typhoïde a été quelquefois appelée typhus ambulatorius, parce que, au début, les malades ne se doutent pas de leur état et ne présentent que des signes d'embarras gastrique, continuent leurs occupations jusqu'à ce qu'ils soient terrassés par la maladie. Ils contaminent ainsi les cabinets d'aisance, les bureaux, les tramways-omnibus de leurs secreta et excreta.

Le tuberculeux, quand il n'est pas alité, ce qui n'a lieu qu'aux dernières périodes, est une source constante d'infection pour son entourage partout où il séjourne. Il est même arrivé de trouver des gens dont les crachats fourmillent de bacilles de Koch et qui ne possèdent aucune lésion perceptible (j'en ai eu deux cas personnels) jusqu'au jour où la maladie se déclare brusquement et emporte le malade.

Je pourrais passer en revue presque toutes les maladies contagieuses en répétant les mêmes considérations.

Le Docteur Lereboullet, dans l'article précité, reconnaît qu'on a à peine le temps de déclarer certaines maladies (fièvre typhoïde, diphtérie, suette, etc.) en vue de permettre les mesures prophylactiques ; le mal est fait.

Contre une telle source de contagion, la désinfection est impossible ; on ne peut pas agir sur un individu dont la maladie n'est pas déclarée, qui souvent n'est pas atteint de la maladie que l'on pourrait soupçonner, qui ignore lui-même qu'il doive être bientôt malade.

b) *Pendant l'alitement.*

Si le malade est traité dans un hôpital, une maison de santé, l'isolement peut être accompli, la désinfection peut être complète, le personnel suffisamment instruit prend toutes les précautions nécessaires.

Si le malade est traité à domicile, que l'appartement soit assez vaste pour qu'une pièce bien isolée lui soit affectée, que la famille ait assez de ressources pour se procurer un personnel suffisamment élevé dans les soins des malades, les conditions sont encore bonnes, mais elles le sont moins qu'à l'hôpital ; car il y a l'entourage et le reste de l'appartement est plus ou moins contaminé par les objets qui ont servi au malade ; la désinfection des circumfusa est rarement bien faite.

Si le malade est traité à domicile et que la famille ne dispose que d'une pièce, les conditions sont déplorables, le malade est une source perpétuelle de contagion et les mesures de désinfection prises à son égard ne peuvent être qu'illusoires.

Une conséquence fatale en résulte : pour que la désinfection du malade et de ses circumfusa soit réelle, il faudrait que tout cas de maladie contagieuse puisse être traité à l'hôpital ou dans une maison de santé. Mais on voit d'ici toutes les difficultés auxquelles on se heurterait : raisons de sentiment, raisons d'argent, etc.

c) *Pendant la convalescence.*

C'est alors peut être que le malade est le plus dangereux et cependant jusqu'à ces derniers temps, personne ne songeait à ce danger, aucune précaution n'était prise.

Une fois que le malade a pris un bain, qu'on lui a changé son linge et ses vêtements, qu'on l'a fait changer de chambre, qu'on désinfecte le local où il a séjourné et les circumfusa, on croit que tout est fini. Et cependant il est prouvé actuellement que les excreta et secreta du malade ne sont pas inoffensifs, que les muqueuses du nez, de la gorge et de l'intestin peuvent encore renfermer des bacilles que le sujet va semant partout comme dans la période d'incubation. Le sujet n'en souffre pas parce qu'il est lui-même vacciné contre la maladie, parce qu'il fabrique assez d'antitoxines pour neutraliser les toxines de la maladie ; mais cette immunisation ne dure qu'un certain temps.

Un règlement d'administration publique du 18 août 1893 (1) exige que l'éviction des enfants malades hors des établissements scolaires soit prolongée :

Pendant cinquante jours pour la diphtérie ;
Pendant quarante jours pour la varicelle et la scarlatine ;

(1) *Bulletin de l'Association générale* du 30 novembre 1909.

(1) Voir la *Semaine médicale* du 6 octobre 1907.

Pendant vingt et un jours pour la coqueluche ;

Pendant onze jours pour la rougeole.

Ce règlement n'est jamais appliqué. Il devrait être étendu à toutes les maladies infectieuses.

Aussi n'ai-je pas été surpris qu'un règlement récent du Ministère de la guerre ordonne de ne renvoyer en convalescence dans leurs familles que les malades dont les excreta et secreta ne contiennent plus de bacilles. Ce règlement vient d'être adopté par le Ministère de la marine.

Mais pour la population civile, cette précaution est absolument impossible ; vous ne pouvez maintenir dans l'isolement des gens qui ne souffrent plus, paraissent guéris, et qui ont besoin de gagner leur vie de chaque jour. C'est tout au plus si vous pourrez le faire (en admettant que le principe fût admis), pour les enfants des écoles, les fonctionnaires, les employés des grandes administrations dont la situation ne serait pas compromise par cette mesure prophylactique. Un certificat du médecin traitant serait nécessaire pour prouver que les délais nécessaires ont été accomplis. Mais même dans ce cas vous empêcherez difficilement les convalescents de sortir, de se mêler à la vie extérieure, ce n'est pas dans nos mœurs de mettre, devant la porte d'un individu qui fut malade, un factionnaire chargé de l'empêcher de sortir.

B. — Désinfection de l'entourage.

Sauf à l'hôpital et dans quelques cas exceptionnels, est illusoire la désinfection des gens qui entourent le malade et se trouvent en rapport plus ou moins fréquent avec lui.

A l'hôpital, dans quelques maisons de santé, dans certaines familles assez riches pour se payer un personnel de choix, uniquement destiné au malade, les précautions nécessaires peuvent être prises : lavage et antisepsie de la figure, des mains, des vêtements, usage de robes et blouses spéciales, etc... Mais dans les familles peu aisées où l'emploi de ce personnel est impossible, où ce sont les membres de la famille qui soignent le malade, ces précautions sont-elles prises ? Je ne le crois pas. Les gardes-malades improvisées, si dévouées qu'elles soient, n'ont pas reçu l'instruction nécessaire. Peut-on empêcher les visites des parents, des amis et même quelquefois des enfants ? Tout ce monde va, vient, circule, entre et sort, souvent sans quitter ses vêtements et va porter autre part les germes de la maladie. Et je ne parle pas ici des animaux domestiques, chats, chiens, qui se fourrent partout, des objets (vaisselle, couverts) que l'on emploie et que l'on désinfecte peu ou prou. On connaît le rôle des parasites (puces poux, mouches) dans la propagation des maladies.

Il est prouvé que les microbes vecteurs de la maladie s'attachent aux cheveux, aux poils, à la peau, aux vêtements de ceux qui soignent les malades, pénètrent dans leur gorge, leur nez, y prolifèrent sans contagionner souvent le porteur et en sortent avec les secreta et excreta.

Ainsi nous trouvons dans les mémoires de la Société clinique de Londres (1) que le virus diphtéritique se fixe facilement sur les vêtements et autres objets pendant des mois et même des années.

(1) *Formulaire médical*, 20 avril 1895.

Dans la fièvre typhoïde le principe actif peut se conserver dans les effets pendant deux mois.

Dans la scarlatine le virus s'attache facilement aux effets.

Dans la variole le principe actif peut être disséminé par les effets et même la chevelure de personnes ayant approché le malade.

A cause de cette quasi-impossibilité de désinfecter l'entourage qui n'appartient pas à la profession médicale de près ou de loin, l'isolement du malade hospitalisé devrait être rigoureux : pas de visites de personnes étrangères, pas de visites de parents et d'amis et surtout d'enfants qui sont si susceptibles en général de contracter toutes espèces de maladies et d'en emporter les germes au dehors. Que dis-je ? Dans l'intérêt de l'entourage toute maladie contagieuse devrait être traitée à l'hôpital ou dans une maison de santé ; c'est là une mesure draconienne, je l'avoue, qui n'est prise par l'autorité supérieure qu'en cas d'épidémie grave. Le public s'accommodera difficilement de tels procédés compatibles seulement avec certaines maladies dont le nom provoque l'effroi (peste, choléra, fièvre jaune, etc...) ; mais ce n'est peut-être qu'une affaire d'habitude.

C. — Désinfection du local où le malade a séjourné et des objets qui ont été en contact avec lui (circumfusa).

Après la désinfection du malade et de ses excreta, secreta, applicata, etc..., pendant l'alitement, c'est la seule désinfection dont s'occupe la loi en faisant au médecin une obligation d'y veiller rigoureusement.

J'admets son importance, elle est utile, nécessaire, indispensable, mais elle ne constitue, avec la désinfection du malade pendant la période d'alitement, qu'une partie de la désinfection nécessaire pour la préservation des maladies.

A l'hôpital, dans une maison de santé, elle peut être exécutée avec tout le perfectionnement désirable.

Chez les particuliers, elle peut être exécutée soigneusement, soit par des agents officiels, soit par des entreprises privées, soit par la famille du malade aidée des conseils du médecin. « Mais, « nous dit le docteur Lereboullet dans l'arti« cle déjà cité ces désinfections à domicile sont« elles toujours sérieuses ? Ce que nous voyons « chaque jour dans les villes où les désinfections « sont pratiquées régulièrement montre combien « elles sont illusoires. La déclaration du méde« cin n'est jamais contrôlée... On ne constate « pas la désinfection faite par l'industrie privée; « or, on ne s'adresse pas à l'industrie privée parce « que la désinfection à l'étuve ou au sublimé « abîme les objets mobiliers ».

Ce que nous avons dit du rôle du malade pendant la convalescence comme porteur de germes morbides montre qu'une seule désinfection du local ne suffit pas, et qu'il faudrait se livrer à une série de désinfections, ce qui est impossible.

Et puis, nous raisonnons dans le cas d'une famille aisée ayant les moyens de changer de domicile pendant la ou les désinfections ; mais si ces gens ne disposent que d'un seul local, où iront-ils ?

Un de mes amis, dont je ne veux pas divulguer le nom pour ne pas attirer sur lui les foudres de l'administration, me racontait que dans

un cas de rougeole il n'avait pu faire ni la déclaration, ni la désinfection, parce que cette dernière était impossible : le père, la mère, les cinq enfants n'habitant qu'une chambre auraient été obligés de coucher dehors. Sa conscience était d'ailleurs tranquille : ce qu'il savait de la contagion de la rougeole lui prouvait l'inutilité de la désinfection.

En résumé, des trois termes du problème de la désinfection :

Désinfection du malade ;

Désinfection de l'entourage ;

Désinfection du local et des objets contaminés.

La loi du 15 février 1902 n'a pour but, par la déclaration, qu'une partie du premier terme (désinfection pendant l'alitement) ; néglige le second, du moins dans la plupart des cas, et ne s'occupe du troisième que d'une façon incomplète puisque cette désinfection devrait être répétée.

La désinfection est insuffisante ; elle fait faillite dans beaucoup de cas.

Pour qu'elle fût complète, il faudrait, dans toute maladie contagieuse soumise à la déclaration :

1° Pouvoir isoler et désinfecter le malade suspect pendant la période d'incubation, chose théorique dans la plupart des cas ;

2° Isoler rigoureuseusement le malade pendant l'alitement, ne jamais le laisser séjourner dans son domicile privé, mais le transporter et le traiter dans un hôpital, une maison de santé, chose difficile à réaliser mais non pas impossible ;

3° Poursuivre l'isolement du malade pendant la convalescence et après la désinfection du local où il a séjourné, ne le laisser communiquer avec ses semblables que quand il n'est plus dangereux, chose réalisable seulement dans l'armée et la marine ;

4° Désinfecter tous les locaux dans lesquels le malade a séjourné tant pendant l'incubation que pendant l'alitement et pendant la convalescence, mesure qui se heurte à des obstacles presque insurmontables ;

5° Si le malade a été traité à domicile, exiger un certificat du médecin traitant déclarant que les délais de convalescence ont été observés, et que le malade ne paraît plus dangereux, avant que celui-ci reprenne la vie active, chose possible dans bien des cas.

Etant donné que dans la préservation des maladies infectieuses, la déclaration ne joue qu'un rôle pour ainsi dire secondaire, je ne vois pas la nécessité de rendre le médecin responsable de cette déclaration.

Partir de là pour englober le médecin dans une série de règlements dont il est victime, le transformer en factionnaire sans aucune espèce de compensation, dont le rôle est d'assurer l'exécution des lois et décrets ; en faire ainsi un dénonciateur au risque de compromettre sa situation et de violenter sa conscience, est une anomalie que l'on ne comprend pas sous un régime qui devrait être celui de la liberté.

Nous pensons avec le docteur Lereboullet que le médecin ne devrait pas être obligé de déclarer aucune des maladies infectieuses incluses dans l'article IV de la loi ; il ne devrait que prévenir le chef de famille ou le chef d'établissement, lequel devrait lui-même faire la déclaration. Ce n'est qu'en cas de refus que le médecin devrait lui-même faire la déclaration.

Mais je vais plus loin que le professeur Lereboullet : en aucun cas le secret professionnel ne devrait être violé même par écrit. Ce n'est pas à l'autorité supérieure (maire ou sous-préfet) que le médecin devrait écrire si la déclaration n'a pas été faite par le chef de famille ou le chef d'établissement en un temps donné, c'est au directeur du bureau d'hygiène ou à son défaut au médecin des épidémies ; il le préviendrait que dans telle ou telle famille, telle ou telle maison une déclaration devrait être faite (sans dire le nom de la maladie) en ajoutant le mot *urgent* si c'est nécessaire.

Au directeur du bureau d'hygiène ou au médecin des épidémies, qui sont des espèces de fonctionnaires, de prendre des informations verbales auprès du médecin traitant, de se rendre auprès du chef de famille intéressé, de noter son refus, enfin de prévenir l'autorité. Vu le respect et la crainte du fonctionnarisme que nous avons en France, la démarche ne serait jamais inutile. De cette façon, tout se passerait entre confrères, plus de froissements, plus de violation du secret professionnel, plus de préjudice pour le médecin traitant ; la responsabilité de celui-ci serait bornée au certificat dont j'ai déjà parlé.

Au moment où la loi de 1902 a été promulguée, les directeurs de bureau d'hygiène n'existaient pas : on n'a pu y songer.

Dr de Champeaux (de Lorient).

L'ENCOMBREMENT MÉDICAL

Limitation ou Diminution ?

M. le Professeur Ausset, qui m'a fait l'honneur de reproduire entièrement dans son Journal, *la Pédiatrie pratique*, l'article que j'ai publié ici même (1) sur la limitation du nombre des médecins, avait annoncé qu'il dirait à son tour son mot, non seulement sur cette question en particulier, mais encore sur l'ensemble de la crise médicale.

J'attendais, je l'avoue, avec une certaine curiosité, l'apparition de l'article promis ; ma curiosité n'a pas été déçue, et j'ai lu avec le plus vif intérêt et avec la plus grande sympathie ses conceptions personnelles sur un problème passionnant dont nous sommes si nombreux à cette heure à chercher la meilleure solution.

De celle qu'il veut bien nous offrir, avec la compétence qu'il tient de ses titres universitaires, de sa situation professionnelle et de son autorité de journaliste, je ne retiendrai que le chapitre qui traite spécialement du sujet dont je me suis moi-même beaucoup occupé depuis dix ans. J'ai constaté avec une flatteuse satisfaction que, sur le principe, nos opinions sont sensiblement concordantes. Toutefois, il y a tels détails de pratique sur lesquels je persiste à penser d'une façon différente. Mon distingué confrère ne m'en voudra pas, j'ose l'espérer, de formuler franchement mon sentiment à cet égard. Je me plais même à croire que les objections qui me sont venues à l'esprit à l'encontre de certaines de ses propositions seront de nature à attirer son at-

(1) *Courrier Médical*, décembre 1909.

tention bienveillante sur ce que je me permets d'appeler des exagérations d'appréciation, des illusions, de sa part.

Mais, avant d'en arriver là, l'heure me paraît venue de passer une brève revue des projets qui se sont fait jour depuis quelques mois dans la presse médicale sur l'encombrement et sur les remèdes qu'il réclame.

A vrai dire, l'encombrement est surtout régional, local. Tel quel cependant, il n'en est pas moins inquiétant et c'est à bon droit que nous nous préoccupons de lutter contre lui. Ses causes ont été fort bien mises en évidence ; je ne m'y arrêterai pas de nouveau, et j'en arrive immédiatement aux remèdes qu'on propose d'y appliquer. Le principal, celui autour duquel nous nous battons tous plus ou moins à cette heure, c'est la *limitation* du nombre des médecins.

Si l'on prend ce terme de limitation dans sa stricte signification, cela revient à dire qu'on fixera par un procédé quelconque le chiffre maximum de médecins autorisés à exercer en France, chiffre qui ne pourra être dépassé. Et tout de suite, on se trouve là en présence de deux formules : on peut, d'une part, limiter le nombre des étudiants au moment de leur entrée à l'Ecole de médecine ; ou bien, d'autre part, créer des circonscriptions médicales entre lesquelles on répartirait les médecins proportionnellement à l'importance, à l'étendue, à la population de chacune d'elles.

Supposons cette dernière hypothèse réalisée. Ici encore, deux régimes différents sont applicables au corps médical.

Dans une première organisation, le médecin serait un fonctionnaire au sens propre du mot et au même titre que le percepteur, que le receveur d'enregistrement, que l'instituteur, nommé par l'Etat, payé par l'Etat, susceptible d'avancement, de déplacement, de révocation... Il recevrait un traitement fixe pour soigner indistinctement tous les habitants de sa circonscription ou de sa sous-circonscription, — l'analogue en un mot vis à-vis de la population civile du médecin militaire dans l'armée. En outre, il faudrait prévoir des postes régionaux de spécialistes en nombre fixe, eux aussi, oculistes, laryngologistes, dentistes, gynécologistes, etc.

Il me semble impossible d'admettre qu'il se trouve un médecin, un seul, qu'une telle perspective puisse réjouir ; le seul fait de l'énoncer suffit, à mon humble avis, à la condamner.

La seconde organisation assimile le médecin aux officiers ministériels, notaires, avoués, huissiers, etc. L'Etat déterminerait le nombre de postes afférents à chaque circonscription et en agréerait les titulaires successifs qui achèteraient leur cabinet comme le notaire, l'huissier, l'avoué achètent leur étude. Chacun volerait ensuite de ses propres ailes et se ferait honorer directement par ses clients ; la concurrence existerait, ainsi que l'émulation ; l'achalandage resterait subordonné à la valeur, à la vogue, au savoir-faire des intéressés qui seraient tenus en outre de remplir pour le compte de l'Etat certaines fonctions auxquelles ils ne pourraient se dérober.

Fort bien ! Par malheur, il y a entre l'exercice de la profession médicale et celle de tabellion la même différence qu'entre le jour et la nuit. Un contrat de mariage, un testament, une vente... tous les actes de procédure, ne diffèrent les uns des autres que par leurs clauses et conditions. Que ces clauses et conditions soient conformes aux lois, et leur validité est parfaite.

La préférence de la clientèle pour tel ou tel repose presque uniquement sur les garanties qui lui sont offertes au point de vue de ses intérêts financiers.

D'autre part, le notaire ou l'huissier n'instrumente que dans un ressort déterminé ; aucun d'eux ne peut se transporter sur la zone voisine et il existe des règles corporatives très strictes qui prévoient toutes les éventualités et règlent les droits des confrères en cause.

Enfin, les officiers ministériels relèvent des Tribunaux. Il sont tenus envers ceux-ci à une rigoureuse subordination ; ils accomplissent près d'eux et pour eux des besognes déterminées ; le Procureur de la République a le droit de s'immiscer dans leurs affaires et de leur demander des comptes. Et c'est là en partie que réside la garantie de leurs clients.

L'acte médical est tout différent ; il varie à l'infini, parallèlement au malade, qui représente individuellement une espèce particulière, justiciable d'un traitement pour la formule duquel diverses considérations entrent en jeu. Puis, à la base de l'exercice de la médecine et comme critérium des relations entre médecins et malades se trouve la *confiance* dans son sens le plus étendu, avec les mille éléments qui la constituent : science et réputation du médecin ; sympathie que sa personne inspire ; ascendant, autorité qu'il sait prendre sur ses clients, etc., etc. C'est que là, il ne s'agit plus d'intérêts financiers. C'est la vie même du malade qui est en cause, c'est toute son intimité physique et morale, tout son *moi*, dans ses retraites les plus secrètes qu'il doit livrer. Il faut tenir compte également des aptitudes propres à chacun de nous. Et je ne parle pas seulement des grandes spécialisations bien définies, mais de ces spécialisations partielles que le public reconnaît ou croit reconnaître, et qui lui font dire de tel praticien qu'il excelle surtout dans les accouchements et de tel autre qu'il s'entend mieux que son voisin à soigner les enfants ; de celui ci, qu'il réussit dans les maladies de poitrine, de celui-là, que les affections du cœur sont son fort, de telle sorte qu'on voit parfois la même famille s'adresser à deux ou trois médecins différents selon les cas. Je ne discute pas, je constate.

Comment concilier dès lors le libre don de cette confiance avec l'interdiction qui défendrait au médecin d'exercer hors de sa circonscription, s'il était assimilé au notaire ?

Relèverait-il, lui aussi, d'une autorité administrative, d'une juridiction quelconque ?

Que deviendrait alors son indépendance ?

D'une façon générale d'ailleurs, qu'il s'agisse

de fonctionnarisation pure et simple ou bien de limitation des postes médicaux sur le modèle de la limitation des études ministérielles, et quelque séduisante que la chose apparaisse de prime abord, c'est la main mise de l'Etat sur la médecine et sur le médecin et, par suite, la fin de son indépendance. Ne demandons pas à l'Etat une protection trop étroite ; elle pourrait dégénérer en asservissement, et à vouloir le substituer à nous pour qu'il nous défende contre les difficultés nombreuses que nous rencontrons sur notre route, nous risquerions de voir se renouveler à notre détriment l'histoire de l'ours et de son pavé.

Pour toutes ces raisons, je me déclare opposé résolument à la limitation du nombre des postes médicaux.

Cette mesure étant écartée, pouvons-nous songer à obtenir la limitation, non plus à la sortie de l'Ecole, mais à son entrée ? Serait il rationnel et pratique de placer au début des études médicales un concours limitatif ? Je l'ai cru longtemps et j'ai soutenu cette thèse il y a une dizaine d'années. Plus expérimenté, plus réfléchi, je n'hésite pas à l'abandonner aujourd'hui. J'ai dit précédemment pourquoi je n'y reviendrai pas. M. le Dr Ausset fait, lui aussi, bonne justice du concours d'admission. Mais il me semble deviner entre ses lignes le gros argument tiré de la prétendue liberté violée, et que malgré tout je me refuse à accepter. C'est pour des raisons d'ordre pratique que je crois à l'inefficacité et par suite à l'inutilité du concours, et non pour des motifs sentimentaux.

La limitation apparaît donc comme grosse d'inconvénients, au regard des avantages qu'elle comporte : elle n'est pas enviable et j'estime qu'il est sage de n'en point poursuivre une réalisation d'ailleurs difficile, sinon impossible.

Tout autre chose est la *diminution* du nombre des médecins, obtenue par la diminution du nombre des étudiants en médecine. Là nous sommes sur un terrain solide, où nous avons toutes les chances de réussir, si nous le voulons bien.

M. le Dr Ausset place les mesures propres à la déterminer dans les examens de médecine. « Car, dit-il, j'estime, moi aussi, qu'il convient d'enrayer le nombre sans cesse croissant des médecins et qu'il convient surtout de désencombrer en éliminant impitoyablement les incapables, en modifiant la façon de procéder pour les examens qui mènent au doctorat. »

Il réclame tout d'abord la création, à côté du *personnel enseignant*, recruté parmi les professeurs en activité de service et de clientèle, si j'ose dire, d'un *personnel examinant* choisi parmi les professeurs honoraires, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux en retraite, etc., et exclusivement chargé de faire passer les examens. Excellente idée qui doit être unanimement approuvée, cette dualité devant avoir pour conséquence de donner aux épreuves un caractère de sérieux et d'impartialité qui leur fait trop souvent défaut actuellement, par suite de l'excès d'indulgence ou de sévérité des juges.

Il demande aussi des sessions moins fréquentes, de plus longs délais impartis aux candidats refusés pour avoir le droit de se représenter devant le jury. Cette proposition ne peut manquer, elle aussi, de rallier tous les suffrages, tous, sauf ceux des étudiants. Mais de cela nous ne devons avoir cure, et si les étudiants avaient conscience de leur véritable intérêt, leur intérêt de demain, ils seraient les premiers à désirer cette restriction.

Le professeur Ausset propose ensuite une sorte d'aggravation des conséquences des échecs successifs, et stipule qu'après un certain nombre d'insuccès à la même épreuve, le candidat malheureux perdrait le bénéfice de l'épreuve antérieure du même ordre et serait tenu de la subir à nouveau. Ainsi, l'étudiant refusé deux ou trois fois de suite à l'examen oral d'anatomie serait contraint de recommencer l'épreuve de dissection. Celui qui échouerait à la clinique externe (5e) devrait repasser l'examen de pathologie externe (3e), etc.

Il y a dans cette conception l'établissement d'une sorte de pénalité qui me paraît dépasser singulièrement la responsabilité des candidats. Les examens de doctorat tels qu'ils sont subis comportent une part d'aléa dont il faut tenir compte et on risquerait ainsi de porter préjudice à d'excellents sujets qui ne l'auraient mérité d'aucune manière. J'aimerais mieux décréter franchement que tout étudiant qui aurait échoué trois fois au même examen serait définitivement éliminé de l'école *ipso facto*. N'est-ce pas le résultat que M. Ausset espère atteindre avec son procédé ?

L'élimination en cours d'études ne me paraît pas possible. Je considère comme une rigueur excessive la perte par un étudiant du bénéfice de sa scolarité et des examens déjà subis avec succès.

M. Ausset affirme qu'en employant sa méthode, il y aurait un déchet de 25 %. C'est, à mon sens, une illusion. Le déchet ne serait qu'apparent. Je m'explique. Pour un étudiant qui renoncerait définitivement à la carrière médicale, on en verrait neuf se jeter résolument dans l'exercice *illégal et rechercher des situations* où ils n'en resteraient pas moins des concurrents redoutables. Un exemple récent a démontré combien facilement un étudiant peut se dire docteur en médecine et vivre professionnellement comme tel, avec une clientèle copieuse et rémunératrice. On poursuivra les illégaux, me répondra-t-on sans doute. Et après ! Faut-il rappeler combien l'action publique est lente à se mettre en branle en de telles circonstances, et quelles pénalités dérisoires sont appliquées aux délinquants ? Les condamnations sont insignifiantes déjà quand il s'agit de vulgaires rebouteux, sorciers, zouaves et autres illégaux qui n'ont rien de médical. Pourquoi seraient-elles plus rigoureuses à l'égard de qui pourrait justifier de s inscriptions de médecine et des examens et qui s'auréolerait au contraire aux yeux de ses clients du nimbe des martyrs ?

Que les examens soient plus difficiles, les sessions plus espacées, l'accès du diplôme final

plus ardu, j'y consens très volontiers et j'apprécie fort les mesures imaginées par M. Ausset pour créer ces mœurs nouvelles. Mais je considère ces mesures uniquement comme de légitimes épouvantails destinés à écarter *a priori* de la profession médicale un certain nombre de jeunes gens.

Quant à l'élimination des incapables, je persiste à être d'avis que c'est tout à fait au début des études médicales, avant qu'elles aient été commencées peu ou prou, qu'il faut la placer, quel que soit d'ailleurs le genre d'examen subi. M. le Dr Ausset objecte qu'il est impossible de juger de la valeur d'un futur médecin d'après les matières de l'enseignement secondaire et que tel cancre de lycée peut faire plus tard un excellent praticien. Hélas ! rien n'est parfait ici-bas. Les examens de doctorat eux-mêmes ne sont que des criteria relatifs On peut être fort anatomiste et mauvais clinicien, excellent clinicien et thérapeute détestable. Le présent n'engage l'avenir que dans certaines limites.

Pour passer de l'enseignement secondaire à l'enseignement supérieur, l'étudiant ne peut voir ses aptitudes appréciées que sur son acquis dans les matières du premier.

D'ailleurs, si le raisonnement et l'observation sont, et c'est bien en effet mon sentiment, les qualités primordiales du médecin, rien ne s'oppose à ce que les épreuves préliminaires soient choisies de telle sorte qu'elles mettent ces qualités en évidence chez les prédisposés. Les sciences mathématiques, physiques et naturelles sont les plus propres à atteindre ce but. Qu'on en use avec toute l'ampleur qui paraîtra nécessaire ; qu'on en exige de la part du futur étudiant en médecine une possession suffisante pour démontrer qu'il est bien pourvu en effet de ces qualités de raisonnement et d'observation requises et nécessaires.

Je me résume et je conclus : la limitation stricte, mathématique du nombre des médecins ou des étudiants en médecine comporte un contingent si élevé de difficultés et de dangers qu'il est préférable, dans notre propre intérêt, de ne la point rechercher.

La diminution est souhaitable, au contraire, par l'élimination des incapables. Elle peut être obtenue facilement par des études plus longues, plus complexes, plus difficiles et partant moins attrayantes, et, au début de ces études, par un obstacle qu'on ne pourra tenter de franchir qu'un nombre limité de fois.

Et je me permets de rappeler en terminant que, pour allonger et compliquer ces études, j'ai proposé ailleurs (*Concours médical*, janvier 1910) l'uniformisation de la médecine et de la pharmacie pour l'obtention, à la suite d'études uniques, d'un diplôme unique, dont les possesseurs pourraient ensuite faire tel usage qu'il leur agréerait, médecins ici, pharmaciens là, médecins-pharmaciens ailleurs.

Voilà, selon moi, la véritable solution de la crise médico-pharmaceutique.

Tenez pour certain que le jour où cette solution sera réalisée, le désencombrement s'opérera de lui-même ; mille causes de désunion, de dissensions disparaîtront ; l'union se fera toute seule, et l'action syndicale, débarrassée des dissidences et des timidités qui la paralysent, marchera hardiment et triomphalement contre tous ceux qui exploitent le médecin, pour la conquête de la situation digne et indépendante à laquelle il a le droit de prétendre en raison du rôle qu'il joue et qu'il jouera de plus en plus dans la Société (1).

Dr G. Duchesne.

Autre cloche, autre son

Brive, 12 mars 1910.

Très honoré Confrère,

Abonné depuis plus de 20 ans au *Concours* que je lis très attentivement, connaissant la situation médicale, du moins en province, et y ayant réfléchi longtemps, je prends la liberté de vous adresser quelques réflexions au sujet du prochain Congrès. Un mot a été décoché, dans une réunion syndicale, à l'adresse de ce Congrès : « Il va tomber dans le byzantisme, a dit un confrère ; vu la *prolixité* des questions à traiter, ce sera le dernier Congrès ». Il y a du vrai ; à mon sens il faudrait s'en tenir aux questions pratiques. Il n'est pas niable — car je ne fais pas état de l'opinion de quelques confrères qui se croiraient déshonorés de penser comme tout le monde, ni de l'opinion des maîtres dont l'intérêt est d'avoir beaucoup d'élèves — il n'est pas niable, dis-je, qu'il y a encombrement. Eh bien ! à mon avis, il n'y a qu'un remède à cela : Dès l'instant que les Syndicats médicaux fonctionnent à peu près partout, refuser l'entrée du Syndicat à tout nouveau venu qui ne succédera pas à un confrère, après avoir payé cette succession ; c'est là ce qui constitue la force et la valeur des études de notaires et d'avoués et ils sont loin de s'en plaindre ; la chose ne serait pas identique, me direz-vous, puisqu'il n'y aurait pas force de loi ; sans doute, mais *en fait* il y aurait force de loi syndicale et vous verriez qu'après un début plus ou moins pénible tout le monde se sentirait délivré d'un cauchemar. Dans tous les cas discuter pendant des journées pour demander aux pouvoirs publics la limitation du nombre des étudiants ou autres balivernes semblables, c'est demander la lune. Il y a cependant une chose qui *a été dite* avec *juste raison* : c'est qu'il faudrait exiger que l'entrée aux écoles de Lyon et de Bordeaux se fît au sortir du collège et non plus après une ou plusieurs années d'études médicales.

(1) Cet article était écrit et a paru dans le *Courrier Médical* avant le Congrès des Praticiens. Il renferme tous les arguments que j'aurais développés et les propositions que j'aurais formulées si j'avais pu prendre part à la discussion des rapports Tourtoural et Delpeut venus à la Tribune beaucoup plus tardivement que ne le comportait l'ordre du jour.

Je reprendrai sous peu la thèse de l'uniformisation des études et des diplômes de Médecine et de Pharmacie et je m'efforcerai d'en démontrer la possibilité et l'opportunité de réalisation.

Libre choix, la plupart des autres questions n'ont qu'un intérêt très effacé.

Veuillez agréer l'assurance de mes sentiments bien confraternels.

Dr PUYBARET.

A propos de l'encombrement médical. Lettre ouverte à un confrère d'un département du Centre.

Mon cher confrère,

Vous avez dit au Congrès, le 8 avril dernier, que le Syndicat des médecins de votre département vous avait délégué pour proclamer la misère médicale des campagnes, et les associer à la demande de limitation du nombre des étudiants en médecine, à l'entrée de l'Ecole.

Vous avez vu que j'ai refusé de discuter, en cinq minutes réglementaires, une question de cette importance et que j'avais mis plusieurs années à étudier.

Si j'avais eu le temps nécessaire, je vous aurais répondu pour votre département, comme j'aurais répondu à tous les autres confrères qui m'auraient interrogé sur le leur.

Voici pour votre département, qui est classé dans le 3e quart de l'ordre de la richesse. Mais nous savons tous qu'il y a des industries nombreuses et florissantes dans ce département qui compte plus de 100 docteurs et un officier de santé, pour 355.000 habitants.

Si on serre la question de plus près, on trouvera :

4	médecins	ayant plus de	75 ans.
5	—	—	70 —
6	—	—	65 —

Vous avouerez avec moi que la période active de ces quinze confrères doit être passée, ou à peu près.

On reste donc en face de 92 médecins pour 355.000 h.

1 médecin pour 3.860 habitants. Continuons l'étude. On a dit, vous l'avez entendu comme moi, qu'il fallait environ dix mille francs par an pour qu'un médecin puisse honorablement vivre. C'est donc 92 × 10.000 fr. ou 920.000 fr. qu'il faudrait que la population totale du département fournisse à la totalité des médecins pour que ceux-ci puissent vivre.

Savez-vous ce qu'il faudrait que fournisse chaque habitant par an, pour parfaire cette somme ? 2 fr. 50 en moyenne.

Vous avez bien lu : 2 fr. 50 par habitant et par an.

Vous voyez ce que cela fait par semaine ? *Cinq centimes* ! ! et par jour un peu plus d'un 1/2 centime ! !

Il n'y a pas de population, si pauvre soit-elle, qui ne puisse donner en moyenne dix francs par an et par habitant ; pas même celle des Basses-Alpes, classée 81e dans l'échelle de la richesse nationale.

Comme votre population est de 355.000 habitant, c'est donc un extrême minimum de 3.550.000 fr. par an, qu'elle doit donner en moyenne à ses 92 médecins actifs ou 38.600 fr. par an, et par médecin.

Vous êtes loin, très loin de compte.

Mettons cinq fr. par an et par habitant, en moyenne ; c'est encore 19.300 fr. par médecin et par an.

Encore loin, très loin de compte ! Alors, mon cher confrère, il y a quelque chose qui cloche. Ou une mauvaise entente des médecins, ou un débordement d'exercice illégal, mais il y a quelque chose ; car il est inadmissible qu'un département tel que le vôtre ne puisse donner à ses médecins une moyenne de deux centimes et demi par semaine et par habitant.

Croyez, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments.

Dr SMESTER.

N. B. Je puis serrer la question encore plus, si vous le désirez.

Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel

SOU MÉDICAL

Extrait du procès-verbal de la séance du 31 mars 1910.

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, de Grissac, Diverneresse, Noir, Boudin et Dumesny.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation.

MM. les docteurs :

1604 Charlin, à Morez (Jura).
1618 Luszczkiewicz, à Nîmes (Gard).
1619 Mouriquand, à Valence (Drôme).
1620 Morel, à Romans (Drôme).
1621 Barlatier, à Romans (Drôme).
1622 Gontry, à Nangis (Seine-et-Marne).
1623 Rousselot, à Vienne-le-Château (Marne).
1625 Durbesson, à Avignon (Vaucluse).

Le Conseil vote le remboursement au Dr D. de N., d'une somme de 7,40, coût de la copie d'un jugement qui lui a été demandée.

Le Dr D., qui, poursuivi en correctionnelle pour non-présentation d'un nouveau-né, a été acquitté, demande que le Sou lui vienne en aide pour payer son avocat. Le Conseil prendra une décision sur cette demande lorsqu'il sera en possession du texte du jugement et connaîtra le montant des honoraires de l'avocat.

Extrait du procès-verbal de la séance du 14 avril 1910.

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, Diverneresse, Noir et Dumesny.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les Docteurs :

1624 Falcoz, à Vizille (Isère).
1626 Gargaud, à Cubjac (Dordogne).
1627 Chauveau de Rochefort, à St-Pardoux-la-Rivière (Dordogne).
1628 Perreau, à Saumur (Maine-et-Loire).
1629 Jourdin, à Pouancé (Maine-et-Loire).
1630 Mathey, à Ronchamp (Haute-Saône).
1631 Dupré, à Roubaix (Nord).
1632 Jacowski, à Vermand (Aisne).
1633 Parage, à Ste-Pezenne près Niort (Deux-Sèvres).
1634 Loviny, à Lille (Nord).
1635 Liénard, à Pont-de-Beauvoisin (Savoie).
1636 Roy, à St-Benin-d'Azy (Nièvre).
1637 Mouchet, Le Veurdre (Allier).
1638 Gourdon, La Machine (Nièvre).

Dans l'affaire du Dr de la T., le juge de paix a rendu un jugement admettant que le prix des interventions de nuit, au tarif Dubief, doit être triplé comme l'est le prix de la visite de nuit.

Le Dr de la T. enverra le texte de ce jugement, qui sera publié.

Le Dr M., de Lyon, communique le texte d'un jugement du Tribunal de cette ville, jugeant sur appel de justice de paix, qui lui donne gain de cause en condamnant son client à payer les visites qui ont suivi un accouchement. Ce jugement sera également publié.

Le Conseil ordonnance le paiement d'une somme de 100 fr. pour les honoraires de l'avocat dans cette affaire.

Le Dr L., de S., demande le remboursement d'une somme de 17 fr. 45, payée pour frais d'huissier dans son affaire contre la Mutuelle du Mans (calcul de l'indemnité kilométrique suivant le tarif Dubief). (*Accordé*).

Le Dr B., de Luxeuil, a obtenu du juge de paix de cette ville une décision favorable au cumul du prix de la visite et des interventions dans les accidents du travail.

Copie de ce jugement lui sera demandée et le « Sou » lui en remboursera les frais.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Rambouillet

Séance du 12 mai 1909

1° *Repos hebdomadaire*. — La question est jugée insoluble autrement que par ententes locales.

2° *Impôt sur le revenu*. Le syndicat adresse ses félicitations au Dr Dubuisson, député et au Dr Guillemonat, secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine qui, par leur énergie et leur activité, ont pu, dans la discussion de l'impôt sur le revenu, faire adopter par la Chambre des amendements utiles au corps médical, et considérant que les critiques des Drs Janicot et Ducor sont mal fondées et qu'il est regrettable qu'elles aient reçu la publicité qui leur a été faite, passe à l'ordre du jour.

Cette adresse a été votée sur la proposition du Dr Delpeut.

3° *Libre choix et confrères non syndiqués*. — Sous cette rubrique, le Dr Delpeut nous raconte les faits suivants. Remercié par un patron qui, jusqu'ici, l'avait appelé à donner des soins médicaux à ses ouvriers et le rémunérait lui même, il avait demandé au président du Syndicat d'intervenir, d'abord auprès du patron pour lui demander compte de ce brusque renvoi, ensuite auprès du confrère inconnu qui avait pu prendre place pour lui demander s'il s'était enquis de la véritable situation. Le Président refusa l'intervention en faisant valoir que l'industriel pouvait l'envoyer promener et qu'il s'agissait de la disparition ou de passage à un tiers d'un privilège contraire au principe du libre choix, privilège connexe d'un rabais (3 fr. à 6 kilomètres).

Le Dr Delpeut prie l'assemblée de déclarer qu'il est regrettable que le président ait cru devoir s'abstenir en cette circonstance. Cette demande est rejetée par 6 voix contre 1, et 2 abstentions.

Réunion obligatoire du 13 octobre 1909

1° *Déclaration des maladies infectieuses*. — On adopte l'ordre du jour voté par le Comité de vigilance dans sa séance du 19 juin 1909, reportant l'obligation de la déclaration sur le chef de famille et demandant le rémunération des certificats.

2° L'affaire du Dr Delpeut revient sur le tapis, mais avec ce fait nouveau que les confrères susceptibles de l'avoir remplacé sont aujourd'hui connus et seraient peut-être disposés à une entente.

Il est décidé que le président écrira à ces confrères pour susciter cette entente en vue d'arriver au rétablissement du libre choix, et, secondairement pour les prier d'adhérer au Syndicat de Rambouillet.

3° A l'ordre du jour figurait la revision des statuts ; le secrétaire demande qu'une question aussi importante ne soit pas résolue en quelques instants, au hasard des impressions du moment, mais que chaque syndiqué veuille bien étudier cette question à loisir, et que, mieux préparée, elle revienne devant une autre assemblée. Le syndicat décide que l'assemblée ordinaire de mai 1910 sera suivie d'une assemblée extraordinaire réservée à cette revision.

4° En vue du relèvement des tarifs, le Dr Bailhache, vice-président, veut bien se charger du gros travail, déjà exécuté par le syndicat d'Etampes, consistant à recueillir tous les prix actuellement en vigueur dans notre arrondissement.

Le Secrétaire,
Dr P. Loustau.

Syndicat des médecins de la Savoie.

Par suite de la démission de l'ancien bureau, le Syndicat médical de Chambéry et de la Savoie fut reconstitué sur de nouvelles bases. Des modifications importantes furent introduites dans les statuts, entre autres, des pénalités variant de

20 fr. à 500 fr., applicables aux syndiqués ne respectant pas leurs engagements.

Dans la séance du 23 janvier 1910, le bureau suivant fut élu :

Président : Dr Tissot.
Vice-président : Dr Masson.
Secrétaire : Dr Truchet.
Trésorier : Dr Hollande.

Au dîner qui suivit la réunion, le président, après avoir défini le rôle d'un syndicat médical, les droits et les devoirs des syndiqués, engagea vivement ses confrères :

1° A adhérer au « Sou médical », organe de défense professionnelle, ayant déjà des ressources importantes, et des moyens d'action que ne peuvent avoir les syndicats locaux ;

2° A s'affilier aux sociétés de prévoyance : Amicale-maladie et Caisse des retraites ».

REPORTAGE MÉDICAL

A. G. Comité d'assistance et de placement des veuves et des orphelins. — I. *Liste des emplois demandés.*

1.— Veuve de médecin, artiste miniaturiste, demande élèves. Portraits, prix modérés.

2.— Veuve de médecin, voudrait travaux d'écriture à faire chez elle.

4.— Veuve de médecin dirigeant à Paris un cours d'éducation (études classiques) et d'arts décoratifs, parlant anglais et allemand, demande élèves.

6.— Deux sœurs de médecin, âgées l'une de 36 ans, l'autre de 27, ayant leur brevet, demandent emploi d'institutrice pour jeunes enfants, ou de gouvernante, ou de dame de compagnie. De préférence en Bretagne.

7.— Fille de médecin, ayant maison de retraite pour personnes âgées et infirmes, demande pensionnaires. Prix modérés.

12.— Fille de médecin, d'âge sérieux, instruite et d'excellente éducation, connaissant très bien la tenue d'une maison, désire situation de dame de compagnie, ou directrice d'intérieur, lectrice ou secrétaire. S'occuperait d'enfants, 13 ans de références parfaites. Très recommandée.

13.—Veuve de médecin demande à être employée *quelques heures par jour* dans une clinique parisienne de spécialités : larynx, oreilles, yeux, hydrothérapie.

16.— Veuve de médecin demande emploi de *quelques heures par jour* dans clinique ou maison de santé à Paris. Très recommandée.

18. – Veuve de médecin, connaissant anglais et allemand, apte à diriger intérieur et à soigner malades, demande emploi. S'occuperait d'enfants.

19.— Veuve de médecin désire emploi d'infirmière ou travaux de couture.

21.— Fille de médecin, externe des hôpitaux, traduisant l'anglais, demande à faire des recherches bibliographiques ou travaux similaires.

22.— Veuve de médecin désire emploi de dame de compagnie auprès de jeunes filles à conduire dans le monde, ou étrangères.

23.— Veuve de médecin parlant et traduisant le russe et l'allemand, demande des leçons et des traductions.

25.— Veuve de médecin, 42 ans, demande massages ou malades à garder.

26.— Veuve de médecin, 40 ans, désirerait accompagner malades aux eaux ; s'occuperait d'enfants. Paris ou environs de préférence.

27.— Veuve de sociétaire, professeur de piano, désire élèves (Paris).

28.— Fille de médecin connaissant très bien l'anglais demande traductions.

28.— Fille de sociétaire décédé, désire emploi de dame de compagnie. S'occuperait d'enfants, donnerait des leçons de piano (Paris).

30.— Veuve de sociétaire, 44 ans, apte à diriger intérieur, désire emploi dans une clinique.

31.— Fille de sociétaire, 32 ans, désire emploi de dame de compagnie ou de gouvernante.

33.— Veuve de médecin, 40 ans, connaissant bien la tenue d'une maison, demande place de directrice d'une maison de santé.

34. — Veuve de sociétaire, 28 ans, demande emploi dans clinique médicale ou chirurgicale.

35.— Veuve de médecin, masseuse diplômée, demande à faire des massages.

Sociétaire de la région du Nord demande situation médicale dans un sanatorium.

II.— *Offres*

A.— Fille de docteur disposant d'un vaste immeuble dans une ville du Midi à proximité de la montagne et de la mer, offre pension, local, service, à quelques veuves ou filles de docteurs peu fortunées. Elle serait disposée à créer, dans cet immeuble, une maison de retraite pour plusieurs proches parentes de médecins dépourvues de ressources suffisantes pour vivre confortablement chez elles.

B.— Veuve de sociétaire reçoit à Nice, en hiver, quelques jeunes enfants ou jeunes filles (françaises ou étrangères) que les parents ne peuvent accompagner. Vie au grand air. Santé surveillée. Bonne hygiène. Education familiale et pratique. Villa particulière avec jardin et salle de bains. Conditions spéciales s'il y a lieu pour les jeunes filles appartenant au corps médical.

Ecrire à M. le Dr Darras, trésorier général, 5, rue de Surène, à Paris, qui fournira renseignements.

Clinique du cœur (173, rue Blomet). — M. H. Huchard commencera, à la nouvelle salle de conférences de cette clinique le cours de pratique médicale, le *dimanche matin 1er mai, à dix heures.*

Ce cours, d'une durée de deux mois cette année, sera continué tous les dimanches à la même heure, par M. Huchard et plusieurs de ses collègues, sur les affections du cœur et sur diverses maladies.

Conférences du mois de mai.— 1er mai : M. H. Huchard (Pronostic des maladies du cœur).

8 mai : M. le professeur Albert Robin (Pronostic et traitement des maladies de l'estomac).

15 mai : Pas de conférence.

22 mai : M. Rochon-Duvigneaud, ophtalmolo-

giste des hôpitaux (Pronostic et traitement des maladies des yeux).

29 mai : M. H. HUCHARD (Traitement des maladies du cœur).

Un jugement troublant. — Nous avons rapporté il y a quelques semaines l'étonnante décision d'un Tribunal, relative aux visites accessoires faites par un médecin dans l'entourage du malade qu'il soigne régulièrement.

Il semblait qu'on dût en conclure que « le prix de la visite accessoire doit être compris dans celui de la visite principale. »

Voici le commentaire rassurant que nous trouvons dans *La Gazette médicale du Centre* sous la signature de l'avocat qui a plaidé pour le demandeur.

Je ne crois pas qu'il y ait lieu d'attacher à cette toute petite espèce une bien grande importance : Il s'agissait d'une demande en 7.700 fr. environ d'honoraires pour 650 visites faites dans la même année à un malade fort riche, au prix convenu de 10 fr. plus 1000 fr. pour soins de petite chirurgie donnés au cours de ces visites et 150 fr. pour examens ophtalmologiques et soins donnés à la gouvernante. Les adversaires, héritiers du malade, offraient 4.500 fr. ; je n'hésitai donc pas à conseiller au médecin de plaider et comme en tout procès il est bien rare qu'une légère réduction ne soit pas opérée par le tribunal, celui-ci s'attaqua, et bien légèrement, partie aux 150 fr. relatifs à la bonne et partie aux soins de petite chirurgie pour lesquels aucun prix n'avait été convenu d'avance. La somme allouée, 7.000 fr. était assez rapprochée de la demande pour qu'il n'y ait pas eu lieu de faire appel, mais la Cour d'appel n'aurait certainement pas admis la réduction relative à la visite accessoire. La réduction fut faite à titre de gracieuseté offerte antérieurement par le médecin à son client pour arrondir un chiffre d'honoraires assez important pour une seule année, il échet de n'y point chercher une portée quelconque contraire à la jurisprudence actuelle qui veut que les médecins portent sur la note des maîtres les soins par eux donnés aux domestiques et non payés comptant par ces derniers.

Paul MANCEAU,
Avocat à la Cour d'appel de Paris.

Nous avions pensé en effet qu'il ne pouvait être question là que d'une décision d'espèce, incapable d'instaurer une jurisprudence nouvelle, contraire à cet axiome irréfutable : Toute peine mérite salaire.

Les « Postes de secours » médicaux. — La création de postes de secours dans les grandes villes serait, à notre avis, un des remèdes de nature à diminuer le nombre des malades aisés admis dans les hôpitaux, beaucoup d'entre eux y étant souvent transportés contre leur gré à l'occasion d'un accident ou d'une indisposition.

Un service de garde serait assuré d'une façon constante par des docteurs en médecine, suivant un roulement déterminé.

Les Postes de secours seraient autonomes ; un règlement intérieur serait élaboré et adopté par les confrères adhérents.

Vu les services qu'ils rendraient, ils auraient certainement l'appui des pouvoirs publics. Pour Paris, M. le Préfet de police, dans une audience récente, a fait cette promesse.

Dans ces postes de secours seraient soignées les personnes victimes d'un accident récent survenu tant sur la voie publique que dans les entreprises commerciales et industrielles ou tout autre lieu ; seraient également soignées les personnes indisposées subitement : évanouissement, syncope, hémorragie, etc.

Aussitôt que possible, les blessés et malades seraient évacués soit vers l'hôpital s'ils sont indigents, soit vers leur domicile ou une maison de santé si leur situation de fortune le leur permet. Dans ce dernier cas, ils seraient soignés naturellement par le médecin de leur choix.

Les honoraires demandés dans les Postes de secours seraient conformes au tarif adopté par les Sociétés médicales de la ville ou de l'arrondissement (pour Paris) pour les soins donnés au cabinet.

En résumé, la création de ces Postes de secours obvierait au transport d'un grand nombre de blessés et de malades dans les pharmacies et les hôpitaux, et cela pour le plus grand bien du public et de la corporation médicale.

(*Le Médecin Praticien.*)

Il y a pour le moins trois ans que nous avons entendu soutenir cette idée pour la première fois dans nos bureaux.

Elle a été éloquemment défendue au récent Congrès des Praticiens.

C'est une de celles à laquelle nous souhaitons de ne pas sommeiller trop longtemps à l'état de projet et d'entrer rapidement dans la voie des réalisations.

Curieus e infirmité. — Un curieux cas d'amnésie qui ferait la joie de M. Théodule Ribot, nous parvient d'Amérique.

Il est arrivé à un savant très estimé et jadis très connu, le professeur Harrington, qui fut professeur de mathématiques à Pékin, puis fut nommé chef du service météorologique de l'Institut des Etats-Unis.

Un jour — il y a cinq ans — il prit congé de sa femme, à Washington, pour aller faire un voyage d'affaires à New-York. On attendit en vain son retour. Jamais il ne rentra. Toutes les recherches de sa femme pour le retrouver demeurèrent sans résultat.

Il n'y a que quelques jours que ses incessants et tenaces offerts ont été couronnés de succès.

Mme Harrington vient de le trouver dans l'Etat de New-York, dans l'asile du Dr Morris, désigné sous l'étiquette de « malade n° 8, de nom inconnu ».

Il y a cinq ans, lors de son voyage à New-York, on trouva le professeur Harrington errant sans but à Trenton, dans l'Etat de New-Jersey, sans argent et tout à fait affamé.

Il n'avait ni bagages ni papiers d'identité. Chose curieuse : il ne savait ni son nom, ni sa ville d'origine ; parfaitement sensé pour le reste, il ne se souvient pas de ce qui s'est passé cinq minutes auparavant.

Tous les faits écoulés lui échappent de la mémoire et néanmoins, il peut tenir une conversation sans qu'on s'aperçoive, chez lui, de son infirmité (*Monde Thermal.*)

NÉCROLOGIE

Le *Concours Médical* a le vif regret d'annoncer à ses lecteurs et à tous les fidèles des assemblées générales le décès de M. Nicolas MARGUERY, auquel tous doivent un témoignage de reconnaissance pour l'accueil affable et le raffinement gastronomique que les médecins étaient assurés de trouver dans ses salons du boulevard Bonne-Nouvelle.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 19 Dimanche 8 MAI 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

Avis..... 399
Propos du jour
Impressions de voyage dans le Sud-Est..... 299
Liste des candidats aux élections législatives favorables au libre choix..... 402
Clinique thérapeutique
Traitement de la pleurésie aiguë..... 403
La semaine médicale.
Rapports anatomiques différents des pneumogastriques dans la région cervicale. — Méningite cérébro-spinale à début foudroyant..... 406
Revue des sociétés savantes.
Diffusion de la tuberculose par les viandes non tuberculeuses. — Nouveau signe pour diagnostiquer les kystes dermoïdes intra-craniens. Carbonate et sous-nitrate de bismuth. — Désinfection du rhino-pharynx dans les maladies contagieuses. — Phlébite syphilitique secondaire. — Maladie de Paget et syphilis..... 407
Formulaire raisonné
Les arséniates. — L'iodure d'arsenic..... 408
Thérapeutique
Diagnostic et traitement de l'infection grippale..... 410
Hygiène publique
La prophylaxie des maladies infecto-contagieuses et la question des « Porteurs de germes. »..... 411
Hydrologie
De quelques points de clinique thermale à Châtel-Guyon..... 414
Chronique de la Prévoyance
Les retraites de la vieillesse médicale..... 415
Chronique de l'assistance professionnelle
Œuvre parisienne de secours immédiat et d'assistance de la famille médicale..... 416
Variétés
Quelques faillites médicales..... 418
Reportage médical..... 419
Nécrologie..... 420

AVIS

Un médecin vient d'être, en appel, débouté de sa demande en paiement d'une radiographie pour accident du travail, sous prétexte que la radiologie n'est pas portée sur le tarif Dubief.

Le « Sou médical », qui a soutenu notre confrère en appel et qui cherche des motifs pour aller en Cassation, demande qu'on lui envoie tous jugements, se rapportant à la question, soit de paiement, soit de refus de paiement pour opérations quelconques non prévues au tarif Dubief.

En plus, le « Sou » demande les jugements par lesquels certains tribunaux ont exigé que soient faites des radiographies pour juger ou expertiser un cas d'accident du travail

Enfin quels sont les confrères qui auraient eu des ennuis et dont la responsabilité professionnelle aurait été mise en jeu pour n'avoir pas fait radiographier un blessé du travail ?

Prière d'envoyer au plus tôt les réponses, 23, rue de Dunkerque, Paris.

LE CONSEIL DU « SOU MÉDICAL ».

PROPOS DU JOUR

Impressions de voyage dans le Sud-Est.

Je viens de rentrer d'un voyage de huit jours, au cours desquels j'ai visité cinq départements, et je ne puis résister au désir de faire savoir quelle excellente impression j'en ai rapportée.

Dans l'Ain, j'ai eu tout d'abord le spectacle réconfortant de voir, à Oyonnax, se continuer de saines traditions : amis et non seulement confrères, j'ai retrouvé des médecins sachant s'entendre, se faire mutuellement des concessions et surtout s'entr'aider. Leur amitié leur dicte leurs règles de déontologie et ils sont heureux, bien qu'ayant des situations modestes, car ils vivent en paix entre eux et savent se prêter un mutuel appui.

A Bourg, syndicat toujours actif, sous l'habile direction du Président, le Dr Passerat, et du secrétaire, le Dr Servas. Ne dit-on pas d'ailleurs que le département de l'Ain, le premier par ordre alphabétique, cherche aussi à rester le premier pour beaucoup de choses ? Les médecins ont sû-

rement ce désir, car l'esprit syndicaliste est bien développé.

A Lyon, j'assistai aux assemblées générales de l'*Ancre médicale*.

Je fus à même de constater, sur les livres, l'état prospère des diverses sociétés : l'*Ancre transports*, sous l'active direction de son président, le Dr Lépine, se recrute de plus en plus ; l'*Ancre responsabilité* qui est, comme on le sait, un auxiliaire précieux du *Sou médical*, prend un essor rapide ; l'*Ancre individuelle*, qui assure les médecins contre les risques de l'accident ou de la maladie, est fort nombreuse.

Je suis donc heureux de dire que cette mutuelle de médecins, faite uniquement pour eux et par eux, offre actuellement toute garantie de sécurité.

Puis, ce fut une réunion constitutive du Comité départemental du Rhône, que j'instituai, au nom du Concours, comme je l'avais fait la veille dans l'Ain.

A Lyon, dit-on souvent, règne un très fort esprit singulariste. Certes, pour dire cela, il faut mal connaître mes compatriotes, les Lyonnais ; ils ont, avant tout, une notion pratique des choses, ils travaillent sans s'arrêter à regarder autour d'eux. Ne l'ont-ils pas prouvé, lorsqu'à la suite de l'admirable Bolliet, ils ont réorganisé leurs services de mutualité ? En assistance professionnelle, c'est la même chose. A Lyon, existent une Association très florissante et une Filiale maladie très prospère.

Aussi suis-je venu leur dire : « Nous, *Concours médical*, nous allons vous aider à recruter pour vos œuvres lyonnaises et nous pourrons nous prêter un mutuel appui. Loin de vous concurrencer avec notre Amicale maladie, nous venons vous assurer de toute votre sympathie. Que nous importe qu'un médecin soit chez vous ou chez nous, pourvu qu'il soit adhérent à l'une ou l'autre de nos œuvres et puisse ainsi faire acte de prévoyance ? »

Le lendemain, j'étais à St-Etienne : réunion intime, banquet offert par les membres syndiqués de la ville. J'eus un grand plaisir à revoir certains camarades de Lyon, et, en particulier, mon premier maître, le Dr Gerest, qui fut mon chef de conférences pour l'externat, puis pour l'internat. C'est pour moi un devoir que de dire publiquement que c'est à lui que je dois, en grande partie, ce que j'ai appris en médecine, car il savait nous faire travailler. Il faut avouer que ces conférences n'avaient rien d'officiel et qu'elles avaient lieu non à la Faculté, mais à l'hôpital.

Au Puy, même réception cordiale par le syndicat de la Haute-Loire.

Au cours de la réunion, eut lieu une séance du conseil de famille. J'eus, une fois de plus, la preuve de l'utilité des explications données entre confrères devant leurs pairs ; réconciliation de quasi-ennemis, oubli des torts réciproques et cordiale poignée de mains ; ces conseils de famille se terminent partout de la même façon. Avis aux amateurs.

A Aix-les-Bains et Chambéry, j'ai reçu pareil accueil. Je puis même dire que je fus agréablement surpris de voir combien le *Concours* est aimé.

Dans ces deux dernières villes, j'ai pu, grâce à notre ami dévoué, le Dr Coze, d'Aix-les-Bains, réunir tous nos confrères et causer avec eux.

Après quoi, je regagnais Paris, fatigué physiquement, mais emportant un réconfort moral et une énergie nouvelle. Oui, mes chers amis, votre accueil chaleureux me prouve que nous faisons œuvre utile lorsque nous cherchons à améliorer la situation du praticien. Croyez bien que nous viserons à toujours mieux faire.

Au cours de ce voyage, j'ai institué cinq *Comités départementaux du Concours médical*.

Suivant les décisions de l'Assemblée générale de novembre, nous groupons, dans chaque département, les confrères qui sont dévoués, actifs, en faveur de la propagande, pour nos œuvres de défense, de prévoyance et de solidarité. Ce faisant, nous continuons les traditions que nous a léguées Cézilly.

Lorsqu'en 1879, fut fondé le Concours médical, société d'études, dont le journal devait être l'organe de vulgarisation, le plan général de Cézilly était d'améliorer la situation du médecin par la défense professionnelle. C'est actuellement le rôle qui est dévolu aux syndicats. Il est donc de notre devoir de continuer à étudier et discuter, par l'intermédiaire de notre journal, toutes les questions professionnelles, pour que les syndicats puissent ensuite en faire l'application. Nous devons donc soutenir les syndicats et surtout les idées syndicalistes. Et c'est pour cette raison que nous cherchons le plus d'abonnés possible, car pour beaucoup, la lecture du *Concours* est le commencement de la sagesse et de la pratique syndicale.

Combien, en effet, ignoreraient les syndicats, combien resteraient étrangers aux choses de la profession, si, par notre journal, nous ne venions leur apprendre qu'il existe des groupements professionnels pour défendre les intérêts collectifs des médecins ?

Aussi, cherchant à devenir le journal de tous, pour tous, nous ouvrons largement nos colonnes à toutes les idées et à toutes les opinions ; de même que nous nous efforçons à ne publier, dans la partie scientifique, que des articles simples, pratiques, pouvant être appliqués par tout praticien, alors que nous nous gardons de ces apologies de virtuosités, qui font connaître au monde savant que seul tel ou tel est capable de mener à bien telle opération délicate.

« De la pratique, et uniquement de la pratique », telle doit être notre devise.

Si le *Concours* fait connaître le syndicat et lui cherche ainsi des recrues, il apprend à beaucoup qu'il existe un *Sou médical*, ligue de défense professionnelle qui, pour 20 fr. par an, donne gratuitement à ses adhérents des consultations juridiques d'avocats compétents, soit à la Cour d'appel, soit à la Cour de cassation, soit au Conseil d'Etat. Le *Sou* intervient aussi, mais en donnant son aide pécuniaire, toutes les fois que la question est d'ordre général ou lorsque le médecin est la victime de la chicane ou de la procédure malhonnête. Enfin les adhérents sont garantis jusqu'à 2000 fr. contre la *responsabilité civile*.

C'est par le *Concours* que les confrères apprennent qu'ils peuvent se prémunir contre la maladie et l'accident en s'affiliant à l'*Amicale* ; de même qu'ils peuvent aussi s'assurer une *pension de retraite*. Mais, nous ne voulons pas borner notre action ou plutôt celle de nos groupements départementaux à ne faire connaître que nos œuvres ; nous voulons que nos Comités soient aussi destinés à répandre toutes les œuvres générales ou locales qui peuvent intéresser le médecin.

Nous devons, par tous les moyens, chercher à développer, chez le confrère, l'idée de prévoyance et de solidarité ; qu'il adhère où il voudra pourvu qu'il soit garanti.

Mais je m'écarte ; me voilà parti à faire une conférence et tel n'est pas mon but. Revenant à mon point de départ, mon voyage, je tiens à redire quels encouragements j'ai rapportés de cette visite auprès de mes confrères. Merci à tous, mes chers amis de l'Ain, du Rhône, de la Loire, de la Haute-Loire et de la Savoie. Vous m'avez accueilli à bras ouverts ; vous avez voulu, en me recevant aussi bien, glorifier le *Concours*. A notre tour de vous dire notre ferme désir de vous être utiles ; nous voulons faire de la bonne besogne, soit par la discussion dans les colonnes du journal, soit par les actions combinées du *Concours*, de l'*Union des Syndicats* et du *Sou* pour que nous puissions obtenir beaucoup pour vous.

Demain s'ouvre une nouvelle législature : nous avons motifs sérieux de croire que notre rôle ne sera pas effacé et que nous pourrons avoir un peu l'oreille du Parlement. Aidez-nous, confrères et amis, et nous ferons de la bonne besogne.

Dr Paul Boudin,
Chef du Service de la propagande
au *Concours médical*.

Notre confrère Boyer me pardonnera, mais je tiens à publier le charmant discours qu'il prononça au banquet du Syndicat du Puy. Au nom du *Concours*, je le remercie encore une fois pour les paroles flatteuses qu'il voulut bien nous adresser.

Cher et distingué confrère,

Si, après le toast éloquent que nous venons d'entendre, je prends à mon tour la parole, ce n'est pas comme président honoraire de notre syndicat, ce n'est pas non plus pour abuser de mon titre peu enviable de doyen d'âge, et risquer de me faire traiter de vieux raseur, c'est comme un des premiers adhérents de notre si bienfaisant, si utile et si actif journal le *Concours médical* dont vous êtes un sympathique et brillant directeur, et c'est aussi parce que j'ai été, comme me l'écrivait, depuis ma retraite, notre si vaillant et si chaleureux confrère Jeanne, un des vétérans de l'âge héroïque du syndicat-modèle de l'arrondissement de Versailles.

Je n'ai pas besoin d'ajouter, après cet exposé, que je suis un fervent syndicaliste, mais ce que je tiens à dire, en vous souhaitant à mon tour la bienvenue, c'est que votre présence parmi nous et les bonnes paroles que vous nous apportez seront, pour ceux qui pensent comme moi, un réconfortant encouragement, pour les sceptiques et les découragés, un quinquina reconstituant qui, s'il ne la guérit pas, atténuera du moins la fièvre de la lutte fratricide entre les descendants d'Hippocrate.

Ici, peut-être plus qu'ailleurs, nous avons besoin que vous nous aidiez de votre zèle, de votre compétence, pour faire un vigoureux appel aux sentiments de confraternité et de concorde. Le climat est rude, le sol est dur, fait de basalte ferrugineuse et de pouzzolane rouge sombre comme un incendie toujours prêt à se rallumer ; ce n'est pas l'aspect uniformément vert ou doré, ni l'opulence tranquille de la plaine. Escaladant le ciel par ses pics rocailleux, descendant presque aux enfers par ses ravins profonds, notre pays, comme vous avez pu en juger, est fort pittoresque, et les médecins qui y sont nés ou qui l'habitent sont un peu comme le paysage, sinon toujours par le pittoresque, au moins par certaines aspérités dans le caractère et une certaine âpreté dans les passions.

Le pic altier toise le vallon du haut de sa grandeur et lui dérobe tout ce qu'il peut de sa part de soleil.

Le vallon s'efforce de se venger en minant sournoisement de son ruisseau la base du pic et cette guerre intestine et sourde cause du mal à tous deux, en faisant rire d'aise les philistins ingrats, jaloux de la supériorité sociale du médecin.

Eh bien ! les syndicats doivent avoir entre autres buts celui d'adoucir la morgue et l'empiètement des pics, d'amortir la jalousie des vallons et de faire du pays médical, en l'élevant par ici, en l'abaissant par là, des côteaux bienveillants et d'amicaux oasis.

En s'unissant, en se faisant de confraternelles concessions, le pic et le vallon, pour avoir des aspérités moins pittoresques, n'en seront que plus fertiles et plus forts pour une action commune.

On a besoin d'être unis pour être forts, on a besoin d'être forts pour bien faire. Une trop pénible lutte pour la vie est souvent mauvaise conseillère, à moins d'être un saint, un héros. Ce n'est pas quand on est aigri par la défaite qu'on est le plus porté à remplir les généreuses obligations de la déontologie et de la profession.

Les arrivistes d'aujourd'hui sont enclins à traiter de « barbants » les vieux qui ne veulent pas renoncer à croire et à prêcher que la médecine est un sacerdoce, eh bien ! j'aime à penser que cette ostentation paradoxale de scepticisme sera une mode aussi éphémère que celle des chapeaux gigantesquement voyants d'aujourd'hui, et que, de même qu'à une jolie femme décoiffée par le vent, il reste sa beauté, de même aussi, quand un souffle déontologique aura décoiffé les sceptiques de leur voyant paradoxe, s'il leur manque des cheveux, il leur restera encore la tonsure du sacerdoce.

Union, force et bonté, tels sont les trois mots que le si bienfaisant et si utile journal que vous avez l'honneur de représenter dignement, mon cher confrère, a semés sur le terrain médical. La semence a germé, grandi, fleuri, et sans parler de ses autres produits, a donné une abondante moisson de réconfortants syndicats.

En vous remerciant d'avoir honoré notre Assemblée générale et notre banquet de votre encourageante présence, je lève mon verre pour arroser de champagne notre jeune et frêle arbre syndical, afin qu'il grandisse et prospère en terre vellane, afin qu'il calme et rafraîchisse de son ombre pacifique les aspérités et les âpretés de notre paysage médical.

Les Elections législatives et la campagne syndicale en faveur du libre choix.

Liste des Candidats dont les engagements en faveur du libre choix du médecin par le malade nous ont été adressés à temps pour être publiés dans ce numéro.

Candidats élus au 1er tour de scrutin ayant accepté le libre choix

PARIS et SEINE (par ordre de circonscriptions).

MM. Maurice Barrès (*Ier arr.*), amiral Bienaimé (*IIe Arr.*), Spronck (*VIIe Arr.*), Georges Berry, Escudier (*IXe Arr.*), Leboucq (*XIIIe Arr.*), Steeg (*XIVe Arr.*), Lucien Millevoye (*XVIe Arr.*), Puglicsi-Conti (*XVIIe Arr.*), Marcel Sembat, Bussat (*XVIIIe Arr.*), Wilm, Voilin (*Saint-Denis*), J. Coutant (*Sceaux*).

DÉPARTEMENTS.

MM. Goujon (**Ain**), — M. Alfred Douadei (**Alpes-Maritimes**). — Dr Doisy (**Ardennes**). — J.-L. Breton (**Cher**). — R. David, de la Batut, Dr Sireyjol (**Dordogne**). — Dr Samalens, Thierry-Cazes (**Gers**). — Dr Laurent (**Loire**). — Boutaud (**Haute-Loire**). — Guist'hau, de Dion, Ginoux-Defermon, de Montaigu (**Loire-Inférieure**). — Alasseur (**Loiret**). — Haguenin (**Marne**). — Dutreil, de Hercé, Chaulin-Servinière, de Villebois-Mareuil (**Mayenne**). — Roblin (**Nièvre**). — Dumont, Henri Cochin (**Nord**). — Basly, Lamendin (**Pas-de-Calais**). — E. Brousse (**Pyrénées-Orientales**). — Laroche (**Sarthe**). — Damelier, Rougier (**Deux-Sèvres**).

Scrutin de Ballottage du 8 mai 1910.

Candidats ayant accepté de défendre le LIBRE CHOIX à la Chambre.

PARIS.

Ve *Arrondissement* : 1re **Cir.**, MM. Auffray, ancien député, Painlevé, Poli, Tiilié.

2e **Cir.**, MM. Desplas, député sortant, de Moro-Giafferi, Charles Gras, ancien député.

VIe *Arrondissement* : MM. Ch. Benoist, député sortant, Prache, député sortant.

Xe *Arrondissement* : 1re **Cir.**, MM. Groussier, Jacquelin.

2e **Cir.**, MM. Tournade, député sortant, Charpentier, Brau, Marcel Picard.

XIe *Arrondissement* : 1re **Cir.**, M. Gautier-Rougeville.

2e **Cir.**, MM. Albert Garnier, Edouard Ignace.

3e **Cir.**, MM. Offenstadt-Villefranche, Chevaux.

XIIe *Arrondissement* : 2e **Cir.**, MM. Dr Paulin, Méry, ancien député, Buisson, député sortant.

XIIIe *Arrondissement* : 1re **Cir.**, Dr Musy.

2e **Cir.**, MM. Le Foyer, député sortant, Colly, conseiller municipal, Pantz, Orry.

XIVe *Arrondissement* : 1re **Cir.**, MM. Dupourqué, du Ruskam.

XVe *Arrondissement* : 1re **Cir.**, MM. Aubriot, Chautard, député sortant.

2e **Cir.**, MM. Chérioux, conseiller municipal d'Aramon, Chauvière, député sortant.

XVIIe *Arrondissement* ; 2e **Circ.**, M. Joseph Ménard, conseiller municipal.

3e **Circ.**, MM. Ernest Roche, ancien député, Wéry.

XVIIIe *Arrondissement* : 2e **Circ.**, MM. Rouanet, député sortant, Charles Bernard, ancien député, Montillot.

SEINE.

SAINT-DENIS : 1re **Circ.**, M. Trousselle.

3e **Circ.**, MM. Meslier, député sortant, Bokanowski, Gautherot, Oudinot.

5e **Circ.**, MM. Hector Depasse, député sortant, Melgrani.

6e **Circ.**, MM. Louis Dubois, Féron, député sortant.

SCEAUX : 1re **Circ.**, M. Deloncle, député sortant. Hémard, ancien député.

2e **Circ.**, M. Dr Dircksen.

3e **Circ.**, MM. Chenal, député sortant, Fraenzel.

DÉPARTEMENTS

AIN : **Belley** : Dr Héritier, député sortant. — **Nantua** : M. René Nicod. Dr Boccard.

ALLIER : 1re **Circ.**, **de Moulins** : MM. Mill, député sortant, Barbier, Galland. — **La Palisse** : M. Paul Vexenat. — **Gannat** : M. Ch. Péronnet, député sortant. — 2e **Circ.**, **de Montluçon** : MM. Paul Constans, député sortant, Lamoureux, conseiller général.

ALPES-MARITIMES : **Cannes** : Dr Hagen, amiral Fieron, Lieutaud Etienne, Gillette Arimaudy.

HAUTES-ALPES : **Gap** : MM. Euzière, député sortant, Antiq. — **Embrun** : MM. Fourrat, André Constans.

BOUCHES-DU-RHONE : **Marseille** : 1re **Circ.**, MM. Carnaud, député sortant, Chanot, ancien maire, Duverger. — 4e **Circ.**, MM. Brion, Louis Roux. — 5e **Circ.**, M. Carlier, député sortant. — 6e **Circ**, M. Vidal, adjoint au maire.

CHARENTE-INFÉRIEURE : **Rochefort** : MM. le Dr de Lanessan, ancien ministre, Pouzet.

CHER : 1re **Circ.**, **de Bourges** : MM. Debaune député sortant, Commenje, adjoint au Maire, Laudier. — 1re **Circ.**, **de Saint-Amand** : MM. Bonnerot, Dumas. — 2e **Circ.**, **de Saint-Amand** : MM. Thomas, Gaulmier, Demerson, Mauger. — **Circ.**

de Sancerre : MM. Dr Ravier, député sortant. Henry Maret, ancien député.

DORDOGNE : **Ribérac** : Dr Nemours, Eymery, conseiller général.

DROME : 1re **Circ.**, **de Valence** : MM. Louis Dumont, député sortant, Bruyère.— 2e **Circ.**, M. Gazet.— **Montélimar** : M. Puissant.— **Die** : M. Maurice Long.

EURE : **Bernay** : M. Fouquet.

FINISTÈRE : 2e **Circ.**, **de Châteaulin** : Dr Dubuisson, député sortant.

HAUTE-GARONNE : **Toulouse** : 1re **Circ.** : MM. A. Bedouce, P. Deffus et Sarraute. — 2e **Circ.** : MM. Couderc, Ellen, Prévot.

GARD : **Alais**, 1re **Circ.** : M. Cachin.— 2e **Circ.** : M. de Ramel.

GERS : **Lombez** : Marquis de Pins, député sortant.— **Condom** : MM. Dr Masclanis, Dufrèche.

HÉRAULT : **Montpellier** ; M. Pierre Leroy-Beaulieu, député sortant.

ISÈRE : 1re **Circ.**, **de Vienne** : M. Joseph Brenier.

LOIRE : 1re **Circ.**, **de Montbrison** : M. Chialvo.

LOIRET : **Montargis** : MM. Dr Vazelle, député sortant, Prosper Germain, René Weill.

MARNE : 2e **Circ. de Reims** : MM. Lenoir. député sortant, Paul Razous.

NIÈVRE : 1re **Circ. de Nevers** : M. Marcenet.

NORD : **Lille** : 1re **Circ.**, MM. Saint-Venant, conseiller général, Spriet. — 2e **Circ.** : M. Dambrine. — 3e **Circ.**, M. Duburcq.

PUY-DE-DOME : **Issoire** : M. Pithon.

PYRÉNÉES-ORIENTALES : 1re **Circ. de Perpignan** : MM. Bartissol, député sortant, Manant, Deslinières, Bertran. — 2e **Circ. de Perpignan** : MM. Chauvet. Thomas, Rameil.— **Céret** : Dr Pujade, député sortant.

SEINE ET-OISE : 2e **Circ. de Pontoise** : M. Leredu.

SOMME : **Abbeville** : M, des Lyons, député sortant.

SAONE ET-LOIRE : **Louhans** : M. Henri Maître.

TARN : 1re **Circ. de Castres** : M. Clermont-Guiraud. — **Lavaur** : M. de Belcastel : député sortant. (Le Dr Guiraud s'est déclaré *absolument hostile*-à la liberté de confiance).

Cas de force majeure. — Un médecin de Montélimar, appelé à quinze kilomètres de là auprès d'un malade en danger de mort, monta en automobile et se rendit auprès de son client, sans se préoccuper des règlements relatifs à la vitesse.

Un gendarme passait, qui dresse procès-verbal et voilà notre confrère devant le tribunal de simple police de Marsanne (Drôme), qui l'a acquitté par un jugement admettant le cas de force majeure.

Ce jugement fera-t-il jurisprudence ?

S'il en est ainsi, le médecin poursuivi devra-t-il, à l'avenir, faire la preuve de son allégation au sujet du cas d'urgence et que deviendra, dans ces conditions, le secret professionnel ?

Toutes les fois, d'autre part, qu'il se laissera condamner sans alléguer le cas de force majeure, on pourra conclure que son malade est de ceux au sujet desquels on doit se taire.

(*Progrès Médical.*)

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hopital Beaujon : M. le Professeur Albert Robin.

Traitement de la pleurésie aiguë.

Je vous parlerai aujourd'hui du traitement d'une maladie banale, la pleurésie aiguë, dont nous avons actuellement plusieurs cas dans le service.

Notre premier malade est un mécanicien de 20 ans. Il fut pris brusquement, huit jours avant son admission, à la suite d'un excès de travail suivi d'un coup de froid, d'une série de frissons et d'un violent point de côté. Puis, la fièvre s'alluma et en quelques heures, à ce tableau vint s'ajouter une dyspnée extrêmement vive. Entré le huitième jour de son affection, nous avons constaté, à ce moment, en avant et en arrière de la poitrine, du côté gauche, une matité absolue et totale. L'espace de Traube était mat. A l'auscultation, on constatait l'absence de murmure vésiculaire, un souffle au niveau du hile, de la pectoriloquie aphone manifeste. Le cœur était refoulé et battait à droite. En même temps, on notait une dyspnée violente, près de 40 respirations par minute, qui s'exagérait par le moindre mouvement. Outre cela, un facies pâle, avec coloration un peu cyanosée des pommettes. La fièvre s'élevait seulement à 38°. Le diagnostic était simple : il s'agissait d'une pleurésie gauche, à grand épanchement, refoulant le cœur.

Ce diagnostic eût été incomplet si nous n'avions pas cherché la nature de la pleurésie. La question de la nature des pleurésies aiguës a été très discutée. On admet par principe que toute pleurésie est tuberculeuse. Eh bien ! je n'hésite pas à considérer cette opinion classique comme exagérée. Certes, un grand nombre de pleurésies aiguës sont bacillaires. Quand elles se développent avec des signes de bacillose, chez des sujets suspects, entachés d'hérédité, chez des individus qui ont eu une atteinte tuberculeuse quelconque, chez des tousseurs, vous pouvez dire que la pleurésie est tuberculeuse. Mais, ces pleurésies-là ont une allure spéciale. Le début, brusque ou non, est suivi d'une période où la température s'élève beaucoup plus que dans la pleurésie ordinaire. La pleurésie guérie, vous voyez de nouvelles poussées thermiques se produire.

Les auteurs qui ont soutenu la notion des pleurésies toujours tuberculeuses ont apporté des arguments à l'appui de leur opinion. Ils ont dit : dans toute pleurésie suivie de mort, on a constamment trouvé, à l'autopsie, des lésions tuberculeuses. En second lieu, la plupart des sujets ayant eu une pleurésie soi-disant *a frigore* deviennent tuberculeux ; s'ils ne le deviennent pas tous, c'est que la pleurésie a une tendance ma-

nifeste vers la guérison. On a dit encore : quand on inocule du liquide pleurétique à un cobaye, celui-ci devient bacillaire. Enfin, la réaction à la tuberculine est, chez ces malades, positive.

A ces arguments, je vais répondre en interrogeant la clinique. J'ai eu l'occasion de suivre un assez grand nombre de pleurétiques. Un sur six seulement a versé dans la tuberculose. Donc, 84 % des pleurésies ne sont pas cliniquement tuberculeuses. L'inoculation, qui soi-disant est toujours suivie de résultat positif, n'est réellement tuberculisante que dans 40 % des cas, et encore faut-il injecter beaucoup de liquide. D'autre part, les statistiques relatives aux cultures du liquide, au cyto-diagnostic et au séro-diagnostic sont négatives pour le plus grand nombre. Enfin, autre raison : les vétérinaires ont constaté l'existence nette de pleurésies *a frigore* chez les moutons et les chevaux. Deux lots de chevaux de remonte, les uns tondus, les autres pas, se trouvent exposés au froid. Les chevaux tondus deviennent pleurétiques dans une proportion importante. Si l'on objecte que le froid a été simplement le metteur en train, je répondrai que les autopsies ne démontrèrent pas la tuberculose chez ces animaux.

Voilà une série d'arguments à opposer à ceux qui soutiennent que la pleurésie est constamment tuberculeuse. Admettre cette doctrine conduit à des conséquences graves. En voici un exemple : une jeune fille, sur le point de se marier, contracte une pleurésie. Son médecin, s'appuyant sur l'opinion courante de la pleurésie toujours tuberculeuse, déclare qu'il faut surseoir au mariage. Quinze ans se passent. Cette personne est demeurée en parfaite santé, mais elle a manqué son mariage et sa vie.

Il doit rester de cette discussion ceci : il y a des pleurésies tuberculeuses indiscutables ou très probables. Vous avez à prendre envers elles des précautions particulières. Pour les autres, soyez moins rigoureux ; la cure d'air et de repos pendant la convalescence, l'éloignement de personnes susceptibles d'être contagionnantes seront des mesures suffisantes à instituer.

Cela dit, revenons à notre malade et au traitement à lui appliquer. La thoracentèse, autrefois surtout, s'est imposée au praticien. A la vérité, ce procédé, excellent sans doute, présente ses indications. Il est des cas où il est indispensable, d'autres où il est discutable, d'autres où il est inutile. Il est indispensable dans les cas analogues à celui de notre malade, quand l'épanchement est abondant, dépasse 1 litre 1/2 ou 2 litres. Lorsque la pleurésie siège à gauche et refoule le cœur, même s'il n'y a pas de dyspnée, vous ne devez pas hésiter à pratiquer la thoracentèse. Je dis : même quand il n'y a pas dyspnée. J'ai souvenir d'un malade qui, sans dyspnée aucune, mais avec un grand épanchement a succombé rapidement, subitement presque, à sa pleurésie. A plus forte raison, s'il y a dyspnée, l'intervention s'impose-t-elle.

Comment faire la thoracentèse ? Généralement, on la pratique dans le sixième espace intercostal. Je conseille plutôt le 7e et même le 8e. Vous lirez dans les livres classiques qu'il faut ponctionner sur la ligne axillaire ; j'ai toujours préféré ponctionner un peu en arrière de cette ligne. Quelle quantité de liquide retirer ? Les classiques recommandent de ne pas enlever trop de liquide à la fois, pas au-delà d'un litre. J'estime que l'on peut extraire tout l'épanchement s'il ne survient pas d'accident. Les accidents en question sont : la syncope, l'expectoration albumineuse et l'œdème aigu du poumon. Ils tiennent à la décompression trop brusque du poumon et sont dus à ce que l'opération n'est pas faite assez lentement. Aspirez donc avec beaucoup de lenteur. J'ai pratiqué des centaines et des centaines de thoracentèses sans ennuis sérieux. Néanmoins, ayez quelque prudence. Pendant que vous videz la plèvre, vous devez suspendre l'opération s'il survient l'un quelconque des incidents que je vais énumérer. En premier lieu, la toux persistante. Le malade tousse, vous arrêtez ; la toux cesse, vous reprenez ; la toux reprend aussitôt, cessez l'aspiration. En second lieu, la sensation de douleur, de pesanteur, de déchirement ; arrêtez l'opération. Arrêtez aussi quand le malade éprouve une accélération respiratoire, pâlit subitement ou se couvre de sueurs. Suspendez alors immédiatement, sans essayer de reprendre.

On a proposé depuis quelque temps d'injecter de l'air stérilisé dans la plèvre après la thoracentèse. J'avoue que je n'en vois pas bien l'utilité.

Chez notre malade, nous avons retiré un litre de liquide et le lendemain nous avons commencé le traitement médical. En quoi consiste ce traitement médical des pleurésies, avec ou sans thoracentèse ?

Instituez d'abord le régime lacté absolu, 2 litres de lait par jour. Le lait a l'avantage de ne pas introduire de toxines dans l'organisme et d'entretenir la diurèse.

Savez-vous à quoi a conduit la notion de la nature toujours tuberculeuse de la pleurésie ? A traiter les pleurétiques comme des tuberculeux. J'ai vu nourrir des pleurétiques avec 100 grammes de viande crue. Il en résulta la fermeture du rein et une série d'accidents que le régime lacté fit disparaître.

Donc, la première chose à faire est de conseiller le régime lacté. La deuxième est d'ordonner le calomel à dose à la fois purgative et diurétique :

Calomel ..... 0 gr. 40

Diviser en 4 paquets, à prendre à une heure d'intervalle.

Trois heures après, vous avez des garde-robes, au nombre de 2 ou 3, avec tendance à la diurèse. Le calomel doit être renouvelé si le malade présente de la constipation.

Le lendemain (3e jour), donnez du salicylate de soude, 2 grammes en cachets de 0 gr. 50, un toutes les 6 heures. C'est un cholagogue, un éliminateur, un analgésique, ayant en plus une affinité spéciale pour la plèvre.

J'ai employé jadis un médicament,le jaborandi, à la dose de 4 gr. en infusion. Il provoque une sudation et une salivation intenses. J'ai vu des malades rejeter un litre de salive en un quart d'heure. C'est un admirable médicament, mais qui a un gros danger : il agit sur le cœur et provoque une asystolie thérapeutique : le pouls devient dépressible et le cœur a des faux pas. Ne le prescrivez jamais dans la pleurésie gauche. Dans la pleurésie droite, vous pourrez le donner dans certains cas exceptionnels, lorsqu'il y a dyspnée intense, épanchement considérable, si le cœur est sain. Je vous indique cette médication plutôt pour mémoire, car elle offre des dangers très grands, quand on n'est pas sûr de l'intégrité du cœur.

Vers le 6e ou 7e jour, lorsque la température commence à diminuer, l'épanchement restant stationnaire, ayez recours au vésicatoire. Appliquez un grand vésicatoire. Je vais, là encore, à l'encontre des idées modernes. On reproche au vésicatoire plusieurs choses : de déprimer le système nerveux, de congestionner le rein, d'irriter la vessie, de provoquer la fièvre et d'exposer aux complications des plaies. Je répondrai que le vésicatoire excite la phagocytose, qu'il augmente la ventilation pulmonaire et accroît de 50 % la quantité d'oxygène consommée. Il a non seulement une action mécanique, de révulsion, mais aussi une action dynamique. Il diminue la dyspnée.En outre,loin de déprimer le système nerveux, il le stimule ; loin de diminuer la diurèse, il l'augmente. Toutefois, il faut savoir l'appliquer.

Vous mettrez un vésicatoire de grandes dimensions, de 10 centim. sur 12. Vous aurez soin qu'il soit fraîchement préparé, et vous demanderez qu'il soit fortement camphré. Ne l'appliquez pas en arrière, dans le dos, où il gênerait le malade pour dormir et serait difficile à panser. Il gênerait également à cette région, si vous étiez obligés dans la suite de pratiquer une ponction. Lavez donc la peau, posez le vésicatoire et laissez-le en place dix heures.Au bout de dix heures, soulevez-le ; si, au-dessous, la peau est intacte, reposez-le, et attendez. Si la peau est rouge, avec ou sans phlyctènes, décollez-le vésicatoire, et remplacez-le par un cataplasme d'amidon assez chaud. Au bout d'une heure, l'ampoule est formée. On enlève le cataplasme, on nettoie la poche, on l'ouvre et l'on panse à la vaseline boriquée.

Y a-t-il des contre-indications au vésicatoire ? Vous ne l'emploierez pas chez les personnes ayant de l'irritabilité de la peau ; vous vous en abstiendrez chez les brightiques, les prostatiques, les malades atteints de cystite. S'il y a simplement des traces d'albumine dans l'urine, d'albuminurie fébrile, vous pouvez vous servir sans crainte du vésicatoire.

Au cours d'une pleurésie, peuvent survenir des prédominances symptomatiques qui imposent une thérapeutique particulière. Le point de côté, d'abord, dont les malades demandent instamment à être débarrassés. Bien souvent, quand je découvre la poitrine de malades atteints de pleurésie, je vois des traces de ventouses scarifiées. Sachez qu'elles ne servent à rien, en l'espèce, si ce n'est peut-être comme porte d'entrée des germes microbiens. Vous supprimerez le point de côté avec une injection d'un centigramme de morphine. Vous pourrez la faire sans crainte, à condition qu'il n'y ait pas une albuminurie notable. Si le point de côté s'accompagne d'une forte dyspnée, il vaut mieux injecter 5 milligrammes d'héroïne, ce qui calme les deux symptômes.

Certains malades ont une fièvre intense, persistante, dépassant 39°. Il est, alors, un excellent moyen dont je vous ai parlé bien souvent, qui réussit presque toujours : c'est l'association du pyramidon et du bichlorhydrate de quinine. Voici, par exemple, un patient qui a pendant quelques jours 40°, au-dessus même. Prescrivez, en cachets, 0 gr. 30 de pyramidon suivi au bout de dix minutes d'une dose de 40, 50, 60 centigr. de *bichlorhydrate de quinine. Faites prendre*, après chaque cachet et ensuite, plusieurs tasses d'infusion chaude de sureau ou de bourrache.Le malade sera pris de sueurs profuses. On voit, à ce moment, la température tomber et l'épanchement diminuer.

Vous savez que, du fait de l'épanchement, la quantité d'urine s'abaisse, Si, malgré le régime, elle descend au-dessous d'un litre, donnez la potion de Millard :

Acétate de potasse.....	2 gr.
Azotate de potasse.....	2 gr.
Oxymel scillitique.....	30 gr.
Infusion de feuilles de genêt.....	120 gr.

une cuillerée toutes les heures.

Voilà maintenant votre malade convalescent. Dans toute pleurésie, la résorption ne se fait pas sans qu'il reste des fausses membranes, d'où la nécessité d'un traitement consécutif. Il consiste dans l'emploi de l'arséniate de soude et de l'iodure de potassium :

Arséniate de soude.....	0 gr. 05
K I.....	5 gr.
Eau.....	300 gr.

Cette solution renferme 2 milligr. 1/2 d'arsé-

niate de soude et 0 gr. 25 d'iodure par cuillerée. En donner une cuillerée à soupe.

Toutes les fois où vous soupçonnez la tuberculose, instituez une médication appropriée, cure d'air, viande crue, huile de foie de morue.

Si, après le traitement, il persiste encore quelque chose du côté de la plèvre, recommandez la gymnastique respiratoire. Cette gymnastique est tout ce qu'il y a de plus simple. Lorsque le malade fait coup sur coup 3 ou 4 inspirations assez fortes par le nez, on voit le côté sain s'élargir plus que le côté de la pleurésie. Eh bien ! appliquez la main sur la partie supérieure et inférieure du thorax, côté sain, et dites au patient de faire un effort respiratoire, renouvelé 4, 5, 6 fois. Il peut répéter lui-même cette manœuvre plusieurs fois dans la journée. Y joindre un massage très doux pour tonifier les muscles intercostaux.

Dans le cas où, malgré tout, il resterait des résidus pleurétiques, vous conseilleriez une cure thermale, à Cauterets, à Allevard, ou au Mont-Dore s'il y a une toux sèche, quinteuse, se produisant au passage du froid au chaud.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Rapports anatomiques différents des pneumogastriques dans la région cervicale.

Dans une récente thèse, M. le Dr A. COCHET, de Paris, a rapporté les résultats de ses patientes recherches sur les rapports anatomiques des deux nerfs pneumogastriques dans la région cervicale. Voici ses intéressantes conclusions :

Le nerf pneumogastrique est généralement considéré comme situé dans l'angle dièdre postérieur formé par l'adossement de la veine jugulaire interne en dehors et de l'artère carotide primitive en dedans.

Or, ce nerf peut occuper par rapport à l'artère des positions variables.

Dans 50 pour 100 des cas environ, le pneumogastrique du côté gauche est situé, au moins dans une partie de son trajet cervical, en avant d'un plan frontal passant par l'axe de la carotide. A droite, la même disposition peut s'observer, mais dans une proportion infiniment moindre.

Le nerf vague, lorsqu'il est antérieur à la carotide, décrit généralement, sur la face antéro-externe de ce vaisseau, une courbure à concavité postérieure, dont la partie la plus convexe est souvent adhérente au lobe thyroïdien correspondant.

La connaissance d'une semblable disposition nous paraît avoir une grande importance au point de vue des opérations qui se pratiquent sur la région cervicale. Cette disposition semble pouvoir expliquer un certain nombre des phénomènes que l'on observe au cours des affections du corps thyroïde.

Méningite cérébro-spinale à début foudroyant.

D'après M. le Dr DALMENESCHE (thèse de Paris 1910), la méningite cérébro-spinale aiguë éclate parfois de façon foudroyante, sous forme de grands accidents nerveux, qui masquent ou qui précèdent le syndrome méningé classique.

Ces cas doivent être nettement séparés de ceux dans lesquels la maladie débute par sa symptomatologie habituelle, mais affecte une évolution suraiguë, galopante, aboutissant rapidement à la mort (formes dites foudroyantes de la méningite cérébro-spinale). Trois modes de début foudroyant peuvent s'observer : le début convulsif, épileptiforme ; le début délirant ; le début comateux d'emblée.

Tantôt, ces accidents inopinés sont réellement initiaux et traduisent l'invasion de l'inflammation méningée.

Tantôt, ils ne sont initiaux qu'en apparence et éclatent après une phase latente, après une période plus ou moins longue de troubles prémonitoires vagues.

La brusque apparition des convulsions, du délire ou du coma est probablement liée à une bouffée congestive au niveau des méninges de la convexité du cerveau.

« L'évolution de la méningite lorsqu'elle se démasque de cette façon est généralement rapide ; mais la terminaison n'en est pas nécessairement fatale. Le pronostic semble même être le plus souvent favorable à la suite du début épileptiforme, chez l'adulte du moins. Par contre, le début comateux d'emblée paraît comporter un pronostic très grave.

« La connaissance de ce début foudroyant éventuel de la méningite cérébro-spinale est importante au point de vue médico-légal.

« La notion d'épidémicité, la constatation de la fièvre et de quelques symptômes méningés ébauchés, feront parfois soupçonner la nature exacte des accidents. Mais souvent la clinique restera hésitante en présence de ce mode de début insolite et déconcertant.

« Or, un diagnostic précoce est de la première importance, non seulement au point de vue de la prophylaxie de la maladie, mais encore au point de vue de son traitement.

« La ponction lombaire permettra de dépister et d'affirmer l'existence de la réaction méningée. Elle donnera, le plus souvent, un liquide céphalo-rachidien franchement trouble avec polynucléose. Mais il faut savoir qu'elle peut fournir, lorsqu'elle est pratiquée dans les toutes premières heures, un liquide clair ou à peine opalescent, dont la formule leucocytaire peut être mixte ou même à peu près purement lymphocytaire. Habituellement, elle révèle la présence de microbes (en particulier du diplocoque de Wechselbaum), mais les micro-organismes peuvent manquer.

« Dans l'état actuel de nos connaissances et de nos moyens d'action thérapeutique, l'injec-

tion intra-rachidienne de sérum anti-méningococcique semble devoir être tentée d'emblée, sans attendre les résultats du laboratoire, dans tous les cas où la ponction lombaire révélera une réaction méningée macroscopiquement reconnaissable (hypertension, opalescence plus ou moins légère du liquide, petits flocons fibrineux, présence d'albumine) et même dans ceux où il y a seulement doute. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Diffusion de la tuberculose par les viandes non tuberculeuses. — Kystes dermoïdes intra-craniens : un nouveau signe pour les diagnostiquer. — Carbonate et sous-nitrate de bismuth. — Désinfection du rhino-pharynx dans les maladies contagieuses. — Phlébite syphilitique secondaire. — Maladie de Paget et syphilis.

MM. Linossier et Lemoine signalent à l'*Académie de médecine* les dangers que peut présenter la *contamination des viandes non tuberculeuses dans les abattoirs*.

Ces auteurs ont pris, dans diverses boucheries, des viandes non tuberculeuses et ils ont inoculé à des cobayes des macérations faites avec les parties superficielles et des macérations faites avec les parties centrales desdites viandes. Les cobayes inoculés avec les premiers extraits sont devenus tuberculeux ; les cobayes inoculés avec les seconds extraits sont restés sains ou ont succombé à des lésions non-bacillaires.

M. Linossier et Lemoine concluent qu'il existe souvent une contamination superficielle de la viande dans les boucheries de Paris. Cette contamination a lieu très probablement à l'abattoir, au cours du dépeçage des animaux, au contact direct des organes rejetés comme tuberculeux, ou par l'intermédiaire des mains, des couteaux des bouchers, des tables, du sol, etc. Le fait que la contamination est superficielle permet d'espérer (et les expériences le prouvent) que la cuisson, même légère, en supprimera les effets. Mais le danger est réel pour qui fait usage de la viande crue. Il y a en outre à craindre que les bacilles tuberculeux déposés sur la viande à l'abattoir ne soient transportés par les manipulations de la cuisine sur d'autres aliments destinés à être mangés crus. Aussi serait-il à souhaiter que des mesures soient prises dans les abattoirs pour éviter tout contact entre les viandes saines et les viandes tuberculeuses.

— M. Lannelongue indique à l'*Académie de médecine* un nouveau *signe diagnostique des kystes dermoïdes intra-craniens*.

Les kystes dermoïdes intra-craniens sont très rares. L'existence d'une adhérence de la peau avec le crâne est un bon signe caractéristique de ces kystes. Bien entendu, il faut qu'aucune raison spéciale n'explique l'adhérence : cicatrice de plaie, altération du squelette, difformités congénitales. Il faut également que le diagnostic de tumeur cérébelleuse ait été déjà affirmé ou considéré comme très probable.

Pour déceler l'adhérence, on aura soin de faire couper les cheveux du sujet. On explorera méthodiquement le cuir chevelu en le déplaçant par glissement sur les os, dans tous les sens, sur la ligne médiane d'abord, sur les parties latérales ensuite.

— MM. Lion et Tulasne présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur le *carbonate et le sous-nitrate de bismuth* appliqués au traitement des gastropathies.

On emploie actuellement, dans le traitement de certaines affections de l'estomac, de hautes doses de sels de bismuth, qui peuvent quelquefois ne pas être sans inconvénients.

Pour obvier aux dangers de l'intoxication par les nitrites, qui a été observée dans quelques cas, à la suite de l'administration du sous-nitrate de bismuth à doses élevées, on a proposé, disent MM. Lion et Tulasne, de lui substituer le carbonate de bismuth.

Eh bien, diverses expériences ont montré à ces auteurs que le carbonate de bismuth, soluble dans l'estomac, pénètre dans l'organisme et crée des conditions favorables à une intoxication non plus, cette fois, par les nitrites, mais par le métal lui-même. Le carbonate de bismuth mis en présence de sucs gastriques plus ou moins riches en acide chlorhydrique donne naissance à du chlorure de bismuth soluble. Chez les malades soumis aux pansements gastriques au carbonate de bismuth, on trouve une quantité notable de bismuth dans les urines. L'intoxication par le métal semble donc à redouter, en pareil cas.

De semblables dangers n'existent pas avec le sous-nitrate de bismuth. A la suite de son administration, le métal ne passe pas ou ne passe qu'en quantité tout à fait insignifiante dans les urines. Quant à l'intoxication par les nitrites, elle ne paraît guère à redouter lorsque le médicament est prescrit à la dose de 20 à 25 grammes, en tenant compte d'une contre-indication à son emploi : l'existence d'un obstacle au cours des matières dans l'intestin. Pour éviter d'ailleurs toute possibilité d'accident, MM. Lion et Tulasne proposent de faire usage du *nitrate de bismuth polybasique* ne contenant pas plus de 7 gr. 50 d'acide azotique pour 100. On le prépare en faisant subir au sous-nitrate ordinaire une série de lavages à l'eau distillée. Il permet d'abandonner toute crainte d'intoxication par les nitrites.

— M. Vincent fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur l'importance de la *désinfection du rhino-pharynx dans la prophylaxie* de la méningite cérébro-spinale et d'autres maladies infectieuses.

Il rappelle en quoi consiste le procédé qu'il a préconisé (inhalations par le nez d'un mélange composé de : iode, 12 gr. ; gaïacol, 2 gr. ; acide

thymique, 0 gr. 25 ; alcool à 60°, 200 gr. ; plus 6 gr. d'iodure de potassium pour rendre la préparation claire — gargarismes à l'eau oxygénée diluée au dixième, etc.). Cette méthode qui a fait ses preuves dans la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale pourrait s'appliquer utilement à la prophylaxie d'un certain nombre d'autres maladies infectieuses à porte d'entrée ou à détermination rhino-pharyngée et buccale : diphtérie, rougeole, scarlatine, oreillons, coqueluche, etc.

—MM. Georges Thibierge et Paul Ravaut rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas intéressant de *phlébite syphilitique secondaire*.

La localisation veineuse de la syphilis dans sa période secondaire, disent-ils, est un fait aujourd'hui établi, bien que très insuffisamment vulgarisé. Des observations déjà nombreuses ont montré ses caractéristiques : début au cours des premiers accidents de la syphilis, siège sur les veines superficielles des membres et le plus souvent de plusieurs membres, phénomènes réactionnels peu prononcés, absence constante d'embolies, résolution lente.

Chez leur malade, atteint de phlébites multiples superficielles des membres, au cours d'une syphilis récente, les auteurs ont pu déceler la présence du spirochète au niveau de la tunique interne de la veine et, par l'inoculation du produit de raclage de cette tunique, ils ont reproduit chez le singe une syphilis expérimentale typique. Ils concluent de cette démonstration que la phlébite précoce du syphilitique est fonction du spirochète de Schaudinn et Hoffman.

—M. Georges Thibierge communique à la *Société médicale des hôpitaux* l'observation d'un malade atteint d'ostéite déformante de Paget, chez lequel aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise n'a pu être décelé. La réaction de Wasserman était négative. L'origine syphilitique de cette maladie a été soutenue par M. Lannelongue et par M. Fournier. Le fait négatif de M. Thibierge bat en brèche cette opinion, ce qui n'est pas sans intérêt pour le traitement.

P. L.

La Faculté et l'homosexualité. — On lit dans *Le Temps* (17 avril) : Il y a dix-huit mois, la Faculté de médecine recevait un don d'une vingtaine de mille francs à l'effet de récompenser certains travaux sur l'homosexualité. Les mémoires devaient démontrer que cet instinct dévié constitue une maladie et fait cruellement souffrir ceux qui en sont affligés. La Faculté acceptait le legs et les clauses.

Le Conseil d'Etat vient de décider que le legs ne pouvait être accepté.

Cette pudibonderie des hautes sphères administratives, s'exerçant aux dépens de la science qui, prise en elle-même, ne saurait jamais être contraire aux bonnes mœurs, quelque sujet qu'elle aborde, a quelque chose d'amèrement réjouissant. Il faut se hâter de la noter dans un temps où la licence et l'immoralité s'étalent partout avec une telle impudence qu'on se demande avec anxiété s'il sera jamais possible de les refréner.

FORMULAIRE RAISONNÉ

L'arsenic,

Par le Dr André Lombard.

Les arséniates — L'iodure d'arsenic.

L'*arséniate de soude* est plus maniable que l'acide arsénieux ou l'arsénite de potasse ; et, comme eux, il répond aux indications de la médication arsenicale, c'est-à-dire qu'à des propriétés antiinfectieuses, reconstituantes, respiratoires, il joint des propriétés antiherpétiques et antinévralgiques. Les grandes contre-indications à son emploi sont toujours un mauvais état du tube digestif, un âge avancé, un mauvais fonctionnement des reins et, dans la tuberculose, la fièvre, la diarrhée les hémoptysies, et encore les maladies infectieuses à évolution cyclique.

Le Codex de 1884 donnait, sous le nom de *Liqueur de Pearson*, la formule d'une solution d'arséniate de soude qui a disparu du Codex de 1908, mais dont l'emploi n'a pas cessé. C'est une solution contenant cinq centigr. d'arséniate de soude pour 30 gr. d'eau, qu'on prescrit à la dose de vingt à quarante gouttes par jour, en plusieurs fois. L'arséniate de soude se prescrit à la dose d'un à douze milligr. par vingt-quatre heures en plusieurs prises, dans le courant ou à la fin des repas. Chez les enfants, on ne doit pas l'utiliser avant quinze mois ; après cet âge, on peut en donner un tiers à un demi milligramme par jour de deux à trois ans ; ensuite un demi-milligramme à un milligramme par jour et par année d'âge ; les doses plus élevées ne sont utiles que dans la chorée. Les enfants supportent fort bien l'arsenic, à la condition qu'il soit en solution diluée, donnée à doses fractionnées et que l'emploi en soit suspendu au bout de dix à quinze jours. On peut utiliser la formule suivante :

Arséniate de soude.....	cinq centigr.
Eau distillée.....	250 gr.

dont une cuillerée à café contient un milligr. d'arséniate de soude, qu'on fera prendre diluée dans du lait.

On peut prescrire des granules et des pilules d'arséniate de soude ; mais il est préférable de prescrire le sel dissous. On peut varier les formules à l'infini.

Chez les strumeux, on fera prendre, pendant vingt jours, aux deux principaux repas, une cuillerée à soupe de :

Arséniate de soude	cinq centigr.
Eau distillée.....	300 gr.

laquelle contient deux milligr. et demi de sel. La dose peut facilement être doublée, surtout si l'usage ne doit pas être trop prolongé.

Dans le diabète arthritique, concurremment avec les sels de lithine, on peut faire prendre deux fois par jour une cuillerée à café de cette solution :

Arséniate de soude.....	huit centigr.
Eau distillée.....	200 gr.

soit deux milligr. par cuillerée à café.

Dans les anémies, on associe souvent l'arsenic au fer, ou aux toniques généraux, tels que kola, quinquina, etc. Voici plusieurs formules, dont quelques-unes d'après M. Grasset :

Arséniate de soude.....	0 gr. 20 à 0 gr. 25
Vin de kola.....	1 litre.

un verre à liqueur matin et soir, aux repas.

On peut remplacer le vin de Kola par du vin de quinquina, ou bien prescrire parties égales de chacun d'eux, ou encore :

Vin de gentiane.....	900 gr.
Sirop de quinquina.....	100 gr.
Arséniate de soude.....	0 gr. 20

Si l'on préfère un élixir, on formulera :

Arséniate de soude.....	0 gr. 05
Teinture de kola.....	100 ou 150 cmc.
Sirop simple	200 ou 150 cmc.
Vanilline.....	0 gr. 20

un verre à liqueur à la fin des deux principaux repas.

Une teinture sera ainsi composée :

Arséniate de soude.....	0 gr. 05
Teinture de kola.....	aà 50 cmc.
Teinture de coca.....	
Acide citrique	1 gr.

une cuillerée à café dans du lait ou de l'eau rougie, deux fois par jour, aux repas. L'acide citrique a pour but d'empêcher le précipité, qui se produit quelquefois au mélange des deux teintures.

On peut s'adresser à des sirops :

Arséniate de soude.....	0 gr. 05
Extrait alcoolique de quinquina.....	6 gr.
Glycérine neutre	50 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères q. s. p.....	300 cmc.

une cuillerée à soupe à chaque repas ;

ou bien :

Arséniate de soude.....	0 gr. 05
Extrait hydro-alcoolique de kola..	10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères..	300 cmc.

une cuillerée à soupe à chaque repas.

On ne peut pas associer l'arséniate de soude aux alcaloïdes, tels la strychnine, la quinine ; mais on peut le prescrire avec les gouttes de Baumé ; ainsi pourra-t-on faire prendre aux chlorotiques, matin et soir, dans un peu d'eau rougie, quatre à six gouttes de :

Arséniate de soude.....	0 gr. 20
Gouttes amères de Baumé	10 cmc.

Les propriétés reconstituantes de l'arsenic sont exaltées par son association à l'iodure ; dans le rhumatisme chronique, dans la convalescence du rhumatique articulaire aigu, au début du tabes, la solution suivante :

Arséniate de soude.....	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Iodure de sodium	5 à 10 gr.
Eau distillée	300 gr.

pourra avantageusement être conseillée à la dose d'une cuillerée à soupe à chaque repas (deux fois par jour), pendant vingt jours par mois.

L'arséniate de soude constitue un facteur important de l'activité des eaux minérales et il faut bien reconnaître qu'ainsi absorbé, surtout dans les cures à la station, il produit, même avec les doses faibles, des effets vraiment remarquables et nullement comparables à ceux que procurent les préparations pharmaceutiques. Les eaux arsénicales naturelles sont plus avantageusement prescrites avant les repas ; au moins une demi-heure avant. L'eau du Mont-Dore, qui renferme un milligr. d'arséniate de soude par litre, est d'une grande utilité dans la thérapeutique infantile. Chez l'adulte, on s'adressera plus heureusement à l'eau de La Bourboule, qui en contient vingt-huit milligr. et à l'eau de Royat, dont la source Saint-Victor en renferme quatre milligr. ; la source Saint-Mart n'en a qu'un milligr. à peine. N'oublions pas enfin qu'il y a une quantité d'arsenic, assez faible cependant, dans les eaux de Vichy, de de Vals, de Saint-Nectaire, de Plombières, de Lamalou.

Dans certaines de ces eaux, la source Saint-Victor par exemple, il y aussi du fer. L'association du fer à l'arsenic possède de très heureux effets dans l'anémie. L'*arséniate de fer* réunit un peu les propriétés des deux médicaments ; on le prescrit de la même façon que l'arséniate de soude, en granules ou en solution, à la dose de deux à dix milligr. par jour, en plusieurs fois.

L'*arséniate de strychnine* est assez toxique ; on le prescrit à la dose de deux à six milligr. par jour, les deux prises, en granules, ou en solution ; son emploi est fort utile quand on veut obtenir une action tonique et stimulante.

On prescrit ainsi deux cuillerées à soupe par jour de :

Arséniate de strychnine	0 gr. 02
Sirop d'écorces d'oranges amères .	50 gr.
Eau distillée.....q.s.p..	300 cmc.

L'arsenic passe, et avec juste raison, pour favoriser l'engraissement ; mais ce n'est que chez les malades qui présentent une indication à l'emploi du médicament et dont le système digestif est en parfait état. Ce serait se leurrer que compter sur l'arsenic pour donner de l'embonpoint à des dyspeptiques ; il faut d'abord soigner l'estomac de ces malades et, si l'arsenic est ensuite indiqué, c'est un médicament qui ne sera pas infidèle. De même, son administration, souvent utile dans les formes torpides et rebelles de l'eczéma, chez les eczéma-

feux arthritiques, dans le lichen plan, doit parfois être corrigée par l'emploi des alcalins ; le sirop suivant :

Arséniate de soude	0 gr. 02
Benzoate de soude	4 gr.
Bicarbonate de soude	10 gr.
Sirop de fumeterre, Sirop d'écorces d'oranges amères	aâ 200 gr.

sera pris à la dose de deux à quatre cuillerées à soupe par jour par les eczémateux strumeux.

Manifestation arthritique ou tuberculeuse, l'asthme est presque toujours heureusement influencé par l'arsenic, qui partage avec l'iode ce privilège ; cependant, on ne le prescrira pas aux asthmatiques doués de trop d'embonpoint. L'emphysème en bénéficie aussi ; mais, dans tous les cas, il reste à soigner la cause de cet emphysème ; les solutions arsénicales déjà indiquées sont toujours de mise.

Iodure d'arsenic.— L'iodure d'arsenic, préconisé par Rousseau St-Philippe, trouve une indication précise chez les enfants lymphatiques et scrofuleux ; et particulièrement dans la bronchite chronique, emphysémateuse, que présentent souvent ces petits malades.

On prescrit :

Iodure d'arsenic	0 gr. 20
Eau distillée	30 gr.

dont on fait prendre une goutte aux repas, dans un verre de boisson, et aux enfants plus petits, dans du lait ; on augmente progressivement la dose jusqu'à quinze et vingt gouttes ; on la maintient pendant un mois, et on donne une dose régulièrement décroissante jusqu'à cinq gouttes. Après un intervalle de repos, on recommence la médication. Comme l'observe M. Huchard, la dose est quelquefois ainsi un peu forte ; mais le médecin doit toujours surveiller les enfants soumis à la médication arsenicale, surtout avec des doses élevées ; il se souviendra cependant que, mieux que les adultes, les enfants tolèrent l'arsenic.

A propos du libre choix du médecin. — Combien les appréciations sur le bien fondé de la revendication du libre choix varient, suivant qu'il est question des médecins ou des avocats ?

Lors de la discussion du budget de la justice devant nos Chambres législatives, M. Royer avait proposé de remplacer la défense des pro-déistes, telle qu'elle est organisée, par la désignation d'un avocat des pauvres, élu par les avocats et payé par l'Etat.

Le ministre de la justice a repoussé cette proposition par un argument dont les médecins auront soin de noter l'importance et la justice : Cet avocat deviendrait peu à peu, dans l'esprit des populations, non pas un avocat, mais un fonctionnaire du gouvernement, et il manquerait ainsi de la qualité *primordiale* que l'on s'attend à trouver chez l'avocat : l'indépendance à l'égard de tous et surtout à l'égard du pouvoir. (*Le Scalpel.*)

THÉRAPEUTIQUE

Diagnostic et traitement de l'infection grippale

Par le Dr BRÉMOND.

Bien que le diagnostic de la grippe soit en général facile, il semble qu'on le porte trop fréquemment et qu'on mette sur le compte d'une infection spécifique beaucoup de rhumes vulgaires et même de bronchites banales.

Lors de l'épidémie de 1889, on discuta longtemps sur la parenté qui semble exister entre la grippe et la dengue. Lorsque, au début, l'influenza prenait la forme nerveuse, on se refusait à la reconnaître parce qu'on avait l'habitude de l'observer avec des troubles catarrhaux. Et comme à cette époque, une épidémie de dengue sévissait en Orient, on pensa, à Paris, que ces affections à début brusque avec douleurs articulaires n'étaient pas autre chose que des accès de dengue.

Il existe cependant entre les deux maladies des différences telles que le diagnostic ne peut plus s'égarer. La dengue se différencie de la grippe par un élément essentiel, la douleur. Cette douleur est violente et se localise aux genoux ; elle offre, en outre, une éruption scarlatiniforme s'accompagnant d'un prurit intense. D'autre part, les accidents pulmonaires sont exceptionnels dans cette infection alors qu'ils sont extrêmement fréquents dans la grippe.

Cependant pour beaucoup de pathologistes, la parenté entre les deux maladies est très nette ; la dengue serait la grippe des pays chauds et la grippe, la dengue de nos pays.

Ce sont les multiples manifestations et formes de la grippe qui rendent son diagnostic souvent difficile à établir.

A son début, en effet, l'apparition d'une fièvre vive, avec symptômes généraux graves, courbature et douleurs lombaires, peut faire croire à l'invasion de la variole. Si une éruption apparaît, ayant l'aspect plus ou moins scarlatiniforme, on ne songe plus à la grippe et il faut constater là non apparition de papules pour revenir à son diagnostic.

Quand la grippe débute par du coryza, de la toux, de l'enrouement, ou bien par une angine violente avec éruption (le cas n'est pas très rare), on songe plutôt à la rougeole ou à la scarlatine, il faut alors porter toute l'attention sur le développement, la marche des symptômes et de l'éruption, et l'on revient encore de son erreur.

Ces douleurs des articulations peuvent faire admettre, si elles sont vives, l'existence du rhumatisme articulaire aigu.

Dans sa forme gastro-intestinale, la grippe est souvent difficile à différencier de l'embarras gastrique et surtout de la fièvre typhoïde. Il faut même souvent attendre l'apparition des taches rosées lenticulaires pour trancher ce diagnostic.

De même quand les troubles cérébraux dominent, on doit songer à la méningite et attendre plusieurs jours pour modifier cette manière de voir.

Urodonal

Dissout l'Acide urique

3 cuillerées à café par jour chacune dans un verre d'eau entre les repas, 10 jours par mois.
États aigus : 3 cuill. à soupe par jour.
Aucune contre-indication.

Constipation **Entérites**

JUBOL

Rééduque l'Intestin

1 à 3 Comprimés le soir en se couchant.
(*Avaler sans croquer*)

Laboratoire, 207, Boulevard Pereire. — PARIS

MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE
ANTIBACILLAIRE & RECONSTITUANTE

ÉMULSION MARCHAIS

PHOSPHO-CRÉOSOTÉE

POUR LE TRAITEMENT RATIONNEL DES

TUBERCULOSES ❖ BRONCHITES
CATARRHES | PNEUMONIES
GRIPPES ❖ ASTHMES

CHAQUE CUILLERÉE A CAFÉ CONTIENT :
Créosote de Hêtre 0,10
Baume de Tolu 0,10
Glycérophosphate de Chaux 0,20
De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon

Disparition de la **TOUX** et de l'**EXPECTORATION**
Disparition de la **FIÈVRE**
Disparition des **SUEURS NOCTURNES**
Disparition de la **DYSPNÉE**
AMÉLIORATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL
Augmentation de l'**APPÉTIT**
Régularisation des **FONCTIONS DIGESTIVES**
AUGMENTATION du POIDS du CORPS

L'ÉMULSION MARCHAIS *est la meilleure préparation créosotée*
Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration
En desséchant les bronches, l'**EMULSION MARCHAIS** agit d'une manière remarquable sur l'expectoration.
Traité de Médecine. Dr FERRAND.

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

intérêts, et il ne me reste plus qu'à remercier les administrateurs du « Sou médical » pour l'appui qu'ils m'ont accordé au-delà de ma demande.

Vous voudrez bien présenter mes compliments les meilleurs aux membres du conseil du « Sou » que j'ai l'honneur et le plaisir de connaître plus particulièrement.

Dr B. à R., Désireux de changer de poste, je suis sollicité par une commune qui m'offre une subvention fixe de 1.500 fr., et par la société de S. M. de l'endroit qui me donnera un forfait de 1.500 fr. également pour que je soigne gratuitement ses sociétaires et les membres de la famille résidant sous le même toit. Comment pourrais-je faire pour me renseigner sur la véracité de ces promesses ?

Réponse. — Adressez-vous au Syndicat des médecins de la région. Seuls vos futurs confrères vous indiqueront les mauvais côtés du poste, parce que, jusque présent, on ne vous en a montré que les avantages.

Muni de ces renseignements, probablement contradictoires, vous pourrez vous faire une opinion.

Mais permettez-nous de vous faire remarquer qu'il est toujours dangereux d'accepter des subventions et forfaits. La subvention de la commune vous lie : vous devez marcher avec la municipalité actuelle ; vous risquez donc de perdre cette subvention, soit si le caprice des électeurs amène, dans deux ans, une autre municipalité, soit si vos intérêts entrent un jour en lutte avec le maire (A. M. G., vaccinations, etc.). Cette subvention communale n'est donc pas stable.

Quant au forfait avec la mutualité, il est aussi illusoire, car vous allez soigner, pour un prix modique, des quantités d'individus. Avez-vous calculé à combien vous reviendra la visite ? l'accouchement ? une opération ? Puisque cette société veut un médecin, qu'elle le paie au tarif local et à la visite et non à forfait, car soyez bien assuré que quelque séduisant que puisse être le premier aspect de votre contrat, vous en serez forcément la dupe. Vous ne serez ni le premier ni le dernier à vous plaindre de la mutualité et de sa philanthropie faite sur le dos du médecin. Conclusion : Dans tout contrat entre

Suite page XII

Dyspepsie, Gastralgie
Anorexie, Flatuosités
Hyperchlorhydrie
Constipation
MALADIES DE L'ESTOMAC
CACHETS CHARVOZ
DIGESTIFS, TONIQUES ET APÉRITIFS
Quassime, Cannabine, Amers végétaux alcalinisés à 50 % par procédé spécial
Se trouvent dans les principales pharmacies et chez tous les fournisseurs habituels des pharmaciens.
3 fr. la boîte de 40 cachets
Echantillons franco sur demande adressée à la
PHARMACIE CENTRALE
12, Rue Neuve, LYON

CONTREXEVILLE GREAT SOURCE
GOUTTE GRAVELLE, Voies Urinaires, Régularisatrice de la Digestion
Société des Meilleures Eaux Minérales : Contrexéville Great Source à Contrexéville (Vosges

SEULES EAUX ALCALINES RECONSTITUANTES
St LEGER POUGUES
Sans rivales pour le Traitement des
Gastralgies — Dyspepsies — Gravelle — Diabète — Les Convalescences

LACTARGOL
FURONCULOSE-ANTHRAX-OSTÉOMYELITE
AFFECTIONS STAPHYLOCOCCIQUES
2 A 4 CACHETS PAR JOUR
Laboratoire J. HUMBERT, 25, rue Nationale, Rambouillet (S.-et-O.). — Littérature et Échantillons sur demande.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT
PANSEMENT COMPLET ASEPTIQUE INSTANTANÉ
PHLEGMASIES, ECZÉMA, PHLÉBITES, DERMATOSES, ÉRYSIPÈLES, BRULURES
P. SABATIER, 10, Rue Pierre-Ducreux, PARIS.

PAIN "ESSENTIEL" "MOFÉOL"
DÉCHLORURÉ CH. HEUDEBERT
en biscottes de 10 grammes chacune
BASE DE LA CURE DE DÉCHLORURATION
Affections valvulaires, Cardioadispose
Albuminuries, Œdèmes.
Littérature et Echantillons sur demande
CAFÉ
des Cardiaques et des Nerveux
DIURÉTIQUE
TONIQUE, RAFRAICHISSANT, INOFFENSIF
Usines & Bureaux à NANTERRE (Seine)
PRODUITS DE RÉGIME CH. HEUDEBERT, 120, Rue du Faubourg St-Honoré, PARIS. - Téléph. 520-52

Dans l'enfance et dans l'adolescence, on observe fréquemment des accès fébriles accompagnés de forte courbature et de douleurs lombaires avec irradiations le long des membres inférieurs. Ce sont là des accès infectieux, appelés par les anciens auteurs fièvres de croissance, mais qui sont de véritables maladies générales à localisations osseuses, périosseuses ou ostéo-médullaires. Or, comme ces localisations sont analogues à celles de la grippe et que, d'ailleurs, la grippe se manifeste, à cet âge, par le syndrome fièvre de croissance, on conçoit combien l'erreur est facile à commettre.

Enfin, la grippe s'accompagne presque toujours de complications pulmonaires. Mais ces troubles respiratoires peuvent lui être *associés* et il faudra établir, en présence d'une angine, d'une laryngite, bronchite, broncho-pneumonie, congestion pulmonaire, pleurésie, pneumonie, etc., si la grippe en est ou non l'agent provocateur. Dans le premier cas, en effet, le pronostic de ces affections est plus grave, plus sombre, tandis que dans le cas opposé, l'affection pulmonaire peut guérir rapidement et sans laisser de traces lointaines de son passage.

Quel traitement opposera-t-on à la grippe, surtout quand les symptômes respiratoires existent et tendent à se développer ?

La quinine, l'aconit, les opiacés sont indiqués, d'une façon générale, pour combattre la douleur, la fièvre et la congestion ; d'habitude, on leur associe 6 comprimés de thiocol par jour ou 6 cuillerées à café de sirop Roche. Par ce moyen, en effet, à la fois préventif et curatif, on agit sur tout l'appareil pulmonaire par une antisepsie directe ; on relève les défenses organiques et on lutte contre l'asthénie et la dépression générales. On empêche ainsi l'apparition de la broncho-pneumonie et de la bronchite capillaire, on arrive à détruire toute septicité locale, et l'on obtient la restitution physiologique intégrale du système respiratoire.

On a prescrit comme expectorant le chlorhydrate d'ammoniaque, mais les comprimés de thiocol modifient favorablement l'expectoration et la fluidifient d'une façon plus rapide, pour la tarir ensuite entièrement, quand l'évolution congestive et septique est arrêtée.

Il sera bon, dans la plupart des cas, d'avoir recours aux purgatifs et aux révulsifs divers.

En outre, l'on devra relever les forces du malade et, suivant les cas, strychnine, alcool, devront être utilisés ; contre l'asthénie cardiaque, la caféine, l'huile camphrée, seront indiquées. Dans les formes syncopales, on emploiera surtout la digitale (injections intra-musculaires profondes de digalène, 1 à 3 cc.)

Un point essentiel, c'est d'empêcher le malade de sortir trop tôt, car, s'exposant au froid, il pourrait être pris de pneumonie grave, mortelle.

Enfin, les convalescences seront traitées avec le plus grand soin. Alimentation progressive, riche en azote et en phosphore, toniques de toutes sortes, séjour au bord de la mer, hydrothérapie, exercices physiques divers.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La prophylaxie des maladies infecto-contagieuses et la question des « Porteurs de germes ».

Par le Dr GEORGES.

Pour faire de la prophylaxie des maladies transmissibles, il faut chercher par tous les moyens possibles à éviter l'apparition (I) et la propagation (II) de ces maladies.

I. — Comme il est admis que l'homme vit constamment entouré de toutes parts par les graines pathogènes de ces maladies, et que ces graines ne peuvent entrer en germination qu'à la condition de trouver un organisme humain qui soit pour elles un terrain favorable, une *bonne hygiène générale* doit avant tout s'efforcer de rendre le terrain défavorable en tout temps.

L'hygiène générale évitera de plus la dissémination de ces germes ubiquitaires; elle favorisera dans une certaine mesure leur destruction. C'est ainsi qu'une eau d'alimentation bien surveillée et convenablement épurée est de première importance. Des aliments sains, non seulement donnent à l'homme une force de résistance suffisante, mais ils lui évitent en même temps bien des infections (tuberculose, charbon, tœnias, trichinose les viandes — fièvre typhoïde, dysentérie, etc. pour les légumes provenant de terrains d'épandage). Un vêtement bien compris le protège contre les intempéries, dont l'action est si propice à l'apparition des maladies infecto-contagieuses. Une habitation construite dans de bonnes conditions est facile à tenir propre ; elle doit être bien aérée, bien ventilée, et de plus permettre un large accès à l'air ainsi qu'à la lumière, dont l'action combinée est si nuisible aux microbes. *L'hygiène générale se trouve donc ainsi placée à la base de toute prophylaxie.*

II.—Mais qu'un sujet devienne un jour réceptif pour l'un quelconque des germes pathogènes qui l'entourent, qu'il présente les signes d'une maladie contagieuse et constitue un réceptacle ainsi qu'un organe de dissémination de ces germes devenus plus nombreux et plus virulents, c'est lui que la prophylaxie doit alors tout spécialement viser.

Cette prophylaxie, défensive tant qu'elle s'était bornée à l'application rationnelle des règles de l'hygiène générale, devient désormais offensive en quelque sorte.

Le sujet infecté répand autour de lui les éléments nocifs par ses crachats, par ses déjections, par son épiderme, et de la sorte, il contamine l'homme sain, soit par contact direct, soit par contamination indirecte, par l'intermédiaire du milieu extérieur et de ses objets.

Pour empêcher ce sujet de nuire, il convient, dès lors, de l'isoler et de détruire aussitôt que possible le germe extériorisé, s'il n'est possible de le détruire dès avant son extériorisation.

Il faut enfin rechercher les causes qui ont permis l'infection, afin de les éviter aux autres membres de la collectivité.

Ajoutons que les mesures indiquées pour le sujet malade s'appliquent, dans certains cas, au convalescent (scarlatine, diphtérie, etc.).

L'*hygiène générale*, l'*isolement* et la *désinfection* sont donc les bases générales de la prophylaxie en attendant que la méthode idéale de l'*inoculation préventive* soit devenue applicable à toutes les maladies infecto-contagieuses.

Il pourrait alors suffire d'une bonne hygiène générale et d'une « vaccination » spécifique, dirons-nous, si nous généralisons à toutes les maladies le terme qui s'applique spécialement à la variole. Peut-être arrivera-t-on bientôt à vacciner ou mieux à immuniser contre toutes les affections contagieuses, et surtout à rendre les organismes immunisés réfractaires pour un temps suffisamment long (comme pour la variole) ; car le reproche commun que l'on adresse aux autres vaccins déjà trouvés contre le choléra, la peste, la fièvre typhoïde, etc., c'est de déterminer une immunisation réellement trop courte, et de nécessiter, si l'épidémie se prolonge, la répétition, qui peut n'être pas sans danger pour l'organisme.

***

Voilà ce que nous savions; telles étaient les règles générales de prophylaxie qui nous avaient toujours permis de lutter avec efficacité contre l'apparition et l'extension des épidémies, quand un beau jour est survenue, bien troublante pour nous, la *théorie des porteurs de germes*.

Nous n'ignorions pas que certaines maladies, scarlatine, dysentérie, fièvre typhoïde, étaient susceptibles d'évoluer parfois avec des allures particulièrement frustes. Elles pouvaient même chez certains sujets déterminer des atteintes assez légères pour ne pas les empêcher de vaquer à leurs occupations habituelles. Grandes étaient déjà les difficultés, puisqu'il fallait savoir dépister ces cas frustes, aussi dangereux que les autres, pour les isoler et pour désinfecter autour d'eux.

Nous avions également appris que les convalescents de certaines maladies contagieuses continuaient à semer autour d'eux le contage pendant un temps relativement court (15 jours, 3 semaines, 1 mois), d'où la nécessité de prolonger un peu l'isolement des scarlatineux, des diphtéritiques, même des typhoïdiques, etc.

Mais voici que la théorie nouvelle décore ces convalescents momentanément dangereux du nom de *porteurs de germes* et, qui plus est, découvre à côté d'eux des *porteurs chroniques*, restant parfois dangereux pendant 20, 30, et même 50 ans ! (observation de Gregg pour la fièvre typhoïde).

C'est là la catégorie des porteurs de germes, guéris d'une infection antérieure.

Or, il peut encore y avoir des *porteurs sains*, sujets qui, ayant été en contact avec un malade ou un porteur de germes, ou bien ayant été contaminés par la voie indirecte, n'ont pas été infectés à proprement parler, mais ont cependant conservé, en un point de leur organisme, le microbe pathogène, qui a pu se multiplier *in situ* sans éveiller aucun symptôme morbide.

Ce qui complique singulièrement la question, c'est que l'on attribue à ces porteurs sains les mêmes dangers pour la collectivité qu'aux autres porteurs.

Cette théorie des porteurs de germes, née à propos de la fièvre typhoïde, s'est déjà étendue au paratyphus, à la dysentérie bacillaire ou amibienne, à la méningite cérébrospinale, au choléra ; demain elle s'étendra aux oreillons, à la scarlatine, à toutes les maladies contagieuses. Et si l'on supposait qu'une stricte prophylaxie microbienne vienne un jour à être admise dans notre Société, tous ces porteurs latents, temporaires ou chroniques, et ils seraient nombreux, risqueraient de devenir de véritables parias, car, un isolement complet étant pour eux inutile, sinon impossible, ils devraient se soumettre à certaines mesures de prophylaxie *jusqu'à ce qu'ils cessent d'être des porteurs.*

***

Cette théorie des porteurs nous vient à l'origine d'Outre-Rhin. Elle présente, *à priori*, un certain attrait, car elle satisfait l'esprit en expliquant l'apparition de tous les cas d'infection contagieuse qui sont en apparence spontanés ; mais elle fait trop bon marché des *causes favorisantes, dites à tort secondes*, qui assurent la nocivité de ces germes rendus ubiquitaires : *eau de boisson mauvaise, alimentation défectueuse, surmenage*, etc.

Chez les porteurs, le microbe pathogène, affirme-t-elle, trouve quelque condition locale où il reste à l'abri des moyens de défense de l'organisme. Il existe, en effet, un certain nombre de zones neutres, en communication plus ou moins directe avec l'extérieur, où la conservation de ces germes peut s'effectuer : cavité buccale, nasale, rhino-pharynx ; oreille moyenne ; tube intestinal ; vésicule biliaire ; vessie urinaire. Les premières sont des réceptacles constants de microbes pathogènes très variés. Les deux dernières ne le sont qu'accidentellement et pour certaines bactéries déterminées appartenant aux groupes typhique et paratyphique. Ces dernières cavités offrent en permanence un milieu nutritif (bile, urine), incessamment renouvelé, où le microbe envahissant peut se cultiver comme en vase clos, à une température favorable. Enfin, d'après Vincent, Kelsch, Lesieur, etc., le sang peut réaliser aussi un milieu apte à l'entretien de certains microbes pathogènes, chez des sujets en apparence sains ou entièrement guéris.

La *théorie des porteurs de germes met ainsi en première ligne la contagion directe*, la contamination directe par le porteur malade au sain, chronique ou temporaire.

Pour en apprécier la valeur, voyons un peu ce qui se passe en pratique, et choisissons un exemple, celui de la fièvre typhoïde, qui vient de donner lieu à d'intéressantes discussions à l'Académie de médecine.

Les bacillifères seraient surtout nocifs, dit-on, par la souillure des objets touchés, en particulier des aliments, par leur matière stercorale et par leur urine, qui sèment les germes.

Or, le danger auquel ils exposent leur entourage ne saurait, il faut bien l'avouer, se comparer à celui des typhoïdiques en évolution, que pendant des semaines, une mère, un infirmier, touchent, lavent, sortent d'un bain dans lequel ils se sont oubliés et qui d'une façon constante portent sur la surface du corps, sur leurs mains, l'excreta infectant (Delorme). *Ces typhoïdiques* qui contaminent tout ce qu'ils touchent *ne provoquent cependant des contagions directes que rarement* : dans la proportion de 0,02 à 0,03 pour 100 d'après Geilt, Lechermeister, etc., de 0,9 pour 100 pour les infirmiers (Annequin).

La contagiosité directe des porteurs de bacilles, dont on a fait un épouvantail, est infiniment moindre ; elle est exceptionnelle. — S'il en était autrement, on ne comprendrait pas certains faits bien nets, tirés de l'épidémiologie militaire, très instructive à cet égard.

Si, en effet, les garnisons du nord de la France, qui reçoivent comme les autres des recrues, des engagés, des réservistes et des territoriaux, parmi lesquels se trouvent sans nul doute des bacillifères, ne payent cependant, comparativement aux garnisons du Midi, qu'un très faible tribut à la fièvre typhoïde, la raison en est la suivante : dans les premières, les conditions habituelles d'insalubrité qui commandent les épidémies de fièvre typhoïde font ordinairement défaut, tandis que dans les secondes, ces causes, parmi lesquelles l'adultération de l'eau de boisson conserve un rôle prépondérant, sont, au contraire, assez communes.

Bien plus, on ne s'expliquerait pas ces faits, dont les exemples fourmillent dans les annales de l'épidémiologie militaire, ces faits de cessation immédiate d'épidémies typhoïdiques, lorsque les régiments évacuent les villes contaminantes pour se rendre dans les camps, emmenant avec eux des bacillifères latents, et y recevant leurs convalescents, parmi lesquels se retrouvent des bacillifères chroniques (Delorme).

En réalité, les exemples de contagion directe par les porteurs sont dus à des cuisiniers et à des cuisinières, ou bien à des personnes exerçant des professions alimentaires (*laitiers*, etc.).

Et comme tous ces bacillifères, temporaires ou chroniques, éliminent leurs germes par leur intestin et par leur vessie, comme d'autre part, malades ou sains, ils ne peuvent matériellement être tous recherchés et décelés, il convient, pour être raisonnable sans exagération : 1° de recommander à toute personne exerçant une profession alimentaire d'être minutieusement propre, et de se laver fréquemment les mains ; 2° de collectionner et d'évacuer toujours d'une manière exempte de tout reproche, sinon de désinfecter, les matières fécales et les urines.

L'exécution rigoureuse de cette deuxième mesure, jointe à la suppression de la pratique de l'épandage des matières usées, ou tout au moins, à son interdiction partout où il deviendrait susceptible de souiller une eau d'alimentation, éviteront toute cause de contamination indirecte (plus rarement incriminée dans la théorie des porteurs de germe) par des bacillifères.

Les mêmes considérations s'appliquent aux bactérifères dysentériques.

Peut-être le rôle des porteurs, semble-t-il, *à priori*, plus évident, plus réel dans la contagion de la méningite cérébrospinale, dans la diphtérie puisque ceux-ci diffusent en permanence leur microbe dans le milieu ambiant par leur salive ou leur mucus nasal, pharyngé, etc., en parlant, en toussant, riant, éternuant, crachant ? Mais ici encore il faut le terrain préparé pour la germination de la graine, sinon pourquoi les épidémies de méningite cérébrospinale par exemple seraient-elles liées à l'hiver, aux gros froids ?

***

En résumé, la théorie des porteurs de germes, à coup sûr très intéressante, demande à être interprétée, et il ne faut en retenir que deux points qu'elle a surtout mis en évidence d'*une manière scientifique* :

1° Elle a vérifié la réalité de cette élimination, temporaire, exceptionnellement chronique, du contage, par les sujets convalescents ou considérés comme guéris de certaines maladies contagieuses.

Or, l'épidémiologie connaissait déjà les dangers de pareils sujets et elle savait s'en préserver ; donc, à ce point de vue, rien de nouveau.

2° Elle a démontré l'existence de porteurs sains pour certaines maladies, telles que la fièvre typhoïde, la dysentérie, etc.

C'était établir pour les germes de ces affections la possibilité d'un parasitisme latent ; ceux-ci pouvaient se conserver dans l'organisme humain sans éveiller d'une manière constante l'affection correspondante. Le fait avait d'ailleurs été démontré depuis longtemps pour les microbes de la suppuration, le staphylocoque, le streptocoque, pour celui de la pneumonie, pour le bacille de la tuberculose, l'hématozoaire du paludisme. C'était, en somme, donner une base scientifique plus étendue à la notion du *microbisme latent*, établie depuis longtemps par Verneuil.

Ainsi, croyons-nous, l'on doit envisager cette théorie, et l'on évitera à coup sûr, la « *phobie menaçante des porteurs de germes* », qui pourrait conduire aux pires mécomptes, *si l'on s'attardait trop à une prophylaxie purement microbienne.*

Malgré tout, en matière de prophylaxie, l'*hygiène générale* ne se départira pas, en effet, de son rôle important, qui consiste à empêcher les causes, dites secondes, et pourtant prépondérantes (défectuosités de l'alimentation, de l'eau de boisson ; intempéries ; fatigues exagérées, abus de toutes sortes, etc.), d'entrer en action pour déterminer l'apparition de la maladie au cas de microbisme latent (porteurs sains).

De même, il restera toujours vrai qu'il faut, en présence d'un cas de maladie contagieuse, *isoler* et *désinfecter* :

Isoler pendant un temps suffisant ; veiller dans certains cas à l'isolement de la convalescence, sans en exagérer toutefois les limites, 3 semaines par exemple après la chute de la température dans la fièvre typhoïde.

Désinfecter autour du malade ou du convalescent isolé ; lui recommander après cet isolement certaines pratiques de désinfection, pour le cas où il resterait encore porteur (antisepsie du nez du nasopharynx, de la bouche, des selles, etc., suivant les cas), ainsi qu'une extrême propreté individuelle (ce que réclament d'ailleurs, aussi les défenseurs des « bacilifères », nous l'avons vu plus haut).

HYDROLOGIE

De quelques points de clinique thermale à Châtel-Guyon.

Depuis une douzaine d'années environ, l'entérite muco-membraneuse a tellement envahi la scène médicale que c'est à peine si, dans les Stations thermales qui traitent particulièrement les affections du tube digestif, les médecins consultants ont, de loin en loin, entendu parler de troubles purs et simples de dyspepsie gastro-intestinale ou hépatique. Il y a quinze ans, quand un malade abordait Châtel-Guyon, ses lamentations portaient exclusivement sur sa *Dyspepsie*, sur sa *Constipation* : depuis lors (que les temps sont changés) c'est sur son *Entérite* qu'il module ses plus belles variations.

Heureusement, toute chose en ce bas monde, et particulièrement en médecine, a son temps et sa mode, et le moment n'est plus éloigné, juste retour des choses d'ici bas, où nous allons accueillir, et avec quelle joie ! dans nos Stations spécialisées le *vrai dyspeptique* et le *pur constipé*. Enfin nous allons revoir les gros mangeurs, les intestinaux à tube encombré par la multiplication des fèces, les demi-constipés à selle quotidienne, ces avares dont la comptabilité intestinale accuse toujours plus de recettes que de dépenses, toutes gens qui, douce béatitude ! vont ne plus s'inquiéter des *glaires* qui accompagnent leurs garde-robes et se refuser désormais à passer pour des entérités. Et alors, Châtel-Guyon, aux lieu et place d'*Entérites*, va soigner et guérir, comme par le passé, des *Constipations* et des *Dyspepsies*, grâce à son action spécifique, action sécrétoire et motrice sur le tube digestif.

C'est comme cette passionnante question de l'Infection intestinale où les deux antagonistes, intestin et agent infectieux, rappellent si bien la fameuse histoire du lapin et du chasseur avec la légende : « Cherchez le coupable ? » Jusqu'ici, tous les efforts semblent surtout s'être concertés en vue de tuer le *microbe* ; par contre, considérant sans doute l'intestin comme un vase clos ou une vulgaire cornue de laboratoire, on s'est en général désintéressé de l'autre terme du problème. C'est toujours et encore la vieille, l'éternelle question de la graine et du terrain : la graine préoccupe tous les esprits, suscite toutes les combinaisons et fait naître tout un arsenal thérapeutique.

Quant au terrain, à l'organisme dans la circonstance, ce sont quantités négligeables auxquelles on a prêté une médiocre attention. Et cependant, nous ne pensons pas émettre une idée subversive en avançant que, si réduire par tous les procédés trouvés ou à trouver l'agent infectieux est un acte tout à fait digne d'éloges, mettre d'autre part le terrain à même de résister à l'envahissement de ce dernier n'est pas moins méritoire.

Les tubes digestifs qui se laissent infecter appartiennent (ce point n'est plus discutable) à des organismes en état de dénutrition momentanée ou chronique, de minéralisation perturbée ou déchue. Aussi bien, l'expérience et l'observation témoignent suffisamment des résultats constants qu'apporte, en pareille occurrence, un traitement minéralisateur chez ces malades qui sont tout à la fois des infectés et des déminéralisés. Mais la thérapeutique employée aura satisfait à *toutes* les exigences et rempli vraiment *tous* les desiderata si, comme dans le traitement hydrominéral de Châtel-Guyon, on réalise d'une part la désintoxication et la reminéralisation de l'économie tout entière, et que, d'autre part, on assure d'une façon directe la désinfection et la régularisation des fonctions sécrétoires et motrices des organes de l'estomac, du foie et de l'intestin.

Le malade cherche le plus souvent à savoir de son médecin le nombre de cures à faire pour arriver à la complète guérison. A cette question d'ailleurs toute naturelle, la réponse est souvent bien difficile : que de facteurs à examiner avant de pouvoir baser son opinion sur ce point, si tant est qu'on puisse s'en faire une : âge du malade, date de début de la maladie, état général, état psychique, état local, réaction de l'organisme, etc... !

Le chiffre des trois années de Cures successives, comme celui de trois semaines de durée pour chaque Cure, représentent très probablement une moyenne déduite de nombreuses observations. Que d'exceptions toutefois à ces deux règles et que de cas où le malade aurait un puissant intérêt à prolonger le traitement hydrominéral au-delà des trois semaines fatidiques, ou à le répéter plus de trois années de suite ! En définitive, tout cela est question d'espèces, et chaque cas demande une appréciation et une solution particulières.

La mentalité du malade français aux eaux françaises aurait grand besoin d'être modifiée pour leur plus grand bien ; c'est bien intentionnellement que nous disons : « le malade français aux eaux françaises » parce que ce même malade, aux eaux allemandes par exemple, accepte sans broncher que le médecin étranger lui impose une Cure de 4 et même de 5 semaines, tandis que, dans son propre pays, l'intéressé, même avant de partir pour la Station, décide lui-même que sa cure devra durer de 15 à 20 jours et pas une demi-journée de plus. C'est encore le malade qui juge de la nécessité ou non de retourner faire une nouvelle saison l'année sui-

vante. Nous n'avons pas besoin de montrer combien est désastreuse une pareille façon de faire et quelles funestes répercussions de semblables errements comportent à l'égard des malades, des médecins et des Stations thermales.

A Châtel-Guyon, pas plus que dans toute autre Station, le nombre de semaines pour la Cure comme le nombre de Cures successives ne saurait avoir une fixité générale. Il est des malades à qui une seule cure peut être suffisante, il en est d'autres à qui 4 saisons plutôt que 3 sont nécessaires. Le résultat général d'abord, et en partie local secondairement, si faible soit-il, qu'apporte la première Cure, loin de le décourager, devrait au contraire encourager le malade à renouveler le traitement hydrominéral l'année suivante. On ne saurait trop répéter aux Baigneurs qu'une affection datant de plusieurs mois et le plus souvent de plusieurs années ne peut céder en 20 jours de médication, et que la première condition à remplir, en vue de les débarrasser de leurs troubles fonctionnels, est de modifier leur terrain appauvri et de restaurer leur organisme déminéralisé. Dans ce but, un traitement de longue haleine est absolument indispensable.

Certains sujets sont trop délicats et dans un état de dénutrition trop accentué pour que l'on puisse songer à leur faire suivre un traitement intensif, ou simplement prolongé. A ceux-là on doit recommander les cures répétées dans le cours d'un même été, par exemple au début et à la fin de la saison thermale.

Enfin, rappelons que, sans avoir le moindre besoin de réclamer l'aide des Stations allemandes et de recourir entre autres à Kissingen, il est, dans certains cas, très avantageux aux malades d'associer à la cure de Vichy celle de Châtel-Guyon ; à cet égard, le médecin traitant est le meilleur juge pour conseiller et diriger utilement le client.

Dr G. Pessez,
Médecin-consultant à Châtel-Guyon.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Les retraites de la vieillesse médicale.

La question des retraites de la vieillesse médicale intéresse nos confrères : entre autres, nous avons reçu du D C.... la lettre suivante que je crois devoir publier, non pas pour faire état des compliments qu'il nous adresse, mais, parce que cette lettre précise bien le terrain sur lequel il convient de se placer :

Je ne suis ni un arrivé ni un arriviste : je végète dans le petit trou où je me suis casé avec la perspective de faire de la clientèle jusqu'à mon dernier jour, à la condition pourtant que ma santé continue à me le permettre. C'est vous dire que, si j'ai admiré vos créations de la Caisse des Pensions et des combinaisons C et D de l'Amicale, mon admiration a dû rester platonique, leurs cotisations dépassant les ressources de mon porte-monnaie.

J'avais pourtant fait le rêve d'avoir sur mes vieux jours une retraite pour moi et une retraite pour ma femme, cette compagne fidèle du médecin à laquelle on ne songe pas assez ; je me disais que peut-être une organisation, assez modeste pour que je puisse l'aborder, naîtrait un jour pour le prolétariat médical. Ce rêve serait-il sur le point de se réaliser ?

Votre article sur les retraites de la vieillesse médicale me le fait supposer, et je tiens à vous en remercier. Vous auriez pu, justement satisfaits de la prospérité et du succès de la Caisse des Pensions et de l'Amicale qui sont votre œuvre, vous désintéresser de la question — vous avez eu le courage de reconnaître qu'elles pouvaient n'être pas suffisantes et vous entreprenez de les compléter par une sorte de Caisse ouvrière : c'est de cela que nous devons vous être reconnaissants, nous les déshérités de la profession.

Ce que nous demandons, c'est qu'on nous donne le moyen d'éviter la possibilité d'être contraints un jour de tendre la main et de dévoiler notre détresse : vous l'avez compris, puissiez-vous réussir !

Eh ! oui, tant que nous avons pu croire que les demi-combinaisons de la Caisse des Pensions et de l'Association Amicale pouvaient être abordables à tous, nous nous en sommes tenus à ces créations ; mais comme il nous est surabondamment démontré qu'il faut désormais une caisse plus modeste, nous en poursuivrons la réalisation. Cela ne nous empêchera certes pas de conseiller de préférence l'adhésion à nos caisses anciennes, mais à ceux qui répondraient : *c'est trop cher*, nous pourrons dire : *voyez à côté.*

Il faut donc s'efforcer de trouver la combinaison qui demande à l'adhérent le minimum de sacrifices tout en lui permettant, à lui et à sa femme, de faire acte de prévoyance.

Cette combinaison, elle est connue, c'est la Société de secours mutuels *autorisée* ne délivrant à ses adhérents qu'une pension maximum de 360 francs. Elle permet en effet de bénéficier du taux de capitalisation de 4.50 %, ce qui n'est pas à dédaigner ; elle donne droit aux subventions de l'Etat, ce qui est un avantage plus sérieux ; enfin elle peut être créée par l'Association Générale des médecins de France qui prendrait à sa charge une fraction de la cotisation.

Sans doute, le chiffre de 360 francs est bien modeste ; mais il ne faut pas oublier que nous nous adressons à des confrères qui nous déclarent inabordable pour eux la pension de 600 francs, qui nous demandent la réduction du chiffre de la cotisation à son minimum.

Quel doit donc être ce chiffre minimum de la cotisation annuelle pour une pension de 360 francs à 60 ans ?

La réponse à cette question demandera de longues études.

Nous savons, certes, que la somme à capitaliser est pour les divers âges d'entrée :

à 25 ans de.....	46 fr. 50
à 30 ans de.....	61 fr. 50
à 35 ans de.....	82 fr. 50
à 40 ans de.....	117 fr.
à 45 ans de.....	176 fr. 40

Nous savons encore que la subvention accordée par l'Etat atteint généralement le quart de la cotisation, ce qui revient à dire que la somme à verser se trouve réduite à 37 fr. 20 si nous considérons l'âge de 25 ans.

Mais ce que nous ne savons pas et ce qu'il faudra rechercher, c'est la mesure dans laquelle l'Association Générale, au moyen de ses ressources disponibles, pourrait réduire encore la cotisation.

Et quand nous disons l'Association Générale, nous n'entendons pas seulement la partie des ressources dont le Conseil Général a la gestion, nous comprenons les ressources des Sociétés locales, elles aussi. Il ne faut pas oublier, en effet, que la loi a fixé, comme maximum pour la subvention annuelle à une Société, la somme de dix mille francs et que vouloir faire une Caisse unique serait limiter à dix mille francs la subvention de l'Etat.

Pour tirer de cette subvention tous les avantages possibles, il faut donc faire créer des caisses par les Sociétés locales ; mais comme ces caisses courraient le danger de l'insuffisance du nombre, il est indispensable de les fédérer et de faire jouer par le trésor central de la fédération le rôle de contre-assurance.

C'est, en somme, on le voit, faire rentrer l'Association Générale dans le cadre de la mutualité vraie, ce qui ne l'empêcherait en aucune façon de continuer son rôle de bienfaitrice au moyen des ressources spéciales à cette destination et qu'il lui est matériellement impossible d'employer à un autre usage.

Il n'y a donc pas à faire état de la fortune totale de l'Association Générale, comme des esprits trop simplistes sont tentés de le faire : il faudra, pour chaque société locale comme pour la fédération elle-même, opérer une ventilation dans les ressources, séparer celles qui sont disponibles de celles qui ne le sont pas, déterminer dans les ressources disponibles elles-mêmes les parts qui reviendront respectivement à la prévoyance et à la bienfaisance.

Ce n'est pas, nous le disions, le travail d'un jour.

Ce qui importe actuellement, c'est de bien préciser le but que l'on veut atteindre — pour nous, la chose est nette : c'est la pension de droit à tous — c'est ensuite de marcher droit à ce but — et la conséquence est le retour de l Association Générale à la Mutualité vraie. Si l'on est d'accord sur ce point, la réalisation pourra durer plus ou moins longtemps. mais le succès est certain.

Et nous estimons que la réalisation sera singulièrement abrégée si les Sociétés locales sont appelées à délibérer sur un projet complet, pratique, clair, qui aura préalablement été élaboré.

C'est à l'élaboration de ce projet que la commission spéciale nommée par le Conseil général va consacrer ses travaux — c'est, plus tard, à son adoption par les Sociétés locales que nos confrères devront consacrer leurs efforts.

J'ai cru nécessaire de faire connaître à nos lecteurs l'esprit dans lequel nous allons prendre part aux travaux de la commission ; convaincus que nous sommes en parfaite communauté d'idées avec eux, nous leur demandons de nous faire crédit : nous les informerons quand nous aurons quelque point important à leur soumettre.

A. GASSOT.

Chronique de l'Assistance professionnelle

Œuvre Parisienne de Secours Immédiat et d'Assistance à la Famille Médicale.

Une Œuvre Parisienne, c'est-à-dire dont la zone d'action comprend l'Ile de France, a été créée en vue de venir en aide à toute famille médicale éprouvée par l'infortune, qu'il s'agisse non seulement du chef de la famille, mais de tous les membres de cette famille.

Ses statuts ont été votés le 20 mars dernier.

Elle est organisée en vue d'apporter le *Secours Immédiat*, et de réaliser ultérieurement non seulement *l'Assistance par le travail*, qui met, soit le médecin, soit les membres de sa famille, à même de gagner leur existence, mais aussi toute autre forme d'assistance.

Elle fait appel au concours de tous les médecins, mais s'adresse aussi à leur famille : femmes, enfants, ascendants.

Pour faciliter l'adhésion de *tous* les membres des familles médicales, même de celles peu fortunées, la cotisation minime a été abaissée à un franc, le titre et les droits du sociétaire demeurant les mêmes, quelle que soit la somme versée.

Pour la première fois, la compagne du médecin est appelée à concourir *avec lui et au même titre que lui* au soulagement des misères professionnelles auxquelles elle compatit doublement, comme épouse et comme mère.

Aussi les membres de la nouvelle association — qu'il s'agisse des hommes ou des femmes — ont les mêmes droits. Une place des plus larges a été faite aux dames patronnesses dans le conseil d'administration.

Nos rangs sont ouverts aux personnes étrangères à notre profession qui veulent manifester leur reconnaissance à l'égard des médecins en venant en aide aux familles médicales éprouvées par le malheur. Mais ces *bienfaiteurs* ne pourront pas prendre une part effective à la direction de l'Association, qui doit demeurer une *œuvre exclusivement médicale*.

En résumé, notre œuvre est l'*Assistance aux familles médicales malheureuses, réalisée par la grande famille médicale*. Aussi nous espérons que vous voudrez bien lui donner votre adhésion et celle de votre famille.

Le Conseil d'administration provisoire est ainsi composé :

Mme Berruyer, MM. Bucquoy, Bulte, Chan-

cel, Darras, Mme Deligant, MM. Dignat, Ducor, Granjux, P. Guillon, Labady, Lucas-Championnière, Plessard, Recht, Sebillotte, De Spéville, Vimont.

Le bureau provisoire : *Le Trésorier*, Dr Butte, 41, rue Saint-Placide ; *Le Secrétaire général*, Dr Granjux, 18, rue Bonaparte ; *Le Président*, Dr Lucas Championnière, 3, rue Montaigne.

Statuts

Article premier. — Il est fondé entre ceux qui ont établi les présents Statuts et ceux qui y adhéreront ultérieurement une Association régionale dite : « *Œuvre Parisienne de Secours Immédiat et d'Assistance à la Famille Médicale* ».

II — La durée de cette Association est illimitée Son siège social est à Paris, au domicile du Secrétaire général, mais il pourra être transporté en tout autre endroit de cette ville par simple décision du Conseil d'administration.

But. III.— L'Œuvre a pour but de secourir *toutes* les misères survenant dans une *famille médicale* française de la région dite parisienne, qu'il s'agisse du médecin lui-même ou de sa veuve, ou de ses orphelins, ou de ses ascendants. Cette zone, dite parisienne, comprend les départements suivants : Seine, Seine et Marne, Seine-et Oise.

Par exception, l'Œuvre peut agir de même à l'égard d'une famille médicale dont le chef ne serait pas de nationalité française ou n'exercerait pas dans la région dite parisienne.

L'Association ne pourra s'occuper d'aucune question étrangère à son but. Toute discussion politique ou religieuse est interdite.

Composition. IV. — L'Œuvre est constituée par l'adhésion des médecins, des membres de leur famille et des groupements médicaux de la région. Elle est ouverte aux médecins de la guerre, de la marine, des colonies et à leurs familles. Elle comprend des *membres titulaires*, des *membres bienfaiteurs*.

Les membres titulaires sont pris exclusivement parmi les médecins et leurs familles (femmes, enfants, ascendants). Ils paient une cotisation minima de 1 franc.

Les membres bienfaiteurs peuvent comprendre : 1° des groupements médicaux professionnels qui, non contents de donner à l'Œuvre leur patronage moral, désirent l'aider matériellement ; 2° des personnes étrangères à la famille médicale, mais qui désirent manifester, en apportant leur concours à l'Œuvre, leurs sentiments de reconnaissance pour le corps médical. Le chiffre de la cotisation pour les membres honoraires ne peut être inférieur à 20 francs.

Les cotisations peuvent être rachetées : celle de titulaire moyennant 100 francs, celle des bienfaiteurs moyennant 500 francs. Pour être membre titulaire, il faut adresser une demande au Président et justifier que l'on remplit les conditions énoncées au paragraphe 2 de l'article IV. La demande indiquera la somme que le candidat s'engage à payer annuellement comme cotisation.

Le non-paiement de la cotisation pendant 3 ans entraîne de droit la radiation.

Action. V. — L'Œuvre agit par un *secours immédiat*, mais essentiellement temporaire, destiné à prendre fin quand l'*assistance* est réalisée, soit par le travail, s'il s'agit d'adultes, soit par le placement, s'il s'agit de malades, d'infirmes, de vieillards ou d'enfants.

Moyens d'action. VI. — L'Œuvre comprend : 1° une Caisse de secours immédiat ; 2° un Comité de Dames patronnesses.

La Caisse de secours immédiat est alimentée : *a*) par un prélèvement sur les ressources de l'Œuvre déterminé par l'Assemblée générale ; *b*) par les dons faits à cette caisse.

Le Comité des Dames patronnesses est élu par les dames faisant partie de l'Association, soit comme titulaires, soit comme bienfaitrices. Il ne peut comprendre qu'un quart de bienfaitrices.

Administration. VII. — L'Œuvre est administrée par un *Conseil d'administration* composé de 18 médecins et de 12 dames patronnesses élus pour trois ans. Le renouvellement du Conseil d'administration se fait par tiers tous les ans Les premiers sortants sont tirés au sort. Les membres sortants sont rééligibles.

VIII. — Le Conseil d'administration choisit parmi ses membres un *Bureau* composé d'un Président, de deux Vice-Présidents, d'un Secrétaire général, d'un Secrétaire général adjoint, de deux Secrétaires des séances et d'un Trésorier.

Toutes les fonctions du Conseil d'administration et du Bureau sont gratuites.

Le Conseil d'administration se réunit chaque fois qu'il est convoqué par son Président ou sur la demande du tiers de ses membres.

Pour les secours à donner, le Bureau a qualité pour prendre toute décision s'il y a urgence.

Il est tenu un procès-verbal des séances : il doit être signé par le Président, le Secrétaire général et un des Secrétaires des séances.

IX. — Le Conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour la gestion et la disposition des biens et affaires de l'Association. Seuls, les emprunts et constitutions d'hypothèques devront être autorisés par l'Assemblée générale.

Le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou une partie de ses pouvoirs à un membre du Bureau. Les dépenses sont ordonnancées par le Président. Le Secrétaire général représente l'Association en justice et dans tous les actes de la vie civile.

X. — L'*Assemblée Générale* annuelle se tient dans le premier trimestre. Tous les membres sont convoqués, mais seuls les membres titulaires ont voix délibérative.

L'Assemblée se réunit, indépendamment de la séance statutaire, chaque fois que le Conseil d'Administration la convoque ou sur la demande au moins du quart des membres.

L'ordre du jour est réglé par le Conseil d'administration qui est tenu d'y faire figurer les propositions adressées au Président au moins dix jours avant la date de l'Assemblée et signées de 20 membres au minimum.

Son Bureau est celui du Conseil d'Administration.

L'ordre du jour doit comprendre les rapports sur la gestion du Conseil d'administration, sur la situation morale et financière de l'Association. L'Assemblée approuve le compte de l'exercice clos, délibère sur les questions mises à l'ordre du jour et pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'Administration.

Le procès-verbal des séances est signé par le Président, le Secrétaire général et le Secrétaire de la séance.

RESSOURCES. XI. — Les ressources de l'Association se composent du fonds de réserve, des recettes annuelles et des dons.

Le fonds de réserve comprend : 1° les sommes versées pour le rachat des cotisations ; 2° les dons avec indication de cette destination. Le fonds de réserve est placé suivant les décisions du Conseil d'Administration.

Les recettes annuelles se composent : 1° des cotisations ; 2° des subventions qui pourront lui être accordées par l'Etat, les départements, les communes ou toute autre collectivité ; des revenus de ses biens.

Un projet de budget sera établi chaque année et approuvé par l'Assemblée générale.

FÉDÉRATION. XII. L'Œuvre donne son adhésion de principe au projet de *Fédération des Œuvres régionales de Secours Immédiat et d'Assistance à la Famille méticale et de* constitution d'un *Conseil Central*.

MODIFICATION DES STATUTS ET DISSOLUTION. XIII. — Les statuts ne peuvent être modifiés que sur la proposition du Conseil d'Administration, ou sur celle du dixième des *membres titulaires* soumise au Bureau au moins un mois avant la séance. L'Assemblée extraordinaire spécialement convoquée à cet effet ne peut modifier les Statuts qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

XIV. — L'Assemblée générale appelée à se prononcer sur la dissolution de l'Association, et réunie spécialement à cet effet, doit comprendre au moins la moitié plus un des membres convoqués. Si cette proportion n'est pas atteinte, l'Assemblée est convoquée de nouveau, mais à quinze jours d'intervalle, et cette fois elle peut valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Dans tous les cas, la dissolution ne peut être votée qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

XV. — En cas de dissolution volontaire, statutaire, prononcée en justice ou par décret, l'Assemblée générale désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Elle règle l'attribution de l'actif réalisé qu'elle destine à une ou plusieurs œuvres similaires, qui seront désignées par elle.

SURVEILLANCE ET RÈGLEMENTS INTÉRIEURS. XVI. — Le Conseil d'administration proposera des règlements intérieurs précisant les conditions de détails propres à assurer l'exécution des présents Statuts et le bon fonctionnement de l'Œuvre. Ces règlements seront soumis à l'approbation de l'Assemblée générale.

XVI.— Le Président fera à la Préfecture de Police les déclarations prévues par la loi du 1er juillet 1901. Il pourra demander pour l'Association la reconnaissance d'utilité publique.

Clinique du système nerveux. — Le Dr Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, a repris ses Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le samedi 30 avril, à 10 heures 1/2 du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

VARIÉTÉS

Quelques faillites médicales.

Ce titre (1), qui eût fait autrefois tressaillir d'aise M. Brunetière, ne signifie pourtant pas que la médecine est inutile et ne rend point d'immenses services aux hommes.

Nous n'avons nullement l'intention de nier les bienfaits de la médecine art et science souverains; nous ne voulons point contester son évolution réelle, mais seulement montrer que des aperçus d'ensemble et des points de détails d'abord donnés comme certains ne doivent pas être considérés comme définitifs et acquis, étant la plupart du temps sujet à révision.

C'est ce que disait dernièrement, dans un article intitulé : « Erreurs et préjugés » autrefois « vérités » aujourd'hui, le Dr Huguenin, le distingué et érudit rédacteur du *Concours Médical* (v. page 440, 1908).

Pourquoi les résultats obtenus par les savants et les maîtres ès sciences médicales ne sont-ils point confirmés par l'expérience des praticiens ? Pourquoi sont-ils même contredits dans la suite ? Pourquoi les idées médicales et la thérapeutique sont-elles si variables ?

Tout en répétant l'axiome que rien n'est absolu, que tout est relatif, il n'en est pas moins vrai que l'on peut dire de certaines découvertes médicales qu'elles sont surtout théoriques, qu'elles ne reposent pas sur des faits mathématiquement démontrés, qu'elles ne sont point toujours étudiées à fond avant d'être émises par leurs auteurs, qu'elles ont trop souvent pour base, — quelque peu fragile — l'expérimentation, que l'on ne compte point assez avec l'incertitude du laboratoire et de la chimie biologique, que le laboratoire et la pathologie expérimentale l'emportent trop souvent sur la clinique, que les jeunes savants ont trop de tendance à généraliser, que la recherche de la priorité et de la mise en vedette pousse à la publication trop hâtive d'études insuffisamment mûries pour être prêtes à supporter le grand jour.

C'est ainsi que le Dr Huguenin (*loco citato*) fait remarquer que la majorité des pédiatres tolère aujourd'hui les bouillons de céréales dans certaines affections intestinales des enfants, pratique considérée comme détestable il y a à peine vingt ans.

C'est ainsi qu'il y a quinze ans les accoucheurs recommandaient de bien irriguer la cavité vaginale et l'utérus après l'accouchement normal, et qu'aujourd'hui ils suppriment les injections s'il n'y a pas eu de manœuvres intra-utérines, ou introduction d'instrument dans l'utérus.

Le lever précoce des accouchées est une question toujours controversée, mais la majorité est en sa faveur après avoir été contre. (*Presse médicale*, 19 sep. 1908, Masson.)

(1) Nous aurions pu tout aussi bien intituler l'article : « Quelques contradictions médicales ».

Les métastases ont repris faveur et ne sont plus seulement des dictons populaires.

L'entéroclyse et les douches ascendantes rectales ont perdu leur prestige.

Le chlorure de sodium, si vanté et qui méritait de l'être, a perdu du terrain. Après un dessalage général, maintenant on supprime le sel dans le cas seulement où le rein n'est pas perméable.

L'Académie elle-même n'a-t-elle pas failli en flétrissant tout médecin qui ne vaccinerait pas toute angine simple ou qui n'opérerait pas une appendicite, tantôt à chaud, tantôt à froid ?...

Que de faillites encore !

Faillite de la rachistovaïnisation : le Dr Quénu a aujourd'hui pour la moelle de ses semblables un respect poussé jusqu'à la superstition. (V. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 14 avril 1908. Masson).

Faillite de la suralimentation : Galien disait : *Plures occidit gula quam gladius*. Mais on a suralimenté, puis on revient au précepte galénique. (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 23 juil. 1908. Masson).

Faillite des régimes qui varient et se succèdent à l'infini : faillite du régime aqueux des boissons, faillite du régime sec.

Faillite de l'antisepsie intestinale.

Faillite du lait stérilisé chez les enfants, du régime lacté chez les adultes.

Faillite des œufs : Le coq gâte tout.

Faillite du bouillon chez les malades.

Faillite du vésicatoire et de la saignée, ces grands agents thérapeutiques, délaissés à tort.

Faillite du vin qui n'était plus le lait des vieillards, mais qui vient d'obtenir une réhabilitation partielle tardive.

Faillite successive et périodique de l'eau chaude, de l'eau froide, du sublimé, de l'électrothérapie, de la mécanothérapie.

Faillite du sucre qui était cause de tous les méfaits : carie dentaire, constipation, acidité, réhabilité aujourd'hui.

Faillite de certaines notions de contagion qui paraissaient éternelles.

Faillite de la tuberculine de Koch.

Faillite du régime des diabétiques : Les aliments gras entre autres ne convenaient pas aux diabétiques.

En 1908, ce sont eux qui sont le régime curatif du diabète. (Communication de M. Maignon, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, à la *Société médicale des Hôpitaux*).

Faillite du bicarbonate de soude : Maintenant il a toujours des inconvénients d'après Hayem lui-même, qui emploie le sous-nitrate de bismuth ou une solution d'eau de Carlsbad artificielle pour calmer les douleurs de la digestion stomacale. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 11 mai 1908. Masson.)

Faillite de la pommade de Metchnikoff : Gaucher, Butte, Carle, René Martial, ont donné des preuves d'infection syphilitique malgré son emploi. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, avril 1908. Masson.)

Faillite de l'hygiène publique :

1° Les fourneaux métalliques, chauffés au rouge, dégageaient de l'oxyde de carbone. Aujourd'hui, d'après les expériences de R. Bianchini et P. Bandini, ils n'en dégagent plus jusqu'à ce que ... (*Annales d'hygiène publique*, mai 1908, Baillière)

2° Les pouvoirs publics, les conseils supérieurs d'hygiène de France, etc., laissent librement et impunément afficher partout :

Guérison de l'avarie en trois mois, etc.

3° Ils laissent également insérer les annonces quotidiennes, contre les retards, — tolèrent l'envoi de notices contre les retards — les annonces des charlatans, rebouteurs et exploiteurs de la bêtise humaine, dans les quotidiens et autres lieux.

Ces faillites morales sont plus graves que les premières.

La liste des unes et des autres pourrait être indéfiniment allongée, mais comme il est sérieusement question, en ce moment, de la faillite de l'enseignement médical, nous reprendrons ce sujet plus tard, car il est loin d'être épuisé.

Que les savants et les chercheurs ne se découragent point, car si *errare humanum est*, la vérité finit par se faire jour tôt ou tard, et aucun travail n'est jamais perdu, surtout s'il a pour but le bien de l'humanité.

Mais ne soyons jamais **systématiques** *près de nos malades : tout est là.*

Docteur COURGEY.

REPORTAGE MÉDICAL

Cours de vacances de M. Calot du 1er au 7 août à l'Institut Orthopédique de Berck. — En sept jours, de 8 heures du matin à 7 heures du soir, enseignement de l'orthopédie indispensable aux médecins et du traitement des tuberculoses externes, déviations, maladies des os et des articulations. Neuf leçons, avec présentation de malades, démonstrations et exercices pratiques individuels. — PROGRAMME DES COURS : I. Lundi 1er août (10 h. matin). M. Calot : La technique des appareils (plâtre, moulage, celluloïd). Traitement des tuberculoses externes. Ponctions, injections et liquides modificateurs, adénites. Tuberculoses du testicule et de l'épididyme. — II. Mardi 2 août (10 h. matin). M. Calot : Le mal de Pott. Corsets. Traitement de la gibbosité, des abcès, de la paralysie. — III. Mercredi 3 août (10 h. matin). M. Calot : Traitement de la coxalgie. Injections dans la hanche. Appareils du membre inférieur. — IV. Jeudi 4 août (10 h. matin). M. Calot : Traitement des tumeurs blanches : genou, pied, coude, poignet. Injections intra-articulaires. Appareils de ces régions. — V. Vendredi 5 août (10 h. matin). M. Calot : Traitement de la luxation congénitale de la hanche. Réduction de plusieurs luxations. — VI. Vendredi 5 août (5 h. soir). Dr Privat : Traitement de la paralysie. Traitement du pied bot paralytique. Syphilis des os et des articulations. — VII. Samedi 6 août (10 h. matin). Dr Fouchou-Lapeyrade : Radiologie et radiothérapie. Traitement du torticolis, de l'ostéomyélite aiguë et chronique. — VIII. Samedi 6 août (4 h. soir). Dr Fouchet : Traitement de la scoliose. Gymnastique médicale. — IX. Dimanche 7 août (10 h. matin). M. Calot : Traitement du pied bot congénital, de la tarsalgie, de la maladie de Little, des déformations rachitiques. Sont ad

mis les médecins et étudiants français et étrangers. Chaque élève inscrit sera exercé individuellement à la construction des appareils plâtrés et aussi, dans la mesure du possible, aux diverses opérations, soit par M. Calot, soit par les Drs Fouchet, Fouchou-Lapeyrade. Pour l'inscription, les renseignements et le mode d'installation à Berck, s'adresser dès maintenant au Dr Fouchet, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Berck-Plage (Pas-de-Calais). Droits à verser 100 fr. pour les leçons, démonstrations et exercices pratiques. Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

Vénus éberthifère. — Les bactériologistes sont littéralement en train de nous empoisonner (au figuré) une existence déjà trop féconde en soucis de toute nature.

L'amour lui-même — avec tout ce qui s'ensuit — ne deviendra bientôt plus possible qu'au prix de mille désinfections préalables d'une aphrodisie contestable. C'est du moins ce qui semble résulter d'un entrefilet que nous cueillons dans notre confrère belge, *Le Scalpel*, ainsi conçu :

Les nombreux auteurs qui ont étudié la transmission de la fièvre typhoïde par les porteurs de germes sont unanimes à admettre que parmi ces porteurs, les femmes prédominent de beaucoup sur les hommes. Le rôle de la femme dans la transmission de la fièvre typhoïde n'a été — à notre connaissance tout au moins — envisagé jusqu'ici qu'au point de vue de la contamination par aliments. Il est, semble-t-il, permis de se demander si ce rôle ne doit pas être un peu élargi et si *la grande fréquence de l'élimination du bacille typhique chez la femme possédant tous les attributs de la santé n'est pas susceptible de créer au cours des rapports sexuels de sérieux risques de contage*. Il est inutile d'insister sur les différents modes de pénétration du bacille dans l'organisme : *contamination directe au cours de certains entraînements passionnels, indirecte par l'intermédiaire des mains*, d'objets de toilette, etc.

On conçoit aussi que — pour moins fréquente que l'élimination par les matières fécales — l'élimination du bacille typhique par les urines, sur l'importance de laquelle M. H. Vincent a insisté avec juste raison, serait ici, le cas échéant, tout particulièrement dangereuse. Nous n'apportons à vrai dire, aucun fait clinique précis à l'appui de l'hypothèse que nous émettons, mais les arguments qu'*à priori* il est possible d'invoquer ne manquent pas. D'une part, en effet, le maximum de la fréquence de la fièvre typhoïde correspond à l'âge où la vie génitale est le plus intense. De l'autre, la grande fréquence de la maladie chez les jeunes gens récemment arrivés de la campagne à la ville coïncide avec les facilités très grandes offertes tout à coup à la satisfaction des besoins génésiques.

Si nous avons presque exclusivement envisagé le danger qu'au cours des rapports sexuels, la femme peut constituer pour l'homme, il va de soi que le mode de contagion inverse paraît aussi, quoique plus exceptionnellement, capable de se produire.

Ce n'était déjà pas assez du gonocoque et du tréponème. Voilà le bacille d'Eberth qui nous menace à son tour dans les circonstances qui paraissent présenter le plus de sécurité.

L'heure du berger qui marque les suprêmes délices pour les amants sonne peut-être en même temps leur glas funèbre !

Horreur !

Un nouveau confrère. — Nous apprenons avec plaisir la fondation de *La France médico-thermale et climatique* qui, tout en étant un organe scientifique, est en même temps un organe de défense des stations françaises.

Le Dr Cauvy (de La Malou), qui a pris la direction de ce journal, a eu l'heureuse idée de s'entourer de collaborateurs fort distingués, exerçant dans les principales Stations thermales et climatiques. Cet organe contribuera à faire mieux connaître nos Stations, la beauté de leur site, la clémence de leur climat, leurs ressources et applications thérapeutiques qui n'ont rien à envier à celles de l'étranger. Il s'efforcera en outre de réveiller l'attention et de stimuler l'activité de tous ceux qui ont un intérêt à la prospérité des Stations françaises. Pour cette tâche utile et éminemment patriotique, nous adressons à notre jeune confrère nos souhaits de confraternelle bienvenue et tous nos vœux de succès.

Médecins de la gendarmerie dans l'Ille-et-Vilaine. — *Gratuité des soins médicaux aux gendarmes et à leur famille.* — Le mouvement d'opinion contre cette gratuité — à peine dissimulée par de vagues lettres de félicitations ministérielles et autres distinctions (?) honorifiques — grandit et s'étend chaque jour davantage.

Le Syndicat général des médecins d'Ille-et-Vilaine vient — à l'exemple de celui de la Dordogne — de prendre, sur la demande du docteur Radier, de Châteaubourg, la décision suivante :

« Le Syndicat général des médecins d'Ille-et-Vilaine, considérant qu'il est contraire aux intérêts de notre profession de donner des soins gratuits à une société ou collectivité quelconque, arrête qu'aucun médecin syndiqué n'acceptera, *à l'avenir*, de soigner gratuitement les groupements divers qui sollicitent la gratuité de nos services. En ce qui concerne particulièrement les gendarmes, il décide que la lettre suivante sera envoyée à M. le colonel de gendarmerie pour être communiquée aux brigades :

Monsieur le colonel,

« Dans sa réunion du 9 novembre 1909, le Syndicat général des médecins d'Ille-et-Vilaine s'est occupé de la gratuité des soins que les médecins donnent généralement aux gendarmes et à leurs familles.

« Conformément à l'esprit qui anime nos diverses associations corporatives, notre Syndicat a jugé que dorénavant cette gratuité ne saurait être admise.

« Il convient, en effet, de faire remarquer que c'est l'Etat, et non pas le Corps médical, qui doit assurer aux gendarmes et à leurs familles la gratuité des soins médicaux. En conséquence, le Syndicat a décidé que les gendarmes seront soignés au tarif ouvrier local et il a chargé le secrétaire de porter cette décision à votre connaissance.

(*La Province médicale.*)

Serait-il vrai que la vérité soit en marche et que la mentalité des médecins se transforme au point qu'ils ne consentent plus à accepter d'honoraires payés en « monnoye de singe ».

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Docteur TROLARD, d'Alger, membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 20 Dimanche 15 MAI 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

SOMMAIRE

Propos du jour
Le résultat de la campagne électorale de nos syndicats 421
Clinique chirurgicale
La chirurgie du cancer du sein..... 423
La semaine médicale.
Les mastoïdites latentes. — Gonocoques et faux gonocoques. — Traitement de l'incontinence nocturne d'urine par les injections rétro-rectales de sérum. 425
Revue des sociétés savantes.
Extirpation complète du sein à l'anesthésie locale. — Rétraction de l'aponévrose palmaire. Lipomatose diffuse symétrique. Drain abandonné dans la plèvre. — Tumeur sacro-coccygienne. — Injection de pâte bismuthée dans les trajets fistuleux. — Appendicite et grossesse..... 427
Formulaire raisonné
L'arsenic..... 428
Ophtalmologie du praticien
Maladies infectieuses de la conjonctive..... 430
Thérapeutique
Considérations sur les adénirtes inguinales..... 433
Travailles et observations du praticien
Sur un cas d'emphysème sous-cutané généralisé.... 434
Hygiène
Une voiture sanitaire..... 434
Chronique syndicale
Le droit de mise à l'index de médecins même non syndiqués est reconnu aux syndicats..... 436
Chronique médico-mutualiste
Pourquoi faire des concessions aux S. S. M. ?..... 437
Chronique de la Prévoyance
Caisse des pensions de retraite du corps médical français..... 438
Correspondance
Une rectification..... 439
Jurisprudence médicale
Recouvrements d'honoraires. — Rejet d'une demande reconventionnelle basée sur des allégations sans preuves. Accidents du travail. — Le certificat médical fait partie des frais médicaux et est à la charge du patron, même s'il a été délivré par le médecin choisi par l'ouvrier et n'a pas été joint par le patron à la déclaration d'accident faite par lui..... 439
Reportage médical..... 441

PROPOS DU JOUR

Le résultat de la campagne électorale de nos Syndicats

Ils ne sont pas à dédaigner, les résultats de notre campagne. La liste des élus qui ont signé l'engagement de défendre la liberté de confiance ou qui ont formellement promis d'appuyer nos revendications est longue. Il n'y a pas, on pourra s'en rendre compte, que des médecins. Comme nous n'avons certainement pas encore centralisé tous les renseignements, cette liste est fatalement incomplète.

Tous les syndicats médicaux n'ont pas agi avec le même élan. Certains ont trouvé la formule de l'Union des Syndicats médicaux trop impérative, ne se rendant pas compte, évidemment, de l'élévation de ton qu'en temps d'élections doivent prendre toute proclamation et toute circulaire.

D'autres ont prétendu que notre campagne était destinée à violenter la conscience des électeurs et des candidats. Ces scrupules font honneur à ceux qui les ont eus, mais vraiment est-ce que l'Union des Syndicats médicaux, est-ce que nos Syndicats eux-mêmes, ont d'autre action que celle de donner un mot d'ordre ou des conseils utiles à toute la corporation ? Ont-ils les moyens de violenter les consciences ?

Ne s'adressent-ils pas à une élite capable de réfléchir, au sens critique aiguisé, et qui ne se précipite pas au scrutin comme une masse moutonnière ? Avons-nous, en préconisant une action électorale, demandé à nos confrères d'abdiquer leurs opinions, de collaborer au triomphe d'un parti ?

Il suffit de parcourir la liste de nos élus pour constater que *toutes* les opinions, des plus modérées aux plus extrêmes, du blanc le plus éclatant au rouge le plus vif, sont représentées dans le groupe de la défense médicale, nous allions dire la défense nationale, car, par le libre choix, nous poursuivons tout autant la défense du malade que celle du médecin.

Le succès obtenu nous encouragera à mieux faire plus tard.

Les élections des conseils généraux approchent, à nos Syndicats de faire une pression sur les candidats au sujet du libre choix dans l'assistance. Avec un peu de tact, d'énergie et d'activité, nous arriverons facilement au triomphe de nos revendications en ce qu'elles ont de justifié !

✦

Ainsi donc, un temps de repos, confrères syndiqués, et reprenez une action qui donne de si beaux résultats.

J. Noir.

Liste des députés nouvellement élus, ayant accepté la défense du libre choix du médecin par le malade.

PARIS

Ier arr. :	M. Maurice Barrès, de l'Académie Française.
IIe arr. :	M. l'Amiral Bienaimé.
Ve arr. :	M. Painlevé, de l'Académie des Sciences.
	M. Desplas.
VIe arr. :	M. Ch. Benoist, de l'Académie des Sciences morales et politiques.
VIIe arr. :	M. Spronck.
IXe arr. :	MM. Berry, Escudier.
Xe arr. :	MM. Groussier, Tournade.
XIIe arr. :	M Millerand, ministre du Commerce et de l'Industrie (avec réserve concernant l'exclusion des indignes).
XIIIe arr. :	MM. Leboucq. Buisson. Colly.
XIVe arr. :	M. M. Steeg
XVe arr. :	MM. Aubriot. Chauvière.
XVIe arr. :	M. Lucien Millevoye.
XVIIe arr. :	MM. Pugliesi-Conti. Joseph Ménard. Ernest Roche.
XVIIIe arr. :	MM. Marcel Sembat. Bussat. Rouanet.

SEINE

Saint-Denis :	MM. Wilm. Voilin. Walter. Meslier. Hector Depasse. Louis Dubois.
Sceaux :	MM. J. Coutant. Deloncle. Chenal.

DÉPARTEMENTS

Ain :	MM. Goujon, Dr Héritier.
Allier :	MM. Mille, Lamoureux.
Alpes-Maritimes :	MM. A. Donadéï, Gillette-Arimondy.
Ardennes :	M. le Dr Doisy.
Bouches-du-Rhône :	M. Chanot.
Charente-Infér. :	MM. de Lanessan, ancien ministre.
Cher :	MM. J.-L. Breton, Debaune, Dumas, Mauger.
Dordogne :	MM. R. David, de la Batut, Dr Sireyjol, Brunet.
Drôme :	MM. Maurice Long. Roux-Costadon.
Finistère :	M. le Dr Dubuisson.
Gard :	MM Cachin, de Ramel.
Garonne (Haute-) :	MM. A. Bedouce, Ellen Prévôt.
Gers :	MM. Dr Samalens. Thierry-Cazes. Dufrèche.
Hérault :	M. P. Leroy-Beaulieu.
Isère :	M. Joseph Brenier.
Loire :	MM. Dr Laurent. Chialvo.
Loire (Haute-) :	MM. Boutaud.
Loire-Inférieure :	MM. Guist'hau, de Dion, Ginoux-Defermon, de Montaigu, Sibille, Roch.
Loiret :	MM. Alasseur, Dr Vazeille.
Marne :	MM. Haguenin, Lenoir. Dr Péchadre.
Mayenne :	MM. Dutreil, de Hercé, Chaulin-Servinière, de Villebois-Mareuil.
Nièvre :	M. Roblin.
Nord :	MM. Dumont, Henri Cochin.
Pas-de-Calais :	MM. Basly, Lamendin.
Puy-de-Dôme :	M. Pithon.
Pyrénées-Orient. :	MM. E Brousse, Manant, Dr Pujade.
Saône-et-Loire :	M. Henri Maître.
Sarthe :	M. Laroche.
Seine-Inférieure :	MM. Siegfried, Georges Bineau.
Seine-et-Oise :	M. le Dr E. Vian.
Sèvres (Deux-) :	MM. Damelier, Rougier.

Liste des médecins députés

MM. Bozonet, Bollet, Héritier, Thivrier, Durand (Aude), Lachaud, Balesi, Baudet (Côtes-du-Nord), Clament, Sarrazin, Sireyjol, Dubuisson, Cazauvieilh, Chapuis (Jura), Laurent, Devins, Vazeille, Péchadre, Chapuis (Meurthe-et-Moselle), Defontaine, Dron, Delpierre, Chopinet, Delelis, Morel (Pas-de-Calais), Sabaterie,

Champige, Chassaing, Pujade, Simyan, Empereur, Meslier, Lorimy, Trouvé, Tarrade, Ganault, Blanc, Plouzané, Monprofit, Grandjean, Perier, Doizy, Samalens, Theveny, Even, Fesq, Guiraud, Dupuy, Bories, Augagneur, De Lanessan, E. Vian.

Pharmaciens : MM. Mille, Astier (Ardèche), Bachimont, Baduel, Pelisse, Morel (Loire), Renard, Selle, Chamerlat, Schmidt, Fabre (Puy-de-Dôme), Barthe, Maison.

Vétérinaires : MM. Fitte, Ragally.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur RECLUS.

La chirurgie du cancer du sein.

Il y a une dizaine d'années, sont entrées en France les méthodes d'extirpation pour cancer du sein dues aux chirurgiens américains. La plupart de mes collègues, à ce moment, ont adopté les-dites méthodes, et, pour ma part, j'ai consacré ma première leçon clinique de l'hôpital de la Charité à la technique des opérations américaines. Maintenant que dix ans se sont écoulés depuis l'introduction de ces procédés alors nouveaux, il devient nécessaire d'envisager où en est aujourd'hui la question.

Je serai assez bref sur le manuel opératoire, que vous connaissez pour l'avoir vu souvent mettre en œuvre ici même. La technique repose sur un vieux principe de chirurgie qui veut que toute opération soit adéquate au mal contre lequel elle est dirigée, c'est-à-dire enlève la totalité de ce mal. Il s'agissait précisément de savoir quelles étaient les limites de la lésion. Jadis, on constatait un noyau cancéreux dans le sein, on enlevait ce noyau. Vinrent les travaux des anatomo-pathologistes. Ils montrèrent ceci: quand il existe dans le sein un noyau cancéreux, il y a des chances pour que la glande soit envahie. D'où cette déduction : il ne faut pas enlever seulement le noyau néoplasique, mais la glande tout entière. Puis, l'anatomie des organes s'empara de la question et montra que le sein est plus étendu qu'on ne le croit, qu'il présente des prolongements, des languettes, parfois des lobes aberrants. Cela conduisit à une extirpation large partant du bord supérieur de la deuxième côte pour arriver au bord inférieur de la sixième et s'étendant transversalement de la ligne axillaire au bord externe du sternum.

Voilà donc une première indication très précise, la nécessité d'enlever la glande tout entière et de ne pas oublier que cette glande a des limites plus étendues qu'on ne pourrait le croire.

Bientôt, les anatomo-pathologistes allèrent plus loin et se demandèrent si, aux lésions néoplasiques de la glande, ne pouvaient pas se joindre des altérations de voisinage. Ils démontrèrent que la dégénérescence était susceptible de s'étendre au fascia pectoralis, fréquemment au grand pectoral lui-même ; celui-ci se trouverait envahi par des traînées épithéliales dans près d'un tiers des cas. De là une nouvelle indication opératoire : enlever le fascia pectoralis et le grand pectoral.

Est-on en mesure d'affirmer qu'après l'ablation du grand pectoral, le mal entier est certainement extirpé ? Non. Nous n'avons pas parlé encore de la peau et des ganglions. La peau est fréquemment atteinte ; les plissements, la « peau d'orange », comme on dit, montrent nettement la participation des téguments, de telle sorte que vous avez une autre indication. Il ne suffit pas d'enlever la peau prise au niveau de la tumeur. On ne doit pas oublier que l'altération des téguments s'étend beaucoup plus loin que les limites de la « peau d'orange ». La peau est le tissu pris le plus largement, et vous savez que les récidives du cancer du sein se font très fréquemment dans la peau. Aussi, convient-il d'en pratiquer une exérèse très large. Je crois avoir été un des premiers à donner la formule suivante : enlevez de la peau tout ce que vous pourrez en laissant juste l'indispensable pour la réunion immédiate. Cette formule est, aujourd'hui, trop restrictive. Il n'y a plus lieu de se préoccuper de la réunion immédiate. Il faut enlever la peau largement. Et même, dans les cas où vous avez fait une extirpation large, n'oubliez pas que c'est presque toujours par une apparition du cancer à la peau que se produit la récidive. Je rappelle volontiers l'histoire d'une dame chez laquelle j'ai enlevé, il y a douze ans, un cancer du sein ; la récidive vient seulement de se faire et dans la peau. N'oubliez pas ce point particulier des récidives.

J'arrive au système lymphatique, qui joue avec la peau un rôle très important dans le cancer du sein. Nous savions, mais les auteurs américains ont insisté sur ce fait que les lymphatiques sont les grands propagateurs des éléments du cancer. Il y a intérêt à faire disparaître les trajets lymphatiques entre la mamelle et les ganglions. On sait maintenant que si le cancer s'inocule difficilement d'une personne à l'autre, l'auto-inoculation est beaucoup plus aisée. Quand vous enlevez un cancer, ayez soin de ne pas l'ouvrir, car vous pourriez le greffer sur des tissus normaux ; maintenez-vous toujours en tissu sain. Si vous croyez avoir touché le cancer, oblitérez-le, et changez de bistouri. Vous devez toujours, au lieu d'énucléer les ganglions, dépasser les limites du mal et avoir le bistouri en dehors de ces limites.

Les anatomistes sont intervenus et, avec eux, on a eu la prétention de parvenir à extirper le cancer tout entier. Il est, disent les anatomistes, une série de lymphatiques ayant une grande importance. Grossmann a démontré l'existence de

ganglions perforants, traversant le grand pectoral, pour se jeter dans les ganglions sus-claviculaires. Poirier et Rieffel ont décrit à la face postérieure du sein des lymphatiques perforants traversant les muscles intercostaux. Enfin, vous savez que les lymphatiques de la peau, au niveau des seins, se croisent avec ceux du côté opposé. Si vous vouliez être mathématiciens, vous devriez enlever tous ces lymphatiques. A la vérité, restons biologistes. Sachons qu'il existe des facteurs inconnus, et raisonnons sur les choses probables. Je ne vous ai pas parlé encore du petit pectoral. Il y a quelque chose à dire à son sujet. Il est rarement pris, mais son extirpation met mieux à jour la région sus-claviculaire.

Je viens de vous montrer ce qu'étaient les opérations du cancer du sein, il y a dix ans. Il fallait faire des extirpations très larges, enlever le grand pectoral, le petit pectoral, le fascia pectoralis, évider l'aisselle, etc. Un grand nombre d'entre nous pratiquèrent ces opérations. Ils constatèrent qu'elles offraient une gravité assez grande. La mortalité des ablations ordinaires du sein est pour ainsi dire nulle. Eh bien ! les opérations selon les méthodes américaines ont eu des cas de mort opératoire. Elles peuvent entraîner des accidents, des suites ennuyeuses. Nous avons remarqué que nos opérées avaient parfois un œdème énorme du bras. Nous avons perdu de vue ces malades pour la plupart, ainsi qu'il arrive souvent pour la clientèle hospitalière, et ne savons pas si les œdèmes ont persisté. Dans un cas pris dans ma clientèle de ville, l'œdème dure depuis cinq ans. Il avait pris un tel développement vers la troisième année qu'un chirurgien de Saint-Pétersbourg pensa à une récidive et à une compression de l'aisselle par le néoplasme nouveau. Voilà une malade qui a franchi l'étape de 5 ans — étape considérée comme fatidique pour le cancer du sein — sans récidive, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle a eu les inconvénients de l'œdème. Il y a aussi de l'impotence du membre.

Lorsque nous eûmes établi ce bilan (œdème et impotence), nous avons voulu faire un examen critique de ces méthodes. Les uns et les autres, en France, nous sommes arrivés au même résultat. Pour la peau, nous sommes intransigeants. Il faut en enlever le plus possible sans se préoccuper de la réunion. Pour les lymphatiques, soyons également intransigeants, mais lorsque nous ne pouvons les enlever qu'avec des délabrements, nous ne le faisons pas.

Pour les muscles, l'exérèse complète du grand pectoral est-elle utile ? Non. Autant il est nécessaire d'enlever la portion du grand pectoral sur laquelle repose la mamelle, autant il est inutile d'enlever celle, par exemple, qui s'insère sur la clavicule. Si vous vous contentez de l'ablation partielle du muscle, vous aurez le même résultat. Pour le petit pectoral, encore bien plus. Par la méthode simple qui consiste à fendre ce muscle, on obtient un écartement des fibres qui met à découvert la région sous-jacente.

Voilà la pratique que nous employons à l'heure qu'il est. Après avoir pris le sein malade à pleine main, nous faisons une grande incision qui descend au-dessous de la sixième côte et nous arrivons aux muscles. Nous coupons l'aponévrose et nous insinuons le doigt au-dessous du grand pectoral pour couper ce muscle sur notre doigt. Nous nous trouvons alors en présence du petit pectoral que nous coupons à son tour. Et alors, suivant le bord inférieur de la veine axillaire, nous pouvons disséquer les vaisseaux et les nerfs, et enlevons d'un bloc la masse graisseuse qui contient les ganglions. Nous avons à combler une vaste perte de substance. On arrive, dans certains cas, par des tractions, à faire la réunion. Si on ne peut pas y parvenir, on mobilise les parties voisines, le sein opposé, ou bien on fait des greffes.

Nous nous sommes mis tous d'accord, tacitement et sans nous concerter, à Paris, pour apporter ces modifications aux opérations américaines. Nous n'avons plus ni œdème, ni impotence du membre supérieur. Voilà où en est actuellement la question.

Les opérations américaines étaient-elles meilleures avant ces modifications ? Un fait vous étonnera peut-être. Pour une opération aussi fréquemment pratiquée, nous ne possédons pas de statistique importante . Les statistiques américaines donnent bien 70 % de guérisons, mais elles sont critiquables. Je vous affirme qu'il y a là erreur et j'en connais l'origine. N'oubliez pas qu'il existe, au sein, une affection dite maladie kystique de la mamelle qui, au début, a été qualifiée d'épithélioma. Vous savez qu'il est démontré que ce n'est pas un épithélioma, mais une mastite chronique. Ces maladies kystiques sont des plus fréquentes et elles sont souvent prises pour des cancers. On trouve autour d'elles des dégénérescences épithéliales et c'est de très bonne foi que les auteurs américains peuvent les faire rentrer dans le groupe des cancers. En matière de cancer, d'ailleurs, il y a des choses étranges. J'ai fait il y a quelque temps une opération de simple ablation du sein pour un cancer, croyant à un adénome. Je n'ai pas constaté encore de récidive. On ne connaît pas très bien le cancer. Il faudrait un très grand nombre d'observations pour arriver à une opinion ferme sur la valeur de ces opérations. Il n'en est pas moins vrai qu'elles sont rationnellement supérieures aux autres. Je suis certain que les récidives sont, avec elles, moins fréquentes. M'appuyant sur un certain nombre de cas de ma clientèle privée, je trouve 38 % des opérées, plus du tiers, qui échappent à la récidive.

En résumé, je voudrais vous faire remarquer qu'à l'heure présente en matière de chirurgie du cancer du sein, on a fait un peu machine en ar-

rière sur ce qu'on pratiquait il y a dix ans. En prenant aux méthodes américaines ce qu'elles ont de bon et en évitant leurs exagérations, on est parvenu à la technique actuelle. D'ailleurs, vous ne devez pas oublier qu'il ne faut pas toujours aborder le cancer du sein avec le bistouri. Il est des cas encore inopérables, lorsque l'opération entrainerait de trop larges dégâts.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. LACROIX.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Les mastoïdites latentes.

Dans une récente leçon clinique, M. le Dr *Luc* a étudié la question si délicate des mastoïdites latentes et de leur diagnostic précoce.

On a admis, dit-il, pendant longtemps que la suppuration de l'antre pétro-mastoïdien ne pouvait avoir lieu que consécutivement à la suppuration de l'oreille moyenne par l'intermédiaire de l'aditus.

Or, Labarre, de Bruxelles, le premier, puis le Dr Luc ont acquis la conviction, basée sur des faits, que certaines otorrhées aiguës, à la fois profuses et tenaces ne sauraient s'expliquer que par la participation de l'antre à la suppuration.

« Indépendamment de ces caractères d'abondance et de persistance pendant de longues semaines, l'écoulement se signale alors par une autre particularité : vient-on à vider la caisse de son pus par tous les moyens, dont nous disposons : lavages, Valsalva ou douches d'air suivis d'étanchements minutieux, presque aussitôt après, on voit, de la perforation tympanique, sourdre une nouvelle gouttelette de pus.

« Parfois, dans ces conditions, alors que le malade n'accuse, tant le jour que la nuit, aucune douleur rétro-auriculaire spontanée, une forte pression exercée comparativement à droite et à gauche, à la base de l'apophyse, permettra de constater un certain degré de sensibilité du côté de l'otite ; mais ce signe peut faire absolument défaut, le pus antral n'éprouvant aucune difficulté à s'écouler par l'aditus béant.

« L'antrite *latente* se trouve alors constituée, si tant est que le médecin qui l'observe méconnaisse les particularités sur lesquelles on vient d'insister et attende les éléments de son diagnostic de l'apparition de phénomènes douloureux spontanés ou provoqués, au niveau de la région rétro-auriculaire. Or ceux-ci ne surviendront que le jour où la mastoïdite se compliquera de rétention, soit par le fait du gonflement de la muqueuse de l'aditus, soit par le fait de l'extension de la suppuration de l'antre au système lacunaire de l'apophyse, d'où le pus éprouve les plus grandes difficultés à se faire jour vers l'extérieur. »

La conclusion pratique formulée par le Dr Luc est à retenir : « Quand, *dans un cas d'otite aiguë traité dès le début par une large paracentèse, la suppuration persiste sans atténuation de son abondance, au delà de la troisième ou de la quatrième semaine au plus, prévenir le malade que, s'il n'est pas impossible que l'otorrhée finisse par se tarir sans opération, ce résultat risque fort de se faire longtemps attendre, et que, de là à ce qu'il soit obtenu, il demeure exposé à des accidents de la plus haute gravité; qu'en revanche, l'ouverture de l'antre présenterait le double avantage de le préserver de ce danger et de mettre rapidement fin à sa suppuration ; et si, malgré cet avertissement, le malade optait pour l'abstention, lui en laisser l'entière responsabilité.* »

Gonocoques et faux gonocoques

Très fréquemment, le praticien est sollicité de se prononcer sur la virulence ou la non-virulence d'un suintement uréthral avant un mariage. Y a-t-il ou n'y a-t-il plus de gonocoques ? Question moins facile à résoudre qu'on se le figure généralement. M. le Dr L. Wormser a publié récemment dans les *Annales des maladies des org. gén. urin.* le cas d'un malade porteur d'un léger écoulement uréthral matinal qui, désirant se marier, avait été affolé par l'examen d'un bactériologiste, d'ailleurs fort compétent ; cet examen avait été affirmatif au point de vue de l'existence des gonocoques.

M. Wormser ajoute :

« Notre certitude de l'impossibilité de ce diagnostic était telle que nous n'en fûmes nullement ému, et le malade ayant eu soin de reprendre avec lui la lamelle qui avait servi au diagnostic, nous la revîmes au microscope, constatant comme auparavant la présence de gros diplocoques isolés, que nous persistions à ne pas prendre pour des gonocoques.

« Il faut ajouter que l'écoulement n'avait pas pris de virulence plus marquée, malgré le traitement d'épreuve subi ; d'autre part la décoloration par la méthode de Gram n'avait pas été faite.

« Nous étions convaincu, en raison de la grosseur et de la forme particulière des diplocoques, de leur dissémination, qu'il s'agissait, non pas de gonocoques mais de la forme décrite par Rousseau sous le nom de *Micrococcus fallax* ou faux gonocoque.

« La suite des événements ne manqua pas d'ailleurs de nous donner pleinement raison : quelques lavages à l'oxycyanure, alternés avec des lavages alcalins, défavorables, selon Rousseau, à la culture du *Micrococcus fallax*, eurent très vite raison de la persistance de la goutte.

« Nous autorisâmes le mariage sans aucune réserve, et jamais, depuis trois ans qu'il est marié, le malade n'a constaté de récidive, il conserve comme la plupart des malades porteurs d'uréthrites chroniques anciennes un simple suintement matinal insignifiant. Sa femme n'a jamais présenté aucun trouble du côté des organes génito-urinaires. »

« Il faut conclure de cette possibilité d'erreur, que, dans les cas chroniques ou subaigus, le diagnostic exact ne peut être fait que *par le clinicien* : celui-ci, condition essentielle, devra s'aider de son microscope, mais, comme le dit Rousseau avec une précision sur laquelle nous insistons : « il ne faut pas se borner à invoquer pour diagnostic le seul examen microscopique. »

« On peut poser en principe que tout écoulement douteux, dont on a augmenté l'intensité par le traitement d'épreuve, qui n'est pas devenu jaunâtre un ou deux jours après a bien peu de chances pour contenir des gonocoques.

« Il ne s'agit là, sans doute, que d'une impression clinique : mais elle a, selon nous, une grosse importance quoique sujette à erreurs. C'est alors que vient s'ajouter à cette simple impression le contrôle rigoureux de l'examen bactériologique : le praticien, accoutumé d'une part aux recherches microscopiques, connaissant d'autre part son malade pour avoir vu déjà l'écoulement de la veille ou des jours précédant l'épreuve, aura fort peu de chances pour se tromper sur la nature des bactéries qu'il examine.

« Combien de malades porteurs de blennorrées anciennes diagnostiquées gonococciques n'ont dans leur écoulement que de ces faux gonocoques, contre lesquels, et pour cause, les longs traitements classiques n'agissent évidemment pas, sinon pour les irriter davantage.

« Certains auteurs ont considéré les pseudo-gonocoques, à quelque variété qu'ils appartiennent, comme d'anciens gonocoques modifiés dans leur forme et surtout dans leur virulence, ne déterminant plus que des symptômes très atténués chez ceux qui en sont porteurs, mais capables cependant de déterminer chez autrui, par le contact, une blennorragie aiguë, les microbes reprenant sur un terrain nouveau leur virulence première.

« Il est impossible de faire des expériences cliniques d'une véracité absolue sur ce point, mais nous pensons nettement que seules des erreurs de diagnostic bactériologique ont pu former la base de cette opinion. »

Traitement de l'incontinence nocturne d'urine par les injections rétro-rectales de sérum.

M. le Dr C. Eon, de Paris, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude d'une nouvelle méthode de traitement de l'incontinence nocturne d'urine par les injections rétro-rectales de sérum artificiel.

« Le manuel opératoire est des plus simples et à la portée par conséquent de tous les praticiens.

« Il suffit d'avoir à sa disposition une seringue de Roux, une aiguille en platine et du sérum artificiel.

« Le malade, étant anesthésié, est placé dans la position latérale gauche. Le membre inférieur gauche, en contact avec le plan de la table ou du lit, est maintenu en extension, la cuisse opposée, au contraire, est moyennement fléchie sur le bassin, la jambe de même sur la cuisse.

« Après les soins antiseptiques ordinaires, on se place à droite du malade et on introduit dans le rectum l'index gauche préalablement enduit de vaseline. Le lieu d'élection pour enfoncer l'aiguille se trouve à un centimètre environ de la pointe du coccyx sur le raphé ano-coccygien. On fait pénétrer l'aiguille presque perpendiculairement à l'axe du corps du petit malade, sur une profondeur de 8 à 10 millimètres, puis elle contourne le coccyx et pénètre aussi loin que possible dans l'espace rétro-rectal proprement dit. Elle vient parfois buter contre la face antérieure du sacrum, ce qui n'a pas d'inconvénient, car il suffit de la déplacer très légèrement en avant, pendant que l'index gauche placé dans le rectum la guide et l'empêche de perforer la paroi rectale. On pousse, ou mieux on fait pousser par un aide l'injection de sérum. Si au cours de cette manœuvre l'aiguille a perforé le rectum, le liquide ressort brusquement par l'anus. Dans ce cas, il faut replacer l'aiguille en bonne position et alors, après avoir injecté deux ou trois seringues de Roux, on voit le sérum sourdre goutte à goutte de l'aiguille : à ce moment on peut être sûr que l'espace rétro-rectal se remplit. La force nécessaire pour pousser l'injection croît proportionnellement à la quantité de sérum injecté.

« A mesure que le liquide est introduit l'index gauche sent se développer une petite voussure qui augmente peu à peu de volume et refoule en avant les parois postérieures du rectum.

« On injecte sans inconvénients de 150 à 200 centimètres cubes de sérum ; il semblerait même qu'il y ait avantage à injecter d'emblée 200 centimètres cubes. »

Comme toutes les méthodes ce traitement de l'incontinence nocturne d'urine a ses avantages et ses inconvénients.

Le sujet étant anesthésié ne souffre pas ; il est vrai qu'on a toujours les risques du chloroforme.

On pourrait aussi nous dire que du fait de la pénétration en plein tissu cellulaire, on a des chances de favoriser l'infection. Nous ne répondrons qu'un mot, c'est que les praticiens aseptiques sont armés contre elle et que le cas d'infection est encore à se présenter. En pareil cas, on aurait au moins l'avantage d'un drainage facile. Enfin pendant la manœuvre opératoire on peut rompre l'aiguille au niveau de son armature. Cet incident, que nous n'avons jamais observé et qu'il est très facile d'éviter, n'aurait aucune suite fâcheuse, car il serait facile d'extraire immédiatement l'aiguille brisée, au moyen d'une pince hémostatique, par exemple, et de terminer l'injection avec une aiguille de rechange.

La méthode, beaucoup plus simple que celle de Cathelin, semble donner de meilleurs résultats : la région est bien connue, l'accès en est facile. Les fausses routes latérales, les discisions périostiques, ne sont guère possibles, car les points de repère sont simples à trouver. Un doigt intro-

duit dans le rectum et la pointe du coccyx sentie, le chirurgien ne peut manquer son but.

Tout médecin digne de ce nom est donc capable de la faire à la campagne comme à la ville, sans qu'il ait besoin de souvenirs anatomiques bien exacts ou de s'être exercé à l'amphithéâtre pour son début.

Ce traitement a, de plus, l'avantage d'être vraiment pathogénique, puisqu'il s'adresse directement au plexus hypogastrique, le vrai coupable dans la production de l'incontinence.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Extirpation complète du sein à l'anesthésie locale. — Rétraction de l'aponévrose palmaire. — Lipomatose diffuse symétrique. — Drain abandonné dans la plèvre. — Tumeur sacro-coccygienne. — Injection de pâte bismuthée dans les trajets fistuleux. — Appendicite et grossesse.

M. Chaput présente à la *Société de chirurgie* une femme chez laquelle il a pratiqué une *extirpation complète du sein* avec curage de l'aisselle *à l'anesthésie locale*. Malgré l'importance de l'opération, l'anesthésie a été parfaite, la malade n'a pas proféré une plainte. L'auteur s'est servi d'une solution de novocaïne à 1 p. 200, additionnée d'adrénaline. La dose injectée dans ce cas a été de 140 centimètres cubes, c'est-à-dire 70 centigrammes de novocaïne. Cette observation montre que l'anesthésie locale peut servir à exécuter des opérations très étendues et assez compliquées. Elle montre aussi que la novocaïne peut être maniée sans appréhension, grâce à sa toxicité relativement faible.

— M. Nélaton rapporte à la *Société de chirurgie* le cas d'un homme qu'il a opéré de *rétraction de l'aponévrose palmaire* par le procédé de Routier.

Cet homme avait une bride de rétraction sur l'annulaire de la main gauche, empêchant absolument le mouvement d'extension. M. Nélaton fit une incision découvrant la bride, qu'il disséqua en enlevant tous ses prolongements fibreux. Le résultat fut excellent.

M. Walther croit aussi à l'excellence du procédé. Mais il faut établir une distinction bien nette entre les différentes formes de rétraction de l'aponévrose palmaire et songer aux cas très nombreux où elle est d'origine diabétique.

M. Tuffier vient également de guérir un malade atteint de rétraction de l'annulaire gauche par ablation de la bride. Il pense, toutefois, qu'il ne faudrait pas espérer pareil bénéfice dans toutes les rétractions de l'aponévrose palmaire.

— M. Pozzi présente à la *Société de chirurgie* une femme de 46 ans atteinte de *lipomatose diffuse*, affection pour laquelle elle est venue réclamer une intervention. La lipomatose est surtout accusée au niveau des membres qui sont énormes et offrent une série de nodosités graisseuses. L'ensemble de ces lésions a débuté il y a 25 ans, trois mois après un accouchement suivi de fièvre puerpérale.

Une première intervention chirurgicale fut tentée en 1897 par un chirurgien de Bordeaux qui pratiqua avec succès l'ablation de quatorze masses lipomateuses de l'avant-bras gauche. M. Pozzi se propose d'enlever les plus gros de ces lipomes. Il se demande si les lipomes en question ne relèvent pas d'une cause toxi-infectieuse, les premiers étant apparus après une fièvre puerpérale.

— M. Rousseau montre à la *Société des chirurgiens de Paris* un malade auquel il fit en 1906 une large résection des 7e, 8e, 9e et 10e côtes pour extraire un *drain abandonné dans la cavité pleurale* quatorze ans auparavant à la suite d'un empyème. Ce malade conserva le drain dans la plèvre de l'âge de 14 ans à celui de 28 ans et se développa quand même normalement quoique le drain occupât une vaste poche purulente enkystée ayant annihilé complètement le fonctionnement du poumon.

La cicatrisation de la plaie était parfaite et la cicatrice devenue invisible. Il n'y avait jamais eu de vomiques. M. Rousseau considère ce cas comme absolument exceptionnel, tous les accidents semblables d'échappement de drains relatés jusqu'à ce jour ayant chaque fois laissé comme conséquence une fistulisation de l'ouverture pariétale avec écoulement continu ou intermittent de pus.

— M. Barbarin rapporte à la *Société des chirurgiens de Paris* l'observation d'un enfant de treize mois qu'il a opéré d'une *tumeur sacro-coccygienne*. Il s'agissait d'une masse de la grosseur de deux poings, à très large pédicule, recouverte de peau saine, qui ne s'accompagnait d'aucun trouble nerveux et qui avait grossi très rapidement. L'intervention montra qu'elle n'avait aucune connexion profonde. L'affection était vraisemblablement une inclusion fœtale, car l'examen histologique révéla la présence de cellules diverses : pavimenteuses, cylindriques, disséminées sans ordre, et plus particulièrement des villosités choriales.

— M. Péraire présente à la *Société des chirurgiens de Paris* une malade opérée de salpingite suppurée qui avait conservé pendant deux ans une fistule abdominale rebelle aux traitements ordinaires. *L'injection de pâte bismuthée*, suivant la *méthode de Beck*, faite dans un simple but radiographique, amena la fermeture complète et définitive du trajet fistuleux. M. Péraire a observé également, avec le même procédé, deux guérisons de fistules inguinales consécutives à des cures radicales de hernies.

✦✦

M. Huguier a obtenu, par la méthode de Beck, plusieurs succès dans des cas analogues. Il cite, en particulier, celui d'un malade opéré depuis plusieurs mois d'appendicite suppurée chez qui persistait une fistule rebelle à tous les traitements. Une seule injection de vaseline bismuthée au tiers suffit à faire fermer définitivement le trajet fistuleux.

— M. Péraire relate, à la *Société des chirurgiens de Paris*, l'histoire d'une jeune femme de 19 ans 1/2 qui fut atteinte d'une crise particulièrement grave *d'appendicite* avec œdème sous-péritonéal et lymphangite *pendant le cours de la grossesse*. L'appendicectomie coupa court aux menaces d'infection généralisée du péritoine et n'influença en rien la grossesse. Celle-ci continua à évoluer et se termina par un accouchement normal.

M. Paul Delbet rapporte plusieurs cas de grossesse compliquée d'appendicite. Il insiste sur la gravité du pronostic pour la mère et le fœtus. Il discute les indications et conclut : avant le 6e mois de la grossesse, se comporter vis-à-vis de l'appendicite suivant les règles ordinaires, mais faire une large place à l'opération à chaud, l'appendicite ayant habituellement une évolution grave. Du 6e au 8e mois, temporiser le plus possible. Après le 8e mois, à la moindre menace provoquer l'accouchement et faire l'opération d'appendicite immédiatement après.

MM. Bonamy et Verchère ont aussi opéré d'appendicite aiguë, au cours de la grossesse, des malades qui ont ensuite accouché normalement et à terme.

M. Le Bec estime que la présence d'une grossesse ne doit pas être une contre-indication aux interventions abdominales lorsque l'affection pour laquelle on intervient est grave pour la vie (appendicite aiguë) ou peut devenir au moment de l'accouchement une cause de dystocie (kystes de l'ovaire, tumeurs abdominales). Avec M. Bonamy, M. Le Bec insiste sur la nécessité de la rapidité opératoire pendant les interventions chez les femmes enceintes.

P. L.

Erratum : Dans l'éloquent discours du Dr Boyer, du Puy, publié à la fin du Propos du jour de notre dernier numéro se sont glissées deux coquilles : *Basalte* a été mis au féminin et par une compensation de hasard *oasis* a été mise au masculin. C'est à la distraction du correcteur et non à celle de notre distingué confrère, membre de la Société des gens de lettres, qu'il faut attribuer ces deux fautes.

J. N.

FORMULAIRE RAISONNÉ

L'arsenic,

Par le Dr André Lombard.

Méthylarsinate et cacodylate de soude.

Le monde médical a accueilli avec enthousiasme ces composés organiques de l'arsenic qui ont sur les composés minéraux l'avantage d'une moindre toxicité ; disons tout de suite que celle-ci tient à la lenteur avec laquelle ils se décomposent dans l'organisme. Etudiés et présentés par le Prof. A. Gautier, ils représentent des combinaisons méthylées de l'acide arsénique. L'acide cacodylique $OAs\,(OH)\,(CH^3)^2$ ne diffère de l'acide arsénique $OAs\,(OH)^3$ que par la substitution de deux groupes CH^3 à deux groupes OH. Le sel sodique de l'acide cacodylique fut introduit le premier en thérapeutique : c'était un composé diméthylé ; la présence de cette fonction chimique permettait d'en faire absorber de grandes quantités. Aussi ne fut-on pas peu surpris de voir apparaître ensuite un autre sel, annoncé sous le nom d'arrhénal, qui n'avait plus qu'un groupement méthylé. Or, c'est le méthyle qui rend l'arsenic moins toxique : le cacodylate est deux fois méthylé, l'arrhénal ne l'est qu'une fois, et l'expérimentation prouve en outre qu'il est cinq fois plus toxique que le cacodylate (M. Laffont).

Sauf dans la leucémie, l'un et l'autre de ces sels sont souvent, et avec avantage, substitués à l'arsenic minéral. C'est dire que, dans la tuberculose, l'asthme, l'emphysème, la neurasthénie, le diabète, la chorée, l'anémie, la chlorose, dans les affections cutanées des scrofuleux et des arthritiques, ils trouvent un utile emploi. Ils ont été prônés comme spécifiques du paludisme ; sans doute ne le sont-ils pas, mais ils peuvent rendre des services ; et aussi dans la syphilis sans que jamais cependant ils puissent être considérés comme spécifiques et empêcher le traitement mercuriel.

Leur emploi est contre-indiqué, chez les tuberculeux, par la fièvre, les hémoptysies ; chez tous les malades par la dégénérescence du foie ; d'une façon générale, les contre-indications sont celles de la médication arsenicale.

Ces deux sels peuvent être pris par la voie gastrique, rectale ou sous-cutanée ; mais une même règle commande leur emploi : c'est que leur absorption ne soit pas prolongée au-delà de quatre à sept jours pour le monométhylarsinate disodique (arrhénal) *per os* ; au-delà de dix jours pour le cacodylate par la voie gastrique ou hypodermique. Après un intervalle de repos égal au temps de la médication, on recommence celle-ci. Faute de faire observer ce repos au ma-

lade, il se produit chez lui de l'oxyde de cacodyle, toxique, dont la présence se traduit par l'odeur alliacée de l'haleine, première manifestation, sinon de l'intoxication, du moins de l'intolérance.

En pratique, il vaut mieux réserver le monométhylarsinate pour la voie gastrique et le diméthylarsinate (cacodylate) pour la voie hypodermique. Le premier de ces sels se prescrit à la dose de quatre à vingt-cinq centigr. par jour ; en moyenne cinq centigr. en deux fois. Le second est pris à la dose de deux à dix centigr. en moyenne de cinq centigr.; chez l'enfant, après 3 ans, la dose *maxima* est d'un demi-centigr. par jour et par année d'âge. L'un et l'autre se prennent avant ou pendant les repas.

Monométhylarsinate. — On peut prescrire les cachets suivants :

Monométhylarsinate de soude....	0 gr. 025
Phosphate de chaux.....	0 gr. 30
Magnésie hydratée.....	0 gr. 20

en un cachet n° 30.

dont on fera prendre deux par jour, aux repas, soit pendant trois périodes de cinq jours, espacées chacune de cinq jours, soit pendant deux semaines séparées par un intervalle d'une semaine. Ils conviennent fort bien dans les anémies et les premières étapes de la tuberculose.

On prescrit aussi vingt à cent gouttes par 24 heures de :

Méthylarsinate disodique.....	1 gr.
Eau distillée.....	25 gr.

ou bien deux cuillerées à café par jour de

Méthylarsinate disodique.....	0 gr. 75
Eau distillée.....	150 gr.

que l'on peut aussi bien faire prendre en lavements, de même qu'on peut incorporer à un suppositoire la dose utile de cinq centigr. en général.

On peut adopter aussi des granules dosés à un centigr. Reste enfin l'injection hypodermique qui n'est pas à conseiller ; il y a dans le commerce des ampoules d'un cmc. dosées à cinq centigr.; mais on peut formuler :

Méthylarsinate de soude.....	5 gr.
Alcool phéniqué à 1/10.....	II gouttes
Eau distillée .....q.s.p.	100 cmc.

et 1 cmc. correspondant à cinq centigr.

Le *cacodylate de soude* se prescrit en pilules :

Cacodylate de soude.....	10	centigr.
Poudre de noix vomique.....	6	—
Conserve de roses.....	10	—

pour 1 pilule, 2 à 3 par jour avant les repas. (Debove, Pouchet) ;

en potion :

Cacodylate de soude.....	1 gr.
Sirop de menthe.....	80 gr.
Eau distillée ....q.s.p.	200 cmc.

une cuillerée à soupe de 20 gr. représente dix centigr. ;

en solution :

Cacodylate de soude.....	0 gr. 50
Eau chloroformée.....	30 gr.
Eau bouillie.....q.s.p.	300 gr.

une cuillerée à soupe deux fois par jour, avant les repas ;

en lavement :

Cacodylate de soude.....	0 gr. 25 à 0 gr. 50
Eau distillée.....	200 gr.

cinq cmc. (une cuil. à café) en lavement deux fois par jour;

en injection hypodermique. Outre les ampoules dosées à cinq ou dix centigr. par cmc. on peut formuler :

Acide cacodylique	5 gr.

Saturer directement par le carbonate de soude et ajouter :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 08
Créosote dissoute en 8 gr. d'alcool.	V gouttes
Eau distillée bouillie.....q.s.p.	100 cmc.

Cette solution contient cinq centigr. par cmc. (A. Gautier) ;

ou encore :

Cacodylate de soude.....	1 gr.
Eau distillée bouillie.....	20 cmc.
Formol à 40 %	I goutte.

Les injections de cacodylate comme celles de méthylarsinate sont souvent très bien supportées et ne causent aucune gêne ; il est, au contraire, des sujets qui les trouvent très douloureuses, même quand aucun antiseptique n'est ajouté à la solution injectée.

On peut associer le cacodylate au traitement mercuriel dans la formule suivante :

Cacodylate de soude.....	0 gr. 30 à 0 gr.50
Biiodure d'hydrargyre.....	0 gr. 10
Iodure de potassium.....	0 gr. 20
Eau distillée.....q.s.p.	10 cmc.

Stériliser pour injections hypodermiques (Brousse), on en injecte quotidiennement un cmc.

Responsabilité des Pharmaciens. — La dixième chambre du tribunal a décidé, sur plaidoiries de Mes Aubépin et Virey, et sur le réquisitoire de M. le substitut René Tortat, que le pharmacien qui délivre du chlorhydrate de morphine, sans ordonnance, non seulement commet une infraction à la loi sur la pharmacie, mais encore est pécuniairement responsable des dommages causés par l'administration de ce médicament, alors même que le dommage a été occasionné non à la personne même à laquelle la morphine a été livrée, mais à un tiers qui l'a obtenue de l'acquéreur.

Le pharmacien a été condamné à 50 francs d'amende et à 4.000 francs de dommages-intérêts envers la partie civile.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par le Dr F. Chabrut.

Maladies infectieuses de la conjonctive.

Conjonctivite blennorragique. — La conjonctivite blennorrhagique *aiguë* se présente chez l'adulte avec un cortège de phénomènes inflammatoires d'une violence terrible. La paupière supérieure, rouge luisante, tendue et fortement œdématiée, retombe comme un voile charnu épais sur le globe qu'elle recouvre entièrement et masque la paupière inférieure. Une *sérosité sanieuse*, louche, avec un *pus* épais, sourd du bord inférieur de la paupière ou tombe à grosses gouttes de l'angle interne (fig. 1). Le *ganglion auriculaire* est enflammé et va même jusqu'à la suppuration. Il y a un peu de fièvre, la douleur est extrême. Si l'on soulève la paupière

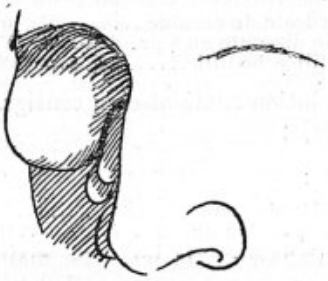


Fig. 1



Fig. 2

supérieure et cela prudemment, pour éviter la projection du pus, on voit une cornée encore saine au début, véritablement enfoncée dans un *chémosis* énorme (fig. 2) qui la déborde de toutes parts et se prolonge vers les commissures par un bourrelet de muqueuse granuleuse, bosselée, rouge, jaune même, dans les cas suraigus où l'abondance de l'exsudat comprime les vaisseaux et où la mortification de la cornée est imminente. Au bout de deux ou trois jours, une *suppuration* franche s'établit, les phénomènes inflammatoires du début s'amendent, la muqueuse s'affaisse, les paupières perdent de leur volume, et après une période de suintement de durée variable, si la cornée a échappé au désastre, la maladie prend fin.

Mais, dans les cas suraigus, à chémosis très prononcé, la *cornée s'infiltre*, devient mate, opaque et grise, puis se couvre d'ulcérations à fond jaunâtre, à tendances progressives qui en occupent le centre ou qui l'encerclent quelquefois complètement à sa périphérie. Il en résulte une perforation simple ou une destruction en masse. La *perforation* simple spontanée doit être considérée comme une terminaison favorable du processus inflammatoire, car elle produit souvent l'effet cherché par la paracentèse dans les ulcères graves, qui est un effet d'arrêt dans la marche de l'infection en même temps qu'elle amène une détente et un soulagement prononcés. Alors, il se produit un leucome adhérent (fig. 3). C'est sans doute une menace d'accidents ultérieurs possibles, mais c'est surtout souvent, sinon toujours, un mode de terminaison favorable de l'affection.



Fig. 3.

Si, au contraire, il y a destruction en masse de la cornée, il se produit une désorganisation complète du segment antérieur de l'œil que gagne l'infection et il se déclare une *panophtalmie* ou suppuration du globe.

C'est donc la participation de la cornée à la blennorrhée oculaire qui en aggrave le plus le pronostic. Sa destruction est presque fatale avec les gros chémosis et les infiltrations jaunâtres de la conjonctive.

Cette description s'entend pour les cas suraigus. Mais, bien que cette acuité soit la véritable caractéristique de l'affection chez l'adulte, il y a de nombreuses exceptions à la règle. Il y a des cas légers de contage atténué, qui s'accompagnent d'un catarrhe en apparence banal et qui peuvent guérir d'ailleurs spontanément sans complications. La *conjonctivite des petites filles* atteintes de *vulvite* en est un exemple. Elle n'est pas forcément contemporaine de la présence du gonocoque dans les voies génitales.

L'*ophtalmie des nouveau-nés* n'a pas en général l'acuité de la conjonctivite blennorrhagique de l'adulte, bien que, dans la plupart des cas, au moins, elle ait la même origine. Le chémosis est moins prononcé, et la cornée menacée est, le plus souvent, mise hors de cause par un traitement opportun et vigilant.

Elle résulte d'une infection par la vulve ou le vagin au moment de la naissance et les premiers signes se déclarent 2 ou 3 jours après, à peu près dans les mêmes délais que la blennorrhagie uréthrale de l'adulte. Elle peut se déclarer plus tard, mais elle est alors le résultat d'une infection extra-vaginale et après la naissance, c'est-à-dire par tous les contages qui peuvent en provoquer l'apparition chez l'adulte, mais auxquels cependant le nouveau-né est plus exposé par sa promiscuité avec la mère atteinte et le voisinage des linges contaminés.

Elle peut même être à sa période d'état au moment de la naissance. Il s'agirait là d'un contage intra-utérin.

L'*ophtalmie* simplement *catarrhale*, aussi fréquente que la blennorrhée aiguë chez l'enfant, n'est pas ordinairement gonococcienne, mais elle est due plutôt aux microbes ordinaires des suppurations, streptocoque, staphylocoque, pneumocoque, coli-bacille, qui sont les hôtes ordinaires des vaginites bénignes.

Ces cas correspondent chez le nouveau-né à la conjonctivite spécifique des petites filles. D'ailleurs, il n'y aurait guère que la moitié ou les 2/3 des ophtalmies des nouveau-nés qui seraient gonococciennes. Ce seraient les plus graves. Cependant, le gonocoque, lui aussi, donne lieu sur la conjonctive, comme d'ailleurs sur la muqueuse uréthrale, à des inflammations atténuées. Piringer a démontré depuis plus de 60 ans, par des expériences sur des yeux d'aveugles *payés à cet effet* (?) que la sécrétion-contage diluée au 1/100 perd toute virulence, et que la dessiccation, sur les linges par exemple, est un moyen rapide de stérilisation. Ces faits expliquent bien des contagions atténuées et bien des conjonctivites en apparence banales, bien que d'origine blennorrhagique. Ces contages atténués sont naturellement ceux dont l'incubation est la plus longue. Ils ressemblent beaucoup aux conjonctivites d'origine métastatique qui apparaissent dans le cours d'une infection uréthrale au même titre que les métastases glandulaires, sans contagion directe, et qui ont un pronostic bénin. Dans le doute, qui sera souvent possible, il faudra toujours traiter comme s'il s'agissait d'une ophtalmie par contagion.

La conjonctivite blennorrhagique étant *extrêmement contagieuse* et d'autre part très fréquente chez l'enfant, sa *prophylaxie* devra consister, tout d'abord, dans les *soins à donner aux voies génitales* avant l'accouchement, puis au traitement préventif des yeux de l'enfant aussitôt la naissance, par la *méthode de Crédé* et cela par principe. Depuis la généralisation de ce double moyen, le nombre des ophtalmies au moment de la naissance a considérablement diminué, dans la proportion de 10 % à 1 % et le nombre de ses victimes dans les hospices d'aveugles est tombé de 30 à 19 %.

La méthode de Crédé consiste, après essuyage des yeux du nouveau-né à la ouate et lavage minutieux à l'eau bouillie, à introduire entre les paupières tenues entr'ouvertes, dans les deux yeux, une goutte de solution de nitrate d'argent au 1/50. Mais ce traitement ne saurait être une sauvegarde pour les jours suivants et il faudra par tous les moyens de propreté ordinaire mettre l'enfant à l'abri d'une contagion ultérieure par l'écoulement vaginal de la mère, en veillant aux mains, aux linges, et en interdisant le lit commun.

Un œil étant atteint, on protégera l'autre, qui s'infecte facilement pendant le sommeil par le pus qui coule sur la racine du nez, en l'isolant par un pansement hermétique.

Examen et traitement de l'œil atteint. — En présence d'un œil atteint de conjonctivite blennorrhagique aiguë, aux paupières enflées et tendues, le praticien aura soin de faire d'abord de la prophylaxie à son adresse en protégeant ses propres yeux par des lunettes à grands verres bombés, car il peut arriver qu'au moment où il essaye d'entr'ouvrir les paupières chez l'enfant qui a du blépharospasme, le pus qui baigne le globe sous pression soit projeté avec force et vienne inoculer sa conjonctive. Il faut donc ouvrir prudemment la porte à cet ennemi dangereux et au besoin, en l'absence de lunettes, maintenir un tampon d'ouate sur la fente palpébrale comme on fait sur l'incision de l'empyème. Si malgré ces précautions, une goutte de pus jaillit dans l'œil, il faut se considérer comme un nouveau-né infecté et employer la méthode de Crédé, soit instillations de 1 à 2 gouttes de solution de nitrate d'argent à 1 à 2 %, après avoir fait de grands lavages à l'eau bouillie chaude ou au permanganate au 1/5000.

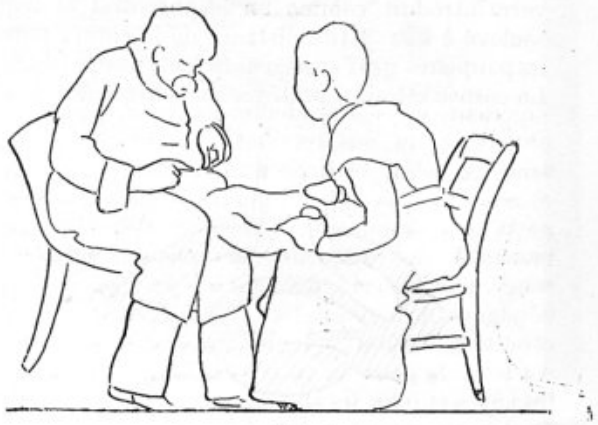


FIG. 4.

Chez l'adulte on voit assez rapidement par un simple écartement des paupières la couleur de la muqueuse, jaune dans les cas les plus aigus, le degré du chémosis et l'état de la cornée. Mais

pour le nouveau-né, il faudra le mettre dans la position horizontale, la tête maintenue entre les genoux du médecin, le corps étendu sur les genoux de la mère qui maintient en même temps les bras et les cuisses (fig. 4). L'examen de la cornée qui importe le plus sera essayé et très souvent possible avec les doigts seuls qui écartent les paupières. Sinon, on se servira des écarteurs, mais rapidement et d'une main légère en se souvenant que tout traumatisme, tout heurt de la cornée, est prétexte à une ulcération grave.

Quant au *traitement*, il consistera en deux moyens qui devront toujours être employés simultanément dans les cas graves : les *grands lavages* et les *attouchements*.

Les lavages seront pratiqués avec la solution chaude de permanganate de potasse ou de chaux au 1/5000 à l'aide d'un bock irrigateur et d'un tube en caoutchouc muni de l'entonnoir en verre suivant la méthode de Kalt (fig. 5). Une pression de 60 à 80 centimètres de hauteur est suffisante pour que le jet ainsi obtenu produise l'irrigation voulue. Une pression plus forte ne ferait que traumatiser sans raison la cornée et à ce propos, l'emploi de la seringue est à rejeter en raison du danger de projection de pus sur l'entourage et le médecin, du traumatisme dont la canule menace la cornée, et de l'insuffisance d'une irrigation ainsi pratiquée.

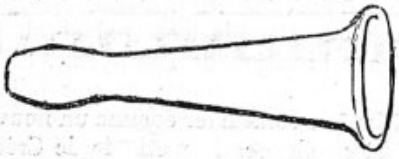


Fig. 5.

L'adulte pourra être en position assise, la tête renversée, l'enfant sera couché sur une alèze permettant de recueillir le liquide, l'entonnoir en verre introduit comme un blépharostat et tenu soulevé à une petite distance de la cornée entre les paupières qui l'enserrent de leur spasme (fig. 6). La cornée est ainsi protégée du contact direct du

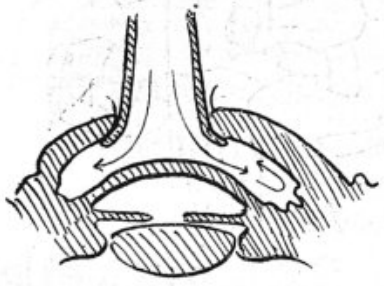


Fig. 6.

verre par la grandeur du pavillon dont les bords dépassent le limbe et par son soulèvement. On fera passer ainsi dans l'œil un 1/2 litre à 1 litre de liquide et on renouvellera l'opération 2 à 4 fois par jour. Un releveur des paupières à manche creux et à extrémité perforée pourra être aussi employé (releveur de Lagrange, Motais). Mais c'est un instrument moins propre à un bon lavage de l'œil que l'entonnoir qui, un peu soulevé comme nous l'indiquons, n'appuie que par son collet aux bords libres des paupières et laisse le champ libre au liquide d'irrigation dans toute la cavité conjonctivale.

Ces lavages peuvent suffire seuls dans les cas ordinaires, mais il vaut mieux, surtout dans la période d'écoulement blennorrhéique abondant qui succède à l'infiltration, leur adjoindre les attouchements au nitrate d'argent au 1/50, une à 3 fois par jour, avec un pinceau, sur le tarse des paupières renversées si possible. L'excès de la solution sera enlevé au tampon quelques secondes après l'attouchement pour que la muqueuse ait le temps de blanchir et de réagir ainsi sous l'action du topique. En présence d'une cornée saine, la neutralisation de l'excès par la solution de NaCl semble une précaution inutile. Il y a dans toute sécrétion mêlée de larmes assez de chlorures pour que cette neutralisation soit spontanée. Si, au contraire, la cornée est atteinte, il faut alors redoubler de prudence, se garder surtout de solutions plus fortes, nécessaires souvent en d'autres circonstances (au 1/20e par exemple), et neutraliser par excès de précautions. Mais en principe, la lésion cornéenne n'est pas une contre-indication à son emploi.

Les sels organiques, protargol, argyrol, collargol, moins irritants et non précipités par les chlorures donnent aussi d'excellents résultats même employés seuls, et menacent moins la cornée que le nitrate. Mais on les emploiera mieux concurremment avec les lavages, comme le nitrate auquel ils seront préférables en cas de lésions cornéennes.

Le protargol et l'argyrol seront employés en solution aqueuse au titre de 20 à 25 %, le collargol à 5 %, mais en instillations abondantes pour le protargol dont la teneur est moindre en métal (8 %) et non en attouchement au pinceau. On pourra remplir d'une solution presque pâteuse de protargol l'intervalle des paupières entr'ouvertes de façon que le bulbe baigne dans la solution brune. Il y aura avantage à employer les sels organiques le soir pour la nuit.

Les sels d'argent, nitrate ou sels organiques, moins utiles au début, pendant la période d'infiltration, sont indispensables à la période de suppuration et doivent être continués tant qu'il y aura de la sécrétion. Cette dernière une fois bien tarie, si l'affection a été grave, on emploiera avec succès le sulfate de cuivre, comme il a été dit déjà, contre l'œdème chronique de la muqueuse qui est souvent le dernier terme de l'évolution de la conjonctivite blennorrhagique.

Demandes et offres (suite)

pote à l'état de neuf, lant. cuivr. pièces de rech. mont. toutes côtes. Ess. à vol. Photo, garantie. 1800 frs. Dr de Rouanet, Castres, Tarn.

CORRESPONDANCE
HEBDOMADAIRE

Dr B., à D., à *Concours*. — Vous avez reproduit dans votre numéro du 30 mars 1910 l'arrêt de M. le Juge de paix de Darnétal : Bouju contre A, au sujet d'un accident du travail.

Permettez-moi, si vous le jugez opportun, de rappeler à vos lecteurs un jugement tout différent, pour une espèce absolument semblable, du juge de paix d'Aix-les-Bains (page 440 du *Concours médical*, 1909).

Il pose en principe que : « L'arrêté ministériel du 26 juillet 1906, qui modifie le tarif Dubief, n'est pas limitatif et laisse au juge toute latitude pour faire le classement que la commission ministérielle n'a pu faire ».

Il considère que la commission n'a pas voulu profiter de l'oubli, de la né-

Suite page X.

PAIN "ESSENTIEL"
EN BISCOTTES DE 10 GRAMMES CHACUNE
avec ou sans chlorure de sodium.
Riche en azote et en Phosphates organiques ne laissant pas de résidus toxiques.
Maladies de l'Estomac et de l'Intestin. - Maladies du Cœur et des Vaisseaux. - Obésité
Albuminurie - Diabète - Alimentation des Enfants
Régime Lacto-Végétarien.
USINES ET BUREAUX A NANTERRE (Seine)

BISCOTTES de **PAIN COMPLET** de **CHATEL-GUYON**
Contiennent une proportion de déchets suffisants pour obtenir la contractilité normale de l'intestin.

PRODUITS de RÉGIME Ch. HEUDEBERT, 120, Faubourg Saint-Honoré, Paris. Téléphone 582-52

Bronchites, Toux rebelles,
Catarrhe, TUBERCULOSE
SIROP FAMEL
LACTO-CREOSOTE SOLUBLE
Phosphate de Chaux, Codéine, Cocaïne, etc.
ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS
A MM. LES MEMBRES DU « CONCOURS »
86, rue de la Réunion | PARIS | 86, rue de la Réunion

PIPÉRAZINE MIDY
$Az\,H\langle{}^{CH^2-CH^2}_{CH^2-CH^2}\rangle Az\,H$
Diéthylène-Diamine
GRANULÉE EFFERVESCENTE
Produit défini plus actif que ses dérivés ou les associations médicamenteuses à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE
LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE
Prix : 5 fr. - La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.
Comme préventif : 3 mesures par jour / 10 jours par mois — *chaque mesure = 0,20 ctg Pip pure*
Crises aiguës : 4 à 6 .....
Echantillons : Phie MIDY 140, Faub. St-Honoré, PARIS

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

gligence des syndicats, où l'on n'a pas fait la demande.

Oubli et négligence, c'est notre cas, le groupement médical à qui nous avons fait notre demande orale ayant oublié de la présenter.

Il aurait pu ajouter : 1° que cette commission en faisant passer les demandes par les syndicats et associations les rendait obligatoires.

2° Qu'ils ne soutenaient que les demandes de leurs adhérents.

3° Qu'il fallait plus de 3 mois pour y entrer.

Elle a ignoré qu'il y avait des médecins qui ne voulaient faire partie d'aucun groupement et d'autres qui s'en voyaient fermer la porte.

Restaient, dira-t-on, les groupements patronaux et ouvriers. Croyez-vous les premiers assez naïfs pour soutenir une demande de tarif dont ils faisaient les frais ? Notre procès le prouve. S'adresser aux derniers, c'était aliéner notre indépendance, et nous imposer l'humiliation de dire que nous réclamions leur aide, parce que nos confrères nous refusaient leur appui.

En vérité, je vous le demande, comment un médecin isolé aurait-il pu réussir, quand des médecins associés ont échoué.

Réponse. — Nous n'avons pas oublié le jugement d'Aix-les-Baiùs, reproduit, après le *Concours médical*, dans le *Vade-mecum* Duchesne-Dumesny Mais nous n'oserions cependant soutenir que la thèse adoptée par ce jugement soit bien juridique.

La cause des isolés a peut-être été sacrifiée lors de la rédaction du tarif. La revision, que nous espérons prochaine, remettra sans doute les choses au point.

Dr X, à *Concours*. — Voudriez-vous avoir l'obligeance de me renseigner par l'organe de votre journal sur le point suivant :

Un médecin pharmacien aurait-il le droit d'exercer la médecine *et* la pharmacie dans sa localité, où il y a déjà deux pharmaciens et un médecin.

Répnse. — Dans l'état actuel de la législation, le titulaire des deux diplômes de docteur en médecine et de pharmacien a le droit d'exercer concurremment les deux professions, qu'il existe ou non d'autres pharmaciens dans la commune de sa résidence.

Suite page XII.

TRAITEMENT RADICAL **CONSTIPATION**
MIGRAINES -- CONGESTIONS -- MALADIES de l'INTESTIN
UN ou DEUX **GRAINS DE VALS** Le soir avant dîner
à base de Cascara Sagrada et podophyllin.
ADMINISTRATION : 64, Boulevard Port-Royal, PARIS

SEULES EAUX ALCALINES RECONSTITUANTES
St. LEGER POUGUES
Sans rivales pour le Traitement des
Gastralgies — Dyspepsies — Gravelle — Diabète — Les Convalescences

Orexine Le MEILLEUR STIMULANT de l'APPETIT, absolument insipide, agissant rapidement chez les ENFANTS et les ADULTES. Très efficace dans les cas de VOMISSEMENTS de la GROSSESSE, à la dose 0 gr. 50, 2 fois par jour, ou 2 tablettes d'Orexine chocolatées. (*Littérature*). M. REINICKE, 39, Rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.
TABLETTES et COMPRIMÉS d'OREXINE : PHARMACIE NORMALE, 17, Rue Drouot, Paris.



à base de sels calciques rendus assimilables
Traitement de la TUBERCULOSE par la RÉCALCIFICATION
RACHITISME, SCROFULOSE CROISSANCE
Sur demande, envoi de la Littérature
Laboratoire des « PRODUITS SCIENTIA »
42, rue Blanche, PARIS

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc
CAPSULES OVARIQUES VIGIER
à 0 gr. 20 centigr. de *Substance ovarienne*. — DOSE : 2 à 6 capsules par jour.
PHie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

TUBERCULOSES CATARRHES GRIPPES, BRONCHITES de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon. **EMULSION MARCHAIS** Phospho-Créosotée
Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions.
Bien tolérée — Parf absorbée

Contre l'ulcère de la cornée qui évolue il n'y a pas de traitement bien efficace en dehors des lavages chauds. L'atropine est délicate à employer s'il y a menace de perforation, car si elle a un effet sédatif et décongestionnant sur la cornée et l'iris, si elle diminue les chances de hernie de l'iris dans la perforation imminente, elle peut hâter cette perforation en exagérant la tension oculaire. Et, s'il est excellent de l'employer par principe contre les affections irido-kératiques, il faut quelquefois le faire à bon escient.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Considérations sur les adénites inguinales

Par le Dr Novello.

On divise, en clinique, les adénites inguinales en deux catégories : celles qui sont superficielles, celles qui sont profondes, et cette division répond exactement à la réalité des faits, car les signes observés sont tout à fait différents dans les deux cas.

Nous examinerons successivement ici chacune de ces variétés d'adénites.

1° *Adénite inguinale superficielle.* — Lorsque l'on constate au pli de l'aine l'existence d'une tuméfaction bien limitée et superficielle, douloureuse spontanément et à la pression, récemment produite, il s'agit bien d'une adénite et, si l'on est appelé au début de l'affection, on peut saisir entre les doigts le ganglion enflammé, ce qui confirme le diagnostic.

Il faut ensuite reconnaître le siège de l'adénite. S'est-elle développée aux dépens des ganglions qui occupent le pli de l'aine lui-même, c'est-à dire la base du triangle de Scarpa (ganglions inguinaux) ou bien aux dépens de ceux qui siègent à quelques centimètres au-dessous de l'arcade crurale dans l'aire même du triangle (ganglions cruraux) ?

La reconnaissance du siège de la lésion a son importance parce qu'elle indique d'une façon presque certaine le point de départ de l'adénite. Lorsque la lésion est *inguinale*, c'est que l'origine en est abdominale, *sous-ombilicale*, et peut intéresser la fesse, l'anus, les organes génitaux externes. Quand la lésion est *crurale*, il faut penser à une origine plus inférieure : cuisse, jambe, et surtout le pied.

Cette adénite superficielle peut se terminer de deux façons : 1° par résolution, ce qui est fréquent, et alors les phénomènes inflammatoires rétrocèdent peu à peu ; 2° par suppuration, et dans ce cas le gonflement s'accentue de plus en plus envahissant l'atmosphère celluleuse périganglionnaire. Bientôt la peau rougit, s'amincit et la fluctuation devient manifeste.

Il faut alors ouvrir l'abcès. On incisera l'adénite crurale suivant un axe parallèle à la cuisse, c'est-à-dire vertical et l'on placera sur la région des compresses trempées dans la solution d'anios à 2 % après avoir introduit par l'ouverture une mèche de gaze imbibée de cet antiseptique.

Pour l'adénite inguinale, il vaut mieux ne pas inciser parallèlement à l'arcade crurale, car les bords de la plaie se rétracteraient et empêcheraient la cicatrisation. Une simple ponction au bistouri suffira, longue d'un centimètre au plus, et perpendiculaire à l'arcade de Fallope.

Lorsque le bubon sera de nature inflammatoire simple, la guérison sera rapide. Mais s'il est dû à un chancre mou on observera des décollements, des ulcérations que l'on devra cautériser et que d'ailleurs la poudre d'anios, excellent kératoplastique, modifiera en peu de temps.

Si l'adénite est tuberculeuse, la cicatrisation sera plus difficile et des fistules apparaîtront nécessitant un traitement particulier.

2° *Adénite inguinale profonde.* — Il est difficile de savoir sous quelle influence le ganglion crural profond peut s'enflammer. On observe cependant quelquefois cette lésion infectieuse. Les cliniciens doivent y penser quand ils explorent cette région, car les symptômes de l'adénite crurale profonde ressemblent presque complètement à ceux d'une hernie crurale et l'erreur est le plus souvent commise.

Dans les deux cas en effet, le début est brusque, il existe une douleur au pli de l'aine ; une tumeur petite, profonde, occupe exactement la région de l'anneau crural. Il existe des vomissements, résultant sans doute d'une péritonite de voisinage et le praticien n'hésite pas à diagnostiquer la hernie. Si l'on pouvait attendre, la persistance de l'évacuation des gaz et des matières ferait modifier le diagnostic, mais comme il faut opérer le plus tôt possible les hernies crurales, surtout les petites, on n'attend pas l'existence de ce signe.

Mais l'opération pratiquée est utile au malade. L'adénite crurale profonde est, en effet, entourée de plans fibreux qui l'enserrent, l'empêchent de se développer suivant une évolution normale et provoquent les accidents de l'étranglement herniaire.

Il faut donc inciser jusqu'au ganglion et le débarrasser de ses connexions adhésives. On panse ensuite à l'anios et la purulence diminue ainsi que la douleur. L'oxygène naissant que produit le trioxychlorométhyle de vanadium au contact de la plaie détruit les germes septiques et stimule la vitalité cellulaire, amenant sans toxicité et sans causticité une cicatrisation normale et rapide.

Dans le cas d'adénite strumeuse il est clair que l'on devra instituer un traitement général reconstituant et tonique. S'il s'agit d'adénite syphilitique (indolente, pléiade ganglionnaire, préfet de l'aine de Ricord), la médication spécifique sera immédiatement ordonnée. A ce sujet, il est utile de savoir que les ganglions syphilitiques peuvent exister assez longtemps après la cicatrisation du chancre. Le praticien

doit connaître cette particularité sous peine de commettre des erreurs et de voir un confrère plus avisé obtenir un succès rapide avec la médication spécifique alors que tout autre remède était resté jusque-là sans effet. »

TROUVAILLES ET OBSERVATIONS DU PRATICIEN

Sur un cas d'emphysème sous-cutané généralisé

Notre confrère et ami le docteur Gilbert Pignet, de la Bégude-de-Mazenc (Drôme) a publié tout récemment dans le *Journal des Praticiens* une observation relative à un cas d'emphysème sous-cutané généralisé.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas analogue il y a 3 mois. Un mardi matin nous fûmes appelé auprès d'un homme de 60 ans qui, deux jours auparavant, avait fait une chute sur le côté droit en franchissant un fossé ; il n'en avait pas ressenti une trop forte douleur et avait pu regagner son domicile comme si de rien n'était ; néanmoins un gonflement survenu au niveau de son côté droit l'avait quelque peu inquiété. Et ce gonflement était allé en s'accentuant au point d'envahir tout le corps ; de plus une assez forte dyspnée l'avait décidé à mander un médecin.

Je trouvai mon client porteur d'un énorme emphysème sous-cutané généralisé ; seules, la paume des mains et la plante des pieds étaient épargnées. Le pouls était bon de même que l'état général ; le malade ne souffrait point de son côté, mais attirait l'attention au niveau de son cou qui était doublé de volume, ce qui le « gênait » pour respirer. La palpation et la percussion ne révélaient aucune douleur dans la région contuse ; il n'y avait point la moindre trace d'ecchymose. L'auscultation était rendue difficile du fait de la perception de la crépitation neigeuse bien caractéristique de l'emphysème ; nous eûmes néanmoins l'impression que le poumon respirait normalement.

Très embarrassé pour formuler un diagnostic exact, nous agîmes néanmoins comme si nous nous trouvions en présence d'une fracture de côtes avec lésions pulmonaires sous-jacentes, étant donnée la chute antérieure à l'apparition de l'emphysème.

Par suite de la trop grande distance, nous n'eûmes point l'occasion de revoir notre malade ; mais son état s'améliora rapidement ; il nous fut écrit par une personne digne de foi que la dyspnée avait disparu le surlendemain de notre visite, que l'emphysème sous-cutané avait retrocédé très rapidement et que le huitième jour de l'accident, le blessé avait repris ses occupations, se considérant complètement remis.

Dr Rousset.

Saillans (Drôme).

HYGIÈNE

Une voiture sanitaire

L'une des obligations les plus importantes créées par la loi actuellement en vigueur sur la protection de la santé publique est, comme chacun sait, celle de la désinfection des locaux et des objets qu'ils renferment dans les cas de maladies contagieuses déterminées, survenues aux habitants de ces locaux.

Ainsi que l'on devait s'y attendre, ces prescriptions préservatrices sont fort loin jusqu'ici d'être strictement appliquées. A Paris, dans les grandes villes, les désinfections se font correctement. Des services spéciaux pourvus de tous les aménagements nécessaires ont été créés à cet effet et leur fonctionnement est régulièrement assuré.

Mais, dans les petites localités, dans les campagnes, sauf de bien rares exceptions, les désinfections prescrites par la loi n'ont été jusqu'ici jamais faites et, du reste, ne pourraient l'être, faute d'un organisme convenable pour les assurer.

Une semblable situation, cependant, ne saurait s'éterniser sans inconvénients graves. On a donc été conduit à rechercher des moyens pratiques propres à assurer jusque dans les plus petites bourgades un service régulier de désinfection chaque fois que le besoin s'en fait sentir.

Dans l'impossibilité matérielle où l'on se trouvait d'imposer à chaque commune l'installation d'un poste fixe de désinfection, poste qui le plus souvent demeurerait sans emploi, l'on a été conduit à combiner des postes mobiles capables d'assurer le service sur une portion plus ou moins considérable de territoire.

Cette solution du problème vient en particulier d'être résolue d'une façon des plus élégantes dans le département de la Seine-Inférieure, grâce à l'initiative avisée de M. Charles Ott, inspecteur départemental de l'hygiène publique.

En Seine-Inférieure, les désinfections à effectuer dans les campagnes devant souvent être faites dans des communes fort éloignées les unes des autres, M. Ott s'est avisé de faire construire par les usines de Dion-Bouton une voiture automobile sanitaire capable de répondre à toutes les nécessités.

Cette voiture sanitaire, quant à la carrosserie spéciale qu'elle comporte, constitue un poste de désinfection complet et ambulant, si bien qu'avec le matériel qu'elle amène, il est possible de faire rapidement et partout, sans la moindre perte de temps, une désinfection efficace, en surface comme en profondeur, d'un local quelconque et de son contenu.

En ordre de marche, cette voiture très robuste dont le poids total avec tous ses accessoires et ses approvisionnements est d'environ 1.500 kilogrammes revient exactement à 9.500 fr. Elle est actionnée par un moteur monocylindrique de neuf chevaux, est pourvue d'un essieu démulti-

plicateur et peut circuler sur toutes les routes à des vitesses horaires variant de 25 à 30 kilomètres en moyenne.

Pour ce service ambulant de désinfection, M. Charles Ott recommande tout particulièrement l'emploi des vapeurs d'aldéhyde formique produites par la combustion des cartouches à base de trioxyméthylène connues sous le nom de « fumigator ».

La désinfection en surface de locaux, chaque fois qu'il est possible d'assurer leur fermeture parfaite, doit donc être assurée à l'aide de ces cartouches. Quant à la désinfection en profondeur des objets, elle doit s'opérer dans une étuve démontable du système Gonin installée sur la voiture sanitaire même. Cette étuve, naturellement, utilise également les « fumigators ».

Enfin, quand la désinfection doit porter sur des locaux impossibles à clore de façon parfaite, granges, étables, hangars, etc., M. Ott recommande de procéder à un reblanchissement des plafonds et des murs à l'aide d'une pulvérisation d'eau de chaux fraîchement préparée, suivant la formule du Conseil supérieur d'hygiène de France.

L'intérieur des armoires et des placards est dans ces cas l'objet d'une pulvérisation-lavage à la solution forte de crésylol sodique et le sol enfin est soumis à un lavage copieux avec de l'eau de javel diluée, s'il est carrelé ou planchéié, ou largement imbibé d'eau de chaux, s'il est constitué par de la terre battue.

L'aménagement de la voiture sanitaire de M. Ott a naturellement été combiné pour répondre à ces diverses nécessités.

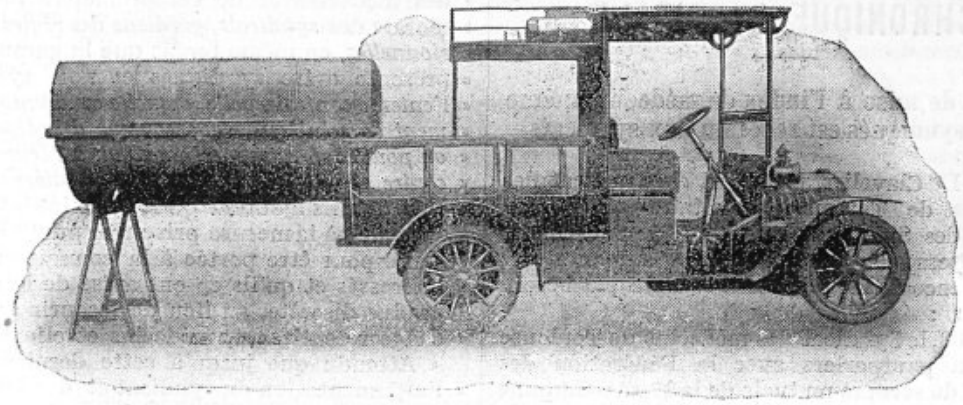
Cette voiture comporte donc : une étuve démontable Gonin ; deux pulvérisateurs, l'un pour le lait de chaux, l'autre pour le crésylol sodique ; des seaux pour divers usages ; une petite étuve pour la désinfection des vêtements du personnel de désinfection ; un approvisionnement convenable de crésylol sodique, de chaux éteinte et de fumigators ; des vêtements spéciaux à l'usage des agents de désinfection et enfin des enveloppes pour le transport sans danger des matelas et autres objets de literie.

Des produits nécessaires aux opérations, seule l'eau de Javel ne figure pas parmi les approvisionnements, l'expérience ayant montré que partout l'on trouve sur place ce produit en quantité suffisante.

L'aménagement de la voiture est le suivant : l'étuve Gonin est montée sur des rails et recouvre un double fond constituant la partie inférieure de la carrosserie. Dans ce double fond spécialement aménagé, sont emmagasinés les divers accessoires qui ne sont utilisés qu'avec l'étuve.

Dans des flacons carrés, d'une contenance de 500 grammes, sont renfermés les produits liquides.

Au-dessus de l'étuve, sur la galerie supérieure de la voiture, sont fixés les objets suivants : deux pulvérisateurs, des seaux, un bidon de pétrole, l'étuve pour la désinfection des vêtements de protection du personnel et des chevalets. Enfin, de chaque côté de la voiture, sur le marchepied, sont fixés trois coffres renfermant : deux coffres, des fumigators, un coffre, les enveloppes pour matelas ; un coffre, les objets de toilette de l'agent désinfecteur ; et les deux derniers coffres, des blouses, des bottes et des coiffures constituant les vêtements de travail du personnel.



L'utilisation de tout ce matériel se fait de la façon suivante :

Aussitôt arrivé au lieu où il doit effectuer une opération, l'agent désinfecteur revêt son costume spécial et, après qu'il a tiré l'étuve de la carrosserie en la soutenant à l'aide de chevalets, il procède à son chargement, puis la met en marche et surveille le chauffage jusqu'au moment où la température convenable est atteinte. A cet instant, l'agent désinfecteur allume les fumigators et règle l'appareil de chauffage de manière à maintenir la température constante.

Les objets enfermés dans l'étuve devant y séjourner 2 heures, l'agent utilise ce temps de liberté à réaliser la désinfection en surface des locaux par l'un des procédés réglementaires.

Cela fait, il procède à une toilette des mains et du visage et enlève ses vêtements de protection qu'il enferme dans la petite étuve spéciale. Alors, après avoir fait une nouvelle toilette, il met cette étuve en action, ouvre la grande étuve, retire les objets stérilisés qu'elle renferme. Cela fait, la température de la petite étuve étant devenue suffisante, il allume un petit fumigator proportionné à sa capacité et procède au rechargement de sa voiture. Les vêtements sont laissés dans la

petite étuve où ils se stériliseront durant le temps employé au voyage de retour.

D'après les observations de M. Ott, une telle voiture peut assurer en moyenne 500 désinfections par année courante, et cela en tenant compte des dimanches et jours fériés, des jours de nettoyage et de réparation.

Ce chiffre correspond sensiblement au tiers des désinfections réclamées pour le département de la Seine-Inférieure, département fort étendu et comprenant près de 900.000 habitants dont plus de la moitié sont justiciables du service de désinfection.

Les voitures sanitaires du système proposé par M. Ott semblent donc susceptibles de rendre de réels services. Dans l'état actuel des choses, en tout cas, si elles ne constituent pas la perfection, elles apportent, semble-t-il, un réel progrès.

Georges VITOUX.

(*La Presse Médicale.*)

CHRONIQUE SYNDICALE

Le droit de mise à l'index de médecins même non syndiqués est reconnu aux syndicats

M. le Dr Clavelier, président du Syndicat des médecins de Toulouse, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux du Sud-Ouest, nous adresse la communication suivante sur l'importance de laquelle nous n'avons pas besoin d'insister :

En 1908, le Syndicat des médecins de Toulouse entra en pourparlers avec la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Haute-Garonne pour obtenir le libre choix du médecin et le paiement à la visite. Subsidiairement, il consentait à l'abonnement (4 fr. pour le sociétaire, 8 fr. pour la famille). Après avoir fait mine d'accepter, la Fédération refuse de s'entendre, sous divers prétextes. Le Syndicat prend l'initiative d'une convention enregistrée qui groupe rapidement les 16/17 des médecins de Toulouse. Au nom de quelques médecins, le Syndicat dénonce le traité qui les liait avec diverses sociétés mutuelles. Certaines viennent signer avec le syndicat, d'autres trouvent, hélas, des médecins non signataires, pour les soigner à 5 fr. par an et par famille.

Le 10 janvier 1910, le Syndicat met à l'index deux de ces médecins et le fait savoir par *lettre fermée* à tous les membres du Syndicat ; il leur adresse en même temps une petite affiche qu'il leur sera *loisible* d'apposer dans leur cabinet, disant que ces médecins sont mis à l'index pour *manquement grave aux règles de la profession* et qu'on ne peut désormais accepter de relations professionnelles avec eux.

L'un de ces interdits, M. Landelle, assigne le Syndicat qui l'a mis à l'index et le secrétaire général qui a mis l'affiche dans son cabinet ; il demande cent mille francss de dommages et un grand nombre d'insertions à Paris et en province.

L'affaire a été plaidée avant Pâques, très brillamment, par notre avocat-conseil, Me Frayssinet et le jugement a été rendu le 14 avril dernier. (Voir *Moniteur médical*, du 26 avril pour les plaidoiries).

« Attendu que c'est dans ces circonstances de « fait, que M. Landelle, estimant que le Syndicat « n'avait pas le droit de prononcer contre lui « la mise à l'index, alors qu'il ne faisait point « partie du Syndicat, et encore moins celui de « faire publier cette mesure...., etc..., etc....

« Attendu qu'en réponse aux conclusions pri- « ses contre eux par le demandeur, les défen- « deurs soutiennent que, préoccupés unique- « ment de la dignité du corps médical..... ils « n'ont poursuivi que la défense des intérêts gé- « néraux de la profession au sens de la loi du 30 « nov. 1892 (art. 13).... ; qu'ils n'ont eu en la « circonstance d'autre souci ou préoccupation « que d'empêcher par une *mesure utile, nécessaire* « et *légitime*, comme la mise à l'index des dissi- « dents, la défection de s'établir dans les rangs « des médecins et de compromettre l'autorité « morale des *syndicats, gardiens des règles profes-* « *sionnelles*, en même temps que la garantie que « présente entre syndiqués et non syndiqués « l'*entente confraternelle, laquelle condamne l'isole-* « *ment de celui qui, sous couleur d'indépendance* « *ou pour tout autre motif, se tient à l'écart ou lutte* « *contre des décisions mûrement étudiées et réflé-* « *chies* ; qu'ils ajoutent qu'il était indispensable « de donner à la mesure prise une publicité suffi- « sante pour être portée à la connaissance des « intéressés et qu'ils en ont avisé de la manière « la plus discrète, au lieu de recourir à un affi- « chage retentissant, médecins et clients.....

« Attendu que jusqu'à cette dernière partie « l'argumentation du syndicat et du Dr Parant « procède d'*aperçus exacts et de considérations ju-* « *dicieuses, qu'il y a lieu pour le tribunal de l'ac-* « *cueillir comme fondée en raison et en droit et* « *consacrée par la jurisprudence, qu'elle légitime* « *à ce double titre la mesure de la mise à l'index,* « *prise contre un médecin même non syndiqué,* « *dont elle respecte la liberté de travail, qu'elle la* « *soustrait au soupçon d'avoir été inspirée par un* « *sentiment de rancune ou d'autoritarisme, ou en-* « *core de bas intérêt, qu'elle lui enlève toute pensée* « *d'animosité ou de malveillance à l'égard de celui* « *qu'elle frappe.....* ;

« ...Qu'elle ramène l'appréciation de la con- « duite des défendeurs sur le terrain de la faute de « droit commun au sens de l'article 1382 du Code « civil...,

« Attendu qu'à ce point de vue et pour les mo- « tifs qui viennent d'être donnés il faut recon- « naître que, dans l'espèce, l'*interdit prononcé par* « *le syndicat est licite comme pris dans la sphère* « *de son action et de ses attributions* ; qu'on peut « toutefois se demander, s'il n'eût pas mieux agi en « restreignant la publicité de la mesure aux seules « circulaires adressées à ses affiliés et s'il était « bien nécessaire ou même utile que le public, qui « n'a rien à voir, en fait, dans l'appréciation de « questions qui sont, en somme, par rapport à

« lui d'ordre purement privé, fût mis au cou-
« rant.....;
« Attendu dans tous les cas, qu'il n'appartenait
« pas de compromettre *le caractère légitime en soi*
« *de la mesure* par la forme blessante du placard
« qui la faisait connaître et le choix tout au moins
« imprudent de ces mots : manquement grave
« aux règles de la profession ; que de telles ex-
« pressions, par leur formule équivoque et im-
« précise, exposaient le client.....à soupçonner
« M. Landelle d'avoir gravement manqué, etc.,
« Qu'en présence d'un tel résultat, la faute des
« défendeurs, distincte et personnelle à chacun
« d'eux, apparaît certaine et donne ouverture à
« réparation, au profit de M. Landelle — que si
« celui-ci ne justifie pas d'un préjudice matériel,
« il a certainement éprouvé un préjudice moral,
« — qu'il faut toutefois reconnaître que la *divul-*
« *gation du fait, licite en soi*, et dont la *forme offen-*
« *sante seule* a donné naissance à ce préjudice, n'a
« eu d'écho que dans des milieux fermés, celui
« des professionnels qui lisent le *Bulletin* de la
« Fédération Médicale, presque tous membres
« du Syndicat et auxquels la lecture de l'article
« n'a révélé rien de plus que ce qu'ils savaient
« déjà..... — qu'il convient par ces considé-
« rations de proportionner à une cause de pré-
« judice aussi réduit la réparation à accorder
« à M. Landelle.
« — Qu'il ne saurait en trouver de meilleure
« que par une voie analogue à celle qui a causé
« le préjudice, c'est-à-dire par la publicité du
« jugement.....
« — Autorise M. Landelle, comme allocation
« de dommages-intérêts et en réparation du pré-
« judice moral qu'il subit, à faire insérer le pré-
« sent jugement dans le plus prochain numéro
« de la Fédération Médicale et dans un autre
« journal de l'arrondissement de Toulouse à son
« choix...

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Pourquoi faire des concessions aux S. S. M. ?

J'ai lu avec intérêt les articles du *Concours* sur la Mutualité.

Pourquoi, dirai-je après lui, faire des concessions aux Sociétés de secours mutuels ? Quels droits celles-ci peuvent-elles invoquer ? Leurs membres sont-ils indigents ? Si l'on examine leur situation de fortune, on voit que la moitié au moins des sociétaires jouit d'une bonne aisance.

Les gens véritablement intéressants se trouvent malheureusement en majorité *en dehors* de ces Sociétés ; or, pour eux, le médecin n'a jamais refusé ses services gratuitement.

Vouloir assimiler les sociétaires, la plupart du temps aisés, à des indigents, est une prétention exorbitante ; cette situation a pu être créée grâce au peu d'entente des médecins ; elle doit disparaître aujourd'hui devant leur concorde et leur esprit de solidarité. Je sais bien que cette attitude rencontrera pas mal de résistances.

Les philanthropes en mutualité admettent le droit à la vie pour tous, sauf pour le praticien, qui est pourtant, quotidiennement, le plus admirable des mutualistes.

Pour ces philanthropes, le cri de ralliement est et sera toujours : « Le médecin, voilà l'ennemi ! »

En effet, disent-ils, le jour où nos Sociétés paieraient le prix intégral de la visite au tarif ordinaire (3 francs en moyenne), nous ne pourrions plus faire face à nos engagements.

Contenter le médecin, ce serait vouer la Mutualité à une ruine complète. Eh bien ! ce raisonnement est faux, archifaux.... Et je ne saurais mieux le prouver qu'en vous présentant une Société de secours mutuels, fût-elle unique en France, ce qui est peu probable, qui fonctionne à la satisfaction générale depuis 35 ans, sans faire le moindre rabais pour le service médical.

Il s'agit d'une Société de mon rayon (Colayrac-St-Cirq) comprenant 80 adhérents environ, y compris une quinzaine de membres honoraires dont la cotisation n'est que de 12 fr. par an.

Grâce à l'énergie et à l'habileté de son président, cette Société a pu mettre suffisamment de côté pour servir une modeste retraite à l'âge de 70 ans.

En ce moment, il y a 10 retraités ; leur pension varie entre 50 et 60 francs, suivant l'état de la caisse.

Moyennant 1 fr. 25 par mois, tout sociétaire actif a droit au médecin, au pharmacien et à une indemnité journalière de 1 fr. par jour.

L'actif de la Société est actuellement de 14.000 francs.

Or cette Mutualité, pour laquelle le libre choix est admis, paie des visites 3, 4 fr. et même 6 fr. selon la distance.

Ce qui est vrai pour une Association comprenant 80 membres, résidant à la campagne, et par suite éloignés les uns des autres, ne peut-il pas l'être bien davantage pour nos groupements des villes, où la visite ne dépasse guère le chiffre de 3 francs ?

Pourquoi donc, si la solution de cette question est si aisée, rencontrons-nous des résistances si opiniâtres ?

Consultons les sociétaires à ce sujet ; la plupart d'entre eux trouveront nos prétentions légitimes.

L'intolérance vient de plus haut ; elle vient en partie des chefs, qui se moquent pas mal de l'intérêt général ; habiles joueurs de flûte, ils ont trouvé dans la Mutualité un thème fort commode, propice aux trémolos, et ils s'en servent pour quémander des places et des rubans. Le médecin est toujours à la peine, eux sont à l'honneur.

Quand donc nos confrères se fatigueront-ils de tirer les marrons du feu pour des farceurs qui ne cessent de leur donner des coups de griffes.

Récemment encore, sous le couvert de l'Hygiène sociale, on a fondé à Agen une Société de secours mutuels de *Dames*.

Selon l'expression du Dr Coste, il n'existe aucune barrière à la porte de cette Société si bien

que riches ou pauvres, indistinctement, peuvent en faire partie.

C'est donc au moment où, dans nos Syndicats, on se préoccupe de l'augmentation de nos honoraires, que les praticiens Agenais se voient proposer le demi-tarif, un tarif de misère (1 fr. 50 par visite).

Il n'est pas d'ailleurs dans notre pensée de combattre la Mutualité.

Nous approuvons, bien au contraire, ces manifestations admirables de la solidarité humaine, mais nous stigmatisons avec la dernière énergie l'usage qu'on en fait de nos jours.

Pourquoi, dirions-nous aux Apôtres mutualistes, puisque vous vous déclarez pleins d'enthousiasme pour votre œuvre, n'essayeriez-vous pas de fonder vos Sociétés sur le modèle de celle dont je parlais tout à l'heure ?

Vous êtes généreux en paroles ; soyez-moins ménagers de vos deniers.

Créez des Sociétés où le nombre des membres honoraires soit suffisant pour parer à tout événement ; ou bien, si vous le préférez, n'admettez dans cette Association que des membres actifs avec une cotisation proportionnelle au revenu de chacun.

La véritable solidarité pour les gens riches est de venir en aide à la classe laborieuse.

Que tous les rentiers versent une cotisation, même minime, de membre honoraire et cette question sociale sera vite résolue.

Le médecin serait un membre honoraire comme les autres et ne supporterait pas à lui seul tous les frais.

Voilà, je crois, la véritable formule mutualiste, où chacun apporterait son obole pour le bonheur de tous.

Malheureusement, pour l'instant, ce n'est qu'une utopie. Mais ce sera peut être la réalité de demain si les médecins, groupés étroitement, ne consentent aucune concession nouvelle.

Sans doute, malgré tout, on pourrait trouver quelque confrère miséreux qui consentît à passer sous les fourches caudines de nos mandarins mutualistes ; ne nous laissons pas effrayer toutefois par cette éventualité.

Grâce à l'éducation des sociétaires, que chacun de nous pourrait entreprendre en leur démontrant la nécessité du libre choix ; grâce à une entente absolue, entre confrères, qui pourraient refuser d'entrer en relations avec le médecin de la Société , on créerait à celui-ci une telle situation qu'il ne tarderait pas à l'abandonner.

Donc, la solution du conflit entre médecins et Sociétés de secours mutuels est possible ; pour vaincre, il faut de la fermeté et de la concorde.

Dr Marquez.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Caisse des Pensions de retraite du Corps médical Français.

Séance du comité directeur du 11 avril 1910.

Etaient présents : MM. Lande, président, Delefosse, Gassot, Jeanne, Maurat.

Excusés : MM. Mignon, de Ranse, Verdalle.

M. Delefosse, secrétaire général, lit une lettre du trésorier.

Dans cette lettre, le trésorier annonce au Comité le remboursement de 150 fr. de rente amortissable, d'une obligation de la Banque hypothécaire 1881 et d'une obligation de la banque hypothécaire de France 1880.

Il demande au Comité de prendre une délibération autorisant le remboursement de ces diverses valeurs.

Le secrétaire général est chargé de s'entendre avec le Crédit Lyonnais sur ce sujet.

Le Comité autorise le remboursement de ces valeurs.

Au sujet de l'article IV du projet de convention entre l'Amicale et la Caisse des pensions, le conseil est d'avis de modifier la rédaction du paragraphe 2.

Les membres de la combinaison C versant une cotisation annuelle à la Caisse des pensions doivent jouir des mêmes droits que les autres sociétaires.

Le Comité approuve le remboursement des sommes versées par le Dr D... qui était membre de la combinaison C. de l'Amicale (contr'assurance).

Le secrétaire général fait part au Comité de la correspondance échangée entre le trésorier et lui, depuis la deuxième réunion du comité.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire des séances, Dr Maurat. *Le Secrétaire général* Dr Delefosse.

Blennorrhagie transmise par un spéculum ; responsabilité du médecin. — La cour suprême de Washington a eu à juger un médecin accusé par sa cliente de s'être servi d'un spéculum non désinfecté qu'il prit au moment de l'examen dans un tiroir où il était recouvert d'une serviette. Une blennorrhagie aiguë, longue et douloureuse s'en suivit, avec séjour au lit.

Bien que la dame n'ait pas fait la preuve qu'elle n'avait eu aucun coït suspect, la cour lui accorda 2.000 dollars au lieu de 4.000 qu'elle réclamait.

Le jugement faisait valoir qu'elle était complètement guérie, sans conserver aucune trace de sa maladie. Son incapacité à remplir ses devoirs pendant sa maladie avait été purement théorique (elle était veuve) et ses dépenses en médicaments et honoraires médicaux ne dépassaient pas 200 dollars. Pour ses souffrances physiques et morales on lui donnait une compensation, mais là s'arrêtaient ses droits. Rien ne lui était dû comme dommages-intérêts ou dans le but de punir l'accusé. (*Le Courrier médical.*)

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante du Dr Delpeut au sujet du compte-rendu officiel du Syndicat de Rambouillet que l'on nous avait prié d'insérer :

Une rectification

Mon cher ami,

Je ne puis laisser passer sans protester le procès-verbal du Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Rambouillet que vous avez publié dans le n° 18 du *Concours* : tout d'abord parce qu'il présente des inexactitudes regrettables ; ensuite parce que je trouve profondément incorrect de la part d'un secrétaire de publier un procès-verbal qui n'a même pas été approuvé par le Syndicat. Permettez-moi de relever très brièvement les inexactitudes et de mettre les choses au point.

C'est au sujet de la question qui fait l'objet du paragraphe 3 : libre choix et confrères non syndiqués.

Le 15 janvier 1909, je reçus d'un industriel de ma région, dont je soignais les ouvriers au tarif à la visite, une lettre par laquelle il m'informait, en m'adressant mes honoraires (environ 200 fr. par an), qu'à partir de ce jour je n'aurais plus à assurer le service médical de son usine ; un point, c'est tout. Froissé du procédé, je priai le président du Syndicat (26 janvier 1909) de s'informer auprès du patron des raisons qui avaient motivé sa décision et je lui *demandai en même temps de tenter une démarche auprès des confrères susceptibles de prendre ce poste (ils étaient quatre ou cinq qui par leur situation proximale pouvaient le faire, afin qu'ils le refusent et que l'on puisse ainsi indirectement obliger le patron à établir le libre choix du médecin pour ses ouvriers.*

Je fis cette démarche parce que je savais qu'il n'y avait eu aucune plainte d'ouvriers contre moi et que le patron avait laissé entendre à certaines personnes que j'abusais des visites et je voulais que lumière fût faite. En effet, les chiffres de mes notes d'honoraires était là pour prouver le contraire ; elles n'ont jamais dépassé 200 francs pour une centaine d'ouvriers et leur famille, soit 300 personnes environ.

Je croyais en ma naïveté que le rôle du président d'un syndicat était de soutenir ses confrères syndiqués contre les collectivités, quelles qu'elles soient. Je m'étais trompé. C'est pourquoi je portai la question à la réunion du Syndicat du 12 mai 1909. J'exposai à nouveau l'affaire à mes confrères, malheureusement trop peu nombreux et je demandai le vote de l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Rambouillet, réuni en Assemblée générale le 12 mai 1909,

« Considérant que tout malade, quelle que soit sa situation sociale, a le droit imprescriptible de choisir son médecin

« Considérant que le rôle des Syndicats médicaux doit être de profiter de toutes les circonstances pour que ce droit ne subisse aucune entrave de la part de ceux qui détiennent une parcelle de l'autorité (patrons, préfets, etc.) ;

« Dit que, dans ces conditions, il est regrettable que le bureau du Syndicat n'ait pas accédé à la demande du docteur Delpeut de tenter auprès des confrères susceptibles d'accepter le poste de médecin de l'usine de G. une démarche confraternelle pour les dissuader d'accepter les propositions de l'industriel en question, de l'obliger ainsi à établir le libre choix du médecin pour les ouvriers et passe à l'ordre du jour ».

Voilà l'ordre du jour qui, à *la demande expresse du président et du bureau*, a été repoussé par 6 voix contre 1 (la mienne) et 2 abstentions.

Rapprochez les textes et comparez !

Voilà où en est la mise en pratique des principes directeurs de nos associations de défense professionnelle.

De mesquines coteries les ravalent à des questions de personnes. Or qu'est-il advenu ? Ce qui devait fatalement arriver. Un confrère voisin a accepté, n'étant pas prévenu, la situation à un tarif encore inférieur au mien, qui était celui qu'appliquait déjà mon prédécesseur.

Triste, triste, triste !!!

Je vous serais infiniment obligé, mon cher ami, de vouloir bien insérer cette lettre dans le plus prochain numéro du *Concours*, et je vous prie de croire à l'assurance de mes sentiments de cordiale de sympathie.

Dr A. Delpeut.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Recouvrement d'honoraires. Rejet d'une demande reconventionnelle basée sur des allégations dénuées de toutes preuves et tendant à faire suspecter l'honorabilité du médecin.

TRIBUNAL CIVIL DE LOMBEZ

22 *décembre* 1909.

Attendu que la dame X..., atteinte d'une grave affection de la matrice, fut opérée à la clinique du docteur S..., et séjourna dans cet établissement du 24 mai au 9 juillet 1907.

Attendu qu'une récidive, toujours possible dans la nature de ces sortes d'affections, s'étant manifestée, M. le docteur Z..., son médecin traitant habituel, constata la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale, qu'il s'aboucha avec le docteur S..., et que la dame X... fut réintégrée dans la clinique de ce docteur ;

Attendu qu'elle y subit une deuxième opération et qu'elle séjourna ensuite dans ledit établissement du 23 septembre au 17 novembre 1907 ;

Que, pour cette deuxième opération et ses suites, le docteur S... réclame à X..., mari de la malade laquelle est décédée depuis et qui est son héritier, la somme de 702 francs, se décomposant ainsi :

1° Pour 56 jours à la clinique à 7 francs par jour : 392 francs, plus 5 francs d'éclairage, ci 397 fr.

2° Pour intervention chirurgicale et soins à Mme X...., et consultations 305 fr.,

Au total : 702 francs ;

Attendu que, pour se soustraire au paiement de cette somme, X... prétend que sa femme et lui n'avaient pas consenti à cette deuxième intervention chirurgicale ; que le docteur S..., avait abandonné la malade après l'opération, que pendant son absence des points de suture s'étaient détachés et que l'intestin de la dame X... avait été perforé par défaut de soins ou de surveillance ;

Attendu que ces allégations sont non seulement dénuées de toutes preuves, impossibles à contrôler à l'heure actuelle mais apparaissent comme de mensongères assertions ;

Attendu qu'on ne comprendrait pas que, sous le prétexte d'une simple cautérisation à faire, le docteur ait attiré la dame X.., dans sa clinique et, sans la prévenir, l'eût soumise à une opération douloureuse qui a nécessité l'emploi du chloroforme dans le but de se procurer un gain illicite ;

Attendu en effet que c'est le docteur Z..., qui a signalé le premier la nécessité de cette deuxième intervention, qui a préparé le départ de la malade et a assisté ensuite à l'opération ; que X... a accompagné sa femme et ne l'a pas délaissée pendant les 56 jours de traitement à la clinique ;

Que si pendant quelques jours, le docteur S... s'est absenté de la clinique, après l'opération, il a été suppléé par le docteur L..., de Toulouse, qui se rend journellement à la clinique pour aider et donner aux malades les soins nécessaires ; que les malades sont soignés aussi par la sœur Saint-M., religieuse ayant des connaissances approfondies et une grande pratique du traitement des malades ;

Attendu que les griefs imputés au docteur S. et résultant de la solution des points de suture et de la perforation de l'intestin sont démentis par la durée de la vie de la dame X..., depuis le 24 septembre 1908 au 1er janvier 1909, car la perforation n'aurait pu avoir lieu qu'au moment de l'opération et la solution des points de suture dans les jours voisins de l'intervention chirurgicale, car encore le médecin habituel n'a rien constaté de pareil et ce serait un médecin occasionnel qui aurait révélé ces vices de l'opération, médecin dont on n'a ni donné le nom, ni produit d'attestation, et qui a peut-être agi comme certains rares médecins, qui critiquent toujours les traitements ordonnés par les confrères ou les opérations par eux faites ;

Attendu par conséquent que la pertinence des faits ci-dessus, démontrés faux et inadmissibles, ne peut pas être accueillie ;

Attendu, en ce qui concerne la demande en comparution personnelle qui ne pourrait produire aucun résultat possible, qu'elle n'aboutirait peut-être qu'à des invectives grossières de la part de X..., envers le docteur S.., procédé employé par les mauvais payeurs ; qu'il y a donc lieu de la rejeter ;

Attendu, par conséquent, qu'il est surabondamment démontré que le docteur S..., a prodigué ses soins dévoués et intelligents à la dame X..., et que les motifs de sa demande en paiement sont justifiés ;

Attendu qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter aux demandes reconventionnelles en dommages formulées de part et d'autre, celle du docteur parce que son honorabilité et son talent le mettent hors d'atteinte des insinuations contenues dans des conclusions d'audience et celle de X...., parce qu'elle suit le sort de sa demande principale ;

Attendu que les dépens incombent à la partie qui succombe,

Par ces motifs, le tribunal, jugeant publiquement, en matière sommaire et en dernier ressort, le ministère public entendu, après en avoir délibéré, condamne X... à payer à S... la somme de 702 francs, soit 392 francs frais de séjour de sa femme à la clinique de S..., et 5 francs pour éclairage ; 2° de 305 francs, pour opération et consultations ; rejette toutes les autres demandes des parties comme non justifiées ; condamne X..., aux dépens.

Accidents du travail. — Le certificat médical initial fait partie des frais médicaux et est à la charge du patron, même s'il a été délivré par le médecin choisi par l'ouvrier et n'a pas été joint par le patron à la déclaration d'accident faite par lui.

JUSTICE DE PAIX
de MONTAIGUT-en-COMBRAILLES (Puy-de-Dôme)

2 *novembre* 1909.

Attendu que le docteur Michel demande à la Compagnie C. le paiement de la somme de 32 fr. 50 centimes, pour avoir donné ses soins aux blessés P..., (A), et P...., (F.), comme médecin choisi par les victimes dont 25 francs pour ce dernier, y compris deux francs pour le certificat médical initial et 7 fr. 50 pour le premier ;

Attendu que la Compagnie reconnaît la légitimité de la demande, sauf en ce qui concerne la somme de 2 francs pour le coût du certificat ;

Attendu que, par ses conclusions écrites, dont copie précède, la Compagnie C. soutient que, conformément aux lois sur les accidents du travail et aux circulaires ministérielles, le certificat médical initial requis par l'ouvrier blessé ne peut être mis à la charge du patron ;

Que l'employeur étant tenu, sous peine de contravention, de déclarer l'accident, c'est lui qui a le choix de désigner son médecin pour la délivrance du certificat à y joindre et qu'il ne peut être mis dans l'obligation d'en solder deux ;

Qu'en ce qui concerne le surplus de la demande la Compagnie fait offre de payer, sans s'expliquer sur les frais ;

Attendu qu'il y a lieu de recevoir la demande valable et fondée ;

Que les sommes réclamées suivant détail fourni sont dues en vertu et conformément au tarif ministériel du 30 septembre 1905 ;

Attendu que la Compagnie par les moyens soulevés dans ses conclusions cherche à équivoquer sur la question du privilège de délivrance du certificat intial ;

Qu'au point de vue de la désignation du médecin qui doit établir le premier certificat, il ne peut y avoir d'hésitation sur le choix, vu que le premier docteur accepté par la victime pour lui donner ses soins est le seul qualifié qu'il vienne ou non du chef d'entreprise ou qu'il soit librement choisi par l'ouvrier ;

Que si l'employeur est libre de refuser le certificat délivré par le médecin de l'employé, ce droit ne change rien aux dispositions de la loi et des circulaires, qui le mettent dans l'obligation de solder les honoraires et frais du médecin traitant, y compris les certificats prévus ;

Que son droit n'est qu'une garantie personnelle, même souvent un manque de confiance dans la personne du médecin traitant ;

Que ce manque de confiance semble exister chez cette Compagnie, dans tous les accidents, vu qu'elle use toutes les fois de son droit de désigner un deuxième docteur, lorsque l'ouvrier a choisi le sien ;

Que le droit de l'ouvrier de faire la déclaration de son accident n'est nullement subordonné au cas où le patron lui-même ne la ferait pas, surtout lorsqu'il y a incapacité permanente à craindre ;

Que le tarif du 30 septembre 1905 impose au patron le paiement du certificat initial sans distinction entre celui nécessaire à la déclaration faite par le patron ou par l'ouvrier ;

Que toutes les fois que le cas est grave ou semble comporter une incapacité permanente, l'ouvrier peut et doit même faire sa déclaration en l'appuyant du certificat de son médecin que doit payer le patron ;

Que la jurisprudence est constante à cet effet et ne fait qu'interpréter et appliquer sagement la loi et les circulaires sur les accidents du travail ;

Que dans le présent cas le certificat peut d'autant moins être rejeté qu'il a été joint à la déclaration d'accident faite par l'ouvrier et que la Compagnie n'a fait la sienne que postérieurement ;

Que la Compagnie C.., en s'appuyant par ses conclusions sur des lois et circulaires en fait une fausse interprétation ;

Par ces motifs, jugeant contradictoirement et en dernier ressort :

Disons les offres nulles et insuffisantes.

Condamnons la Compagnie C., à porter et payer au demandeur : 1° la somme de 25 francs. pour coût d'un certificat initial et soins donnés à Perrin (François), ; 2° celle de 7 francs 50 pour soins donnés à Perrin (Alexandre) ; 3° les intérêts de ces deux sommes du jour de la demande en paiement et en tous les frais et dépens.

REPORTAGE MÉDICAL

Un nouveau journal professionnel : l'« Aurore médicale ». — Un nouveau journal professionnel : *L'Aurore médicale*, dirigé par notre distingué confrère, le Dr Léon Archambault, de Paris, vient de paraître. Il y a tant et tant à faire sur le terrain de la défense médicale et sur les 21.000 praticiens français, il est tant d'indifférents que nous ne saurions voir sans satisfaction se multiplier les organes qui peuvent servir à stimuler le corps médical.

Le premier numéro de l'*Aurore médicale* fait bien augurer de la direction donnée au journal. Après une adresse aux lecteurs rédigée par le Directeur qui expose le but du journal, organe d'avant-garde, dit-il, et non organe de combat, vient un très intéressant article du Dr Le Für, sur l'*Agrégation et le libre choix du maître*. Notre ami, le Dr Lafontaine, expose ensuite avec sa conviction ordinaire le développement de l'*action corporative chez les étudiants en médecine de Paris* ; puis est reproduit le beau discours du Dr Leredde au banquet du dernier Congrès des Praticiens. Des documents, des renseignements, des nouvelles, une revue de la Presse médicale, de la bibliographie et des renseignements pratiques complètent utilement le journal.

L'*Aurore médicale*, qui compte parmi ses collaborateurs nos amis Régis, Leredde, Levassort, Lafontaine, R. Martial, Chapon, Vimont, Kolbé, Le Für, Angelvin, Campinchi, Smester, etc. est appelée, nous en sommes convaincus, à jouer un rôle important dans notre action corporative. Aussi lui souhaitons-nous longue vie et prospérité. J. N.

Assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine. — La doyenne des Associations de Prévoyance et d'Assistance médicales, l'Association des médecins de la Seine, fondée il y a 77 ans par Orfila, a tenu son Assemblée générale annuelle le dimanche 1er mai 1910, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. Quatre sociétaires malheureux et soixante-douze veuves de sociétaires ont reçu en 1909-1910, la jolie somme de 49.000 fr. ; de plus, cinquante-six personnes étrangères à l'Association ont reçu 8.825 francs de secours.

L'Association dispose de 8 ou 10 pensions de 1200 fr. destinées aux médecins âgés ou infirmes ayant au moins quinze années de sociétariat : trois pensions seulement ont été demandées cette année.

Après le très complet rapport de M. le Dr Barth, secrétaire général, on a procédé à la réélection du Président et des deux vice-présidents. M. le Dr Guyon, de l'Institut, a été réélu président à l'unanimité ; MM. les Drs Fernet et Nélaton, vice-présidents, pour l'année 1910.

Commission du Codex. — Par arrêté ministériel, il est institué, au ministère de l'Instruction publique, une commission spéciale et permanente chargée de préparer la future édition de la pharmacopée française (*Codex medicamentarius*).

Cette commission est chargée, en outre, de préparer, s'il y a lieu, la publication des suppléments prévus pour la pharmacopée (édition de 1908).

Encore une victime du devoir. M. Lhommer, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Sfax*, mort victime du devoir professionnel (en soignant des typhiques).

Sur la tombe, le médecin-major Capillery, au nom du général commandant la division d'occu-

pation, a déposé la croix d'honneur accordée par le ministre de la guerre. Il a rappelé ensuite les circonstances héroïques de la mort du Dr Lhommer.

D'autres discours ont été prononcés par le commandant d'armes de Boerio, représentant le général commandant la division d'occupation ; par M. Theller, vice-consul de France, au nom du résident général et du gouvernement tunisien, et par M. Jules Montels, au nom de la population du faubourg de Moulinville à Stax, dont le Dr Lhommer soignait les pauvres avec autant de dévouement que de désintéressement. (*Le Temps.*)

Le nouveau service de santé. — Le ministre de la guerre vient de signer le nouveau règlement sur le service de santé en campagne.

Les modifications qu'il apporte à l'ancien texte portent surtout et essentiellement sur les formations sanitaires du service de l'avant.

Ces formations étaient depuis longtemps critiquées et condamnées en raison de leur disparité, de leur lourdeur, de leur défaut de maniabilité : Désormais, ambulances et hôpitaux de campagne sont remplacés par des formations nouvelles, nombreuses, *légères, interchangeables*, et partant, susceptibles à la fois de suivre les troupes dans leurs évolutions et de s'immobiliser après un combat pour assurer la continuation des soins aux blessés qu'elles ont recueillis. Les formations immobilisées sont immédiatement remplacées dans leur unité tactique par des formations de même nature prélevées à l'échelon suivant.

Des sections d'hygiène et de prophylaxie pourvues de tout le matériel nécessaire, des laboratoires de radiographie et de bactériologie sont créés.

Telle est l'économie essentielle du nouveau règlement. C'est un progrès énorme qui vient d'être réalisé. Il ne sera toutefois complet que lorsque les ressources budgétaires auront permis la transformation du matériel qui s'impose.

Espérons que cela ne tardera guère.

Un prix d'architecture aux nouveaux thermes de Châtel-Guyon. — Il s'agit du prix Duc, Prix biennal et national, « destiné à encourager les hautes études architectoniques », et qui vient d'être attribué par l'Académie des Beaux-Arts à M. B. Chaussemiche, grand prix de Rome et architecte des bâtiments civils, pour son projet d'établissement thermal, les Nouveaux thermes, à Châtel-Guyon.

Ces plans à la suite du Concours, figurent en ce moment même au Grand Palais, au salon des artistes français, et leurs photographies ont été envoyées, aux frais du gouvernement, à l'Exposition internationale de Bruxelles.

Il ne peut que plaire au corps médical français de voir ainsi récompenser « une œuvre considérable », qui témoigne des efforts que donnent nos stations thermales pour joindre la perfection artistique aux qualités propres de leur appareillage technique.

Tous nos compliments et félicitations à Châtel-Guyon, qui nous prie à cette occasion, de rappeler que ses thermes sont ouverts depuis le 1er mai, et que tous les tarifs subissent une réduction de 50 % pendant le mois de mai pour tous les baigneurs.

Médecin, magnétiseur ou pédicure. — Le sieur X. tient à Lyon un cabinet de consultations où il traite certaines maladies par le magnétisme. Il ne se livre d'ailleurs à aucune autre pratique et ne rédige pas d'ordonnances.

L'administration l'ayant imposé comme « tenant un bureau de renseignements », il a réclamé contre cette imposition. Le fisc a reconnu que la dénomination donnée au sieur X. est inexacte et a voulu l'imposer à des droits égaux à ceux qui sont payés par les médecins. Il a objecté qu'il demandait à être imposé comme masseur pédicure, non pas qu'il eût par là l'intention de manifester une modestie exagérée, mais parce que les droits afférents à cette profession sont inférieurs à ceux payés par les médecins.

La question vient d'être posée au Conseil d'Etat, qui a rendu un arrêt portant que le sieur X... exerce bien la profession de magnétiseur qui, par sa nature et à raison des bénéfices qu'elle lui procure, ne saurait être rangée dans aucun des cas d'exemption. L'arrêt ajoute qu'il faut l'assimiler, au point de vue de la patente, à celle de médecin. Le sieur X. payera donc comme médecin.

(*Le Courrier médical.*)

C'est la reconnaissance légale de la profession de magnétiseur. Il est vrai, en ce cas (consolation ?) que l'assimilation du magnétiseur au médecin est faite, au point de vue de la perception des impôts. Et pour le fisc, l'argent, on le sait, n'a ni odeur ni couleur.

L'autodésinfection de l'eau dans les bains publics. — Des recherches, dont les plus anciennes remontent déjà à une vingtaine d'années, ont eu pour objectif de nous renseigner sur la richesse en micro-organismes de l'eau des bains publics, des piscines notamment. Elles ont mis en lumière une notion très intéressante, à savoir que dans l'eau d'une piscine dont le contenu n'est renouvelé qu'à des intervalles relativement espacés, la richesse en microbes, après avoir subi une augmentation initiale en rapport avec le nombre croissant des baigneurs, va ensuite en diminuant jusqu'à une certaine limite, résultat qui, de prime abord, apparaît comme paradoxal.

Donc, une désinfection pour ainsi dire spontanée s'effectue, même dans une eau qui n'est pas courante et qui ne se renouvelle qu'assez rarement et au sein de laquelle il se fait une importation répétée de micro-organismes bactériens. Quel est au juste le mécanisme de cette désinfection spontanée, quasi automatique ?

A en croire le docteur Langermann, celle-ci serait en grande partie l'œuvre des protozoaires qui, pullulant dans l'eau des bassins publics, se nourrissent des bactéries en suspension dans cette eau.

La désinfection spontanée, l'*autodésinfection*, qui s'effectue dans l'eau des piscines des bains publics, reconnaîtrait donc comme principal facteur des protozoaires bactériophages. Ceux-ci jouent également un rôle considérable dans la purification spontanée des fleuves et des cours d'eau en général.

Voilà une phagocytose « modern-style » dont nous ne soupçonnions pas l'existence.

Il serait intéressant de savoir si la pullulation de protozoaires gavés de bactéries rend ou non l'eau des piscines plus « propre » à leur usage, hygiéniquement parlant. A moins que frappés d'indigestion — il y a de quoi ! — ces animalcules ne meurent rapidement déterminant ainsi non plus une *auto-désinfection*, mais une *stérilisation parfaite* (?) du milieu.

Que la Science est donc une belle chose !

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 21 Dimanche 22 MAI 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

SOMMAIRE

Avis..... 443
Propos du jour
I. De l'activité actuelle du syndicalisme médical. — II. Un petit fait, qui démontre bien de quelle mentalité spéciale jouissent certains médecins de dispensaires d'assurances 444
Gynécologie
Curettage utérin post-abortif. Curettage digital. Indications et technique..... 445
La semaine médicale
La fièvre de Malte. Traitement des vomissements de la grossesse par l'application d'une vessie de glace sur le bas-ventre. — La méningite tuberculeuse et la méningite cérébro-spinale..... 447
Revue des sociétés savantes.
Isolement obligatoire de certains contagieux. — Albuminurie digestive. — L'auscultation sus-claviculaire du poumon. — Les métastases intestinales du cancer de l'estomac..... 449
Formulaire raisonné
L'arsenic..... 450
Ophtalmologie du praticien
Conjonctivite trachomateuse ou granuleuse..... 452
Notes de Pédiatrie pratique
La rate chez l'enfant..... 455
Hydrologie
Une indication précise de Châtel-Guyon. Les fausses diarrhées..... 455
Chronique de la Prévoyance
Les retraites de la vieillesse médicale..... 457
Chronique syndicale
Contribution à l'étude du rôle des syndicats médicaux.. 458
L'agrégation en médecine
Note à M. le Ministre de l'instruction publique..... 459
Stations thermales et climatiques.
Considérations sur la cure-taxe..... 460
Jurisprudence médicale
Honoraires pour les accidents du travail. — Choix du médecin par le patron. — Tarif Dubief. — Honoraires pour accouchements et suites..... 461
Reportage médical... 464
Nécrologie..... 464

AVIS A NOS LECTEURS

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

Nous avons le vif plaisir d'annoncer à nos lecteurs que nous allons éditer et offrir gracieusement chaque année à tous nos abonnés, anciens et nouveaux, un élégant volume de 700 pages soigneusement relié.

Cet ouvrage comprendra deux parties :

La premier, l'AGENDA, comportant une page pour chacun des jours de l'année, où nos confrères pourront enregistrer tous leurs actes médicaux.

La seconde partie, le *Memento*, sera réservée à la documentation professionnelle qui sera complétée chaque année.

Ces documents traiteront principalement la législation médicale, les honoraires (tarifs, recouvrements, prescription, responsabilité, etc.), les actes médico-légaux, et médico-sociaux du praticien, les services d'hygiène et de médecine publique, le service médical des collectivités, etc., etc.

En un mot, nos confrères trouveront dans notre recueil tous les renseignements professionnels qui leur sont indispensables dans l'exercice journalier de leur profession.

Dans un prochain numéro, nous nous proposons d'ailleurs de publier le sommaire des questions qui seront traitées dans l'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN, qui paraîtra VERS LE 15 NOVEMBRE PROCHAIN.

***

Stations balnéaires et thermales, etc., établissements médicaux spéciaux, spécialistes, etc.

Dans l'*Agenda-Memento*, nous avons l'intention de mettre la liste de nos adhérents exerçant dans les stations thermales, hivernales, balnéaires, climatiques, etc. Nous comprendrons également dans notre publication les listes des membres du Concours dirigeant un établissement médical ou exerçant une spécialité.

Nos confrères qui désirent voir leur nom figurer dans l'une de ces rubriques sont priés de nous en informer.

✦

PROPOS DU JOUR

I. — De l'activité actuelle du Syndicalisme médical

Notre très distingué confrère, M. le Dr Benet, reproduisant dans le *Bulletin du Syndicat des médecins de Marseille* un de nos articles sur l'état actuel du Syndicalisme médical, nous reproche de pousser trop au noir le tableau, et espère que le secrétaire de l'Union des Syndicats médicaux de France saura, par des retouches, donner un aspect plus riant à la peinture trop sombre faite par le rédacteur du *Concours Médical*.

Nous sommes heureux d'apprendre qu'à Marseille le Syndicalisme médical jouit d'une réelle activité et nous espérons que dans le Sud de la France l'exemple deviendra contagieux. Mais en nous plaignant de la léthargie de la plupart de nos Syndicats et du manque de conviction de beaucoup de confrères placés à leur tête, nous avons simplement constaté un fait. On ne peut nous accuser, nous qui pendant seize ans avons négocié jour par jour avec les Syndicats anciens et nouveaux pour obtenir leur adhésion à l'Union et créer une Fédération nationale importante, de proclamer la faillite du Syndicalisme médical français.

Et c'est justement parce que nous ne voulons pas assister à cette faillite, que nous désirons voir nos Associations professionnelles douées d'une vie réelle et rendre au Corps médical les services pour lesquels elles ont été constituées.

Quand nous constatons que le Conseil de l'Union s'adressant à ses 130 syndicats sur des questions intéressant le Corps médical tout entier reçoit 30 réponses, nous sommes en droit de prétendre que 100 syndicats, ou tout au moins leurs bureaux, négligent de remplir le rôle pour lequel ils ont été créés. Quand notre collègue, le Dr Bolliet, se plaint, lors de l'enquête qu'il vient de faire pour le Congrès des Praticiens, sur le libre choix du médecin dans la Mutualité, de n'avoir reçu que 163 réponses de confrères isolés et 52 réponses de secrétaires de Syndicats, lorsqu'il existe plus de 10.000 médecins de mutualités et 200 syndicats, nous sommes en droit de parler d'inertie.

Quand un mal existe et qu'il est curable de par la volonté même de celui qui en est atteint, il est du devoir du médecin d'éclairer le malade sur son état et de l'engager à faire le nécessaire pour arriver à se guérir. C'est un peu ce que nous avons voulu, si ce n'est pas ce que nous avons réussi à faire. Là encore il est bon de dire la vérité.

Nous sommes néanmoins très heureux des observations parues dans le *Bulletin du Syndicat des Médecins de Marseille* ; nous n'avons aucune prétention à l'infaillibilité, nous donnons notre avis, faisons part de nos craintes, émettons des idées que nous sommes toujours satisfaits de voir discuter, quand elles le sont par des hommes de bonne foi et avec courtoisie. Dans la tâche que nous avons entreprise, nous ne saurions dédaigner les conseils ni les opinions de nos confrères.

L'indifférence, l'inertie, l'envie, la jalousie et l'égoïsme sont nos seuls ennemis irréconciliables et nous ne cesserons de les combattre toutes les fois que nous aurons le regret de les rencontrer.

J. Noir.

II. — Un petit fait qui démontre bien de quelle mentalité spéciale jouissent certains médecins de dispensaires d'assurances.

Un de nos confrères parisiens qui, par son âge, la haute situation qu'il a occupée dans l'armée, son indiscutable valeur professionnelle et son exemplaire correction, mérite le respect de ses confrères, nous a communiqué la circulaire suivante, *autographiée*, que lui a adressée le médecin d'un dispensaire de Compagnie d'assurances.

Mon cher confrère,

Je vous serais très obligé de bien vouloir donner à votre cliente, Mme X... (nom et adresse de la cliente) (accident du travail) l'autorisation de se présenter à mon dispensaire) (adresse du Dispensaire) ; vous faciliterez ainsi le contrôle demandé par la Cie d'assurances.

Si vous y trouvez un inconvénient, je vous prie de m'en aviser.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr X.

Paris, le avril 1910.

Notre confrère, surpris du procédé, répondit par la lettre suivante :

Paris, le avril 1910.

Honoré Confrère,

Je n'admets de la part d'une Compagnie d'assurance, quelle qu'elle soit, aucun *contrôle*. Tout au plus est-elle autorisée à faire constater les lésions invoquées par un de ses assurés ? Si cette constatation faite par un médecin offrant toutes les garanties de l'âge, de l'expérience et de titres scien-

tifiques ne lui suffit pas (ce qui pourtant devrait être) je ne puis par mes actes donner une approbation à une ingérence dans ma clientèle que rien ne justifie. Néanmoins, pour être agréable à un confrère, je consens à une consultation entre ce confrère et moi pour nous mettre d'accord sur les renseignements qu'on demande. Comme je suis le plus âgé, je crois observer toutes les règles de la déontologie en ayant le choix pour l'heure et le lieu de la consultation et je serais d'avis qu'elle fût fixée le dans mon cabinet.

Veuillez agréer, etc. Dr Z...

Ce petit fait, qui se répète chaque jour, montre de quelle mentalité finissent par jouir certains médecins de Compagnies d'assurances. Leurs fonctions ou les obligations qu'on exige d'eux les imprègnent d'un genre d'esprit tout particulier. La loi les autorise, avec l'agrément du juge de paix, à se renseigner sur l'état du blessé, après avoir prévenu 24 heures à l'avance le médecin traitant par lettre recommandée ; au bout de quelque temps et sans doute grâce à la faiblesse, nous allions dire la lâcheté, du médecin praticien qui ne proteste pas, ils transforment petit à petit leur rôle et finissent par se persuader qu'ils sont chargés d'inspecter malades et confrères.

La lettre recommandée avec agrément du juge de paix est transformée en circulaire autographiée et la demande de renseignements en acte de contrôle. Encore, dans le cas présent, le médecin d'assurances adresse une circulaire dont les termes sont corrects, mais combien de fois certains de ses collègues ont oublié même la circulaire et négligé la correction, allant jusqu'à donner au malade des appréciations sur le diagnostic et le traitement. Notre confrère a eu raison de rappeler poliment au médecin d'assurances à quelles limites son rôle devait se borner, car nous savons tous par expérience à quels abus peut conduire la négligence de l'observation de la loi par les médecins des assurances.

Laissez-leur prendre un pied chez vous,
Ils en auront bientôt pris quatre.

J. Noir.

Exposition universelle et internationale de Bruxelles 1910. — Le Comité d'installation de la classe 16 (médecine, chirurgie, stérilisation et orthopédie) organise à l'Exposition de Bruxelles une exposition des principaux livres de médecine, chirurgie, hygiène et sciences y afférentes, publiés ces dernières années, ainsi que des revues de médecine et d'hygiène. Nos confrères n'auront à payer pour tous frais que la somme de dix francs par volume. Ils jouiront de tous les avantages des autres exposants.

Adresser les demandes d'admission au Dr Lucien Graux, 11 *bis*, rue Villebois-Marcuil, Paris, vice-président de la classe 16.

GYNÉCOLOGIE

Curettage utérin post-abortif. Curettage digital. Indications et technique.

Par le Dr Maurice Patel,

Agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

I. — Indications du curettage dans les accidents abortifs

L'avortement (nous comprenons ici l'avortement que l'on ne peut plus éviter) constitue l'indication la plus fréquente et la plus urgente du curettage utérin. Le placenta, demeurant en totalité ou en partie dans la cavité utérine, devient la cause d'infections et d'hémorragies ; c'est dans ces deux cas qu'il faut agir, et sans retard.

1° *Infection.* — Vous vous trouvez en présence d'une jeune femme dont le facies fait songer de suite à de graves accidents septiques ; les traits sont creusés, la langue est sèche ; la peau brûlante ; la température monte à 40° et plus le soir, avec quelques frissons et quelques rémissions légères matutinales ; le pouls est fréquent, petit. On vous raconte (ou bien, vous en obtenez l'aveu) que, quelques jours auparavant, à la suite d'un retard de règles de deux ou trois mois, une violente hémorragie utérine s'est produite ; puis, tout s'est arrêté ou s'est borné à un suintement sanguin jugé insignifiant, et les accidents infectieux ont débuté peu après. Au toucher, vous sentez le col entr'ouvert ; des débris sanieux sortent de la cavité utérine. L'utérus est gros, douloureux, encore ramolli ; votre diagnostic de septicémie post-abortive est porté.

Cherchez alors si les ligaments larges et si les annexes sont libres ; dans ce cas, le plus courant, l'infection est utérine. Il ne faut pas compter sur un lavage intra-utérin, même continu ; il faut vider et drainer la cavité.

Dans un certain nombre de circonstances, les phénomènes généraux, pour être moins bruyants, n'en sont pas moins graves ; l'opération s'impose.

2° *Hémorragie.* — Ici, l'hémorragie est le symptôme le plus apparent ; elle est survenue, sans cause (?), après un retard et semble ne pas devoir s'arrêter. Il y a des degrés : telle femme paraît saignée à blanc en quelques heures ; telle autre supporte assez bien une hémorragie qui dure depuis plusieurs jours.

L'indication du curettage est urgente dans l'un et dans l'autre cas ; dans le premier, le tamponnement vaginal, les lavages chauds sont insuffisants et ne peuvent constituer qu'un traitement provisoire ; dans le second, l'infection est menaçante ; elle existe peut-être (voyez la température). Tout, hormis le curettage, est insuffisant.

Voilà des cas d'urgence. L'*hémorragie peu abondante* prête à discussion. Les uns préfèrent intervenir de suite et mettre la malade à l'abri d'accidents imminents et de rétentions placentaires ultérieures ; les autres attendent : le repos, les lavements laudanisés, les injections très chaudes à 45° arrêtent l'hémorragie ; le tamponnement, la quinine, réveillent les contractions utérines et font expulser la totalité du placenta.

Imitez les premiers, si la malade est loin de vous, si des soins intelligents ne peuvent lui être donnés ; vous ne pourrez le regretter. Suivez la seconde conduite dans les cas contraires, — et si les accidents infectieux apparaissent, vous êtes toujours à temps d'intervenir. Il s'agirait alors non plus d'une intervention d'urgence, mais d'un curettage retardé.

II. — Technique opératoire.

Dans les accidents abortifs, c'est le *curettage digital* qu'il faut faire ; cette notion est capitale. Lorsque l'utérus a été gravide, sa paroi est ramollie, friable et se laisserait perforer facilement. Dites-vous bien qu'avec le doigt vous ne risquez rien, et que la curette même la meilleure est un instrument dangereux ; ne la prenez pas, pour n'avoir pas la tentation de vous en servir.

A. — *Soins préparatoires.*

1° *Instruments.* Pas de curette.

Sonde à double courant (modèle Laroyenne ou modèle Doléris).

Irrigation très chaude 45° (4 litres).

Irrigation tiède.

Solution iodo-iodurée (1).

Pince porte-mèche (sans dentelures), avec mèche aseptique.

2° *La malade.* — Désinfecter soigneusement la partie inférieure de l'abdomen ; raser la vulve, comme s'il s'agissait d'une grande intervention. Savonner le vagin ; irriguer largement. Vider la vessie.

3° *L'opérateur.* — Désinfection complète des mains. Couper les ongles, et mettre de la teinture d'iode aux doigts.

B. — *Opération.*

La malade est anesthésiée (à l'éther de préférence), et placée en position gynécologique, les cuisses fortement fléchies pour relâcher au maximum les muscles de la paroi abdominale. Vous pouvez placer la malade sur le bord du lit ou mieux sur une table, recouverte d'un matelas garni de toile cirée.

(1) La solution la plus employée est la suivante :

Iode métallique	3 gr.
Iodure de potassium	5 gr.
Eau distillée	100 gr.

Elle doit rentrer dans tout matériel d'urgence.

1er *Temps* (*Exploration*). — L'anesthésie étant complète, explorez l'utérus, par le toucher et le palper combinés ; voyez sa direction ; cherchez le col, ordinairement entr'ouvert et laissant sentir un débris placentaire.

2e *Temps* (*curettage*). — Dilatez le col, en introduisant doucement dans sa lumière l'index droit ou gauche (suivant la préférence), tandis que la main opposée retient le fond utérin par la paroi abdominale. La dilatation est facile ; elle doit être lentement faite, jusqu'à ce que le doigt remue à l'aise dans la cavité utérine.

Vous commencez alors le curettage ; le doigt recourbé en crochet, détachez avec la pulpe tous les débris perçus ; raclez *méthodiquement* la face antérieure, la face postérieure, les faces latérales ; *explorez toujours les cornes utérines*, en vous méfiant d'un enchatonnement possible.

Lorsque le placenta est détaché, ramenez-le vers l'orifice cervical ; il se fragmente et vous l'évacuez. Revenez alors dans l'utérus, devenu plus large ; vérifiez les cornes, la zone d'insertion placentaire, et n'abandonnez que lorsqu'il n'y aura aucun point suspect.

3e *Temps* (*lavage intra-utérin*). — Versez dans un seau à irrigation la solution iodo-iodurée (20 à 30 cc. pour deux litres). Introduisez dans l'utérus la sonde bien amorcée et lavez à vagin ouvert.

Il faut avoir soin de laver ensuite avec de l'eau bouillie ordinaire, pour éviter l'intoxication iodée.

4e *Temps* (*séchage*, *drainage*). — Séchez la cavité utérine en introduisant et en retirant une ou deux mèches ; laissez-en ensuite une, modérément serrée. Ce n'est que dans les cas de septicémie très intense que l'on doit placer un drain en caoutchouc ou en verre, qui permettra les irrigations continues.

5e *Temps* (*pansement*). — Placez du coton à la vulve, un bandage en T. Reportez la malade dans son lit, et faites au besoin une injection de sérum artificiel.

C. — *Soins post-opératoires.*

Il est nécessaire de tonifier l'état général (alcool, café, sérum artificiel), prendre la température régulièrement : sonder la malade.

S'il y a une mèche utérine, l'enlever après 24 heures, et faire un lavage intra-utérin à l'eau bouillie, si la température est élevée.

Dans les cas de grande septicémie, des lavages journaliers à l'eau oxygénée (4 volumes) par le drain ou la sonde deviennent nécessaires.

Le tout est de se guider sur la température ; si celle-ci se maintient, il faut craindre une salpingite suppurée, un phlegmon du ligament large ou une thrombo-phlébite périutérine.

Ordinairement, les suites sont bénignes ; des lavages vaginaux suffisent. La malade peut se lever

8 à 10 jours après ; il faut avoir soin de surveiller la position de l'utérus (rétroversions fréquentes) et aussi l'état général, souvent affaibli par une hémorragie abondante ou une infection prolongée.

LA SEMAINE MÉDICALE

La fièvre de Malte.

Un de nos confrères du département du Gard, M. le Dr Cantaloube, de Sumène, a eu l'occasion d'observer et de traiter, dans une petite commune de 630 habitants, cent quatre-vingts malades atteints de fièvre de Malte.

Voici quelques-uns des points principaux notés par l'auteur :

Après une *incubation*, dont la durée a été évidente dans deux cas (deux jours et neuf jours), le *début* a eu lieu *brusque*, par douleurs, frissons, fièvre, céphalée, vomissements, sueurs (ces divers symptômes associés en proportions diverses) ou *insidieux*, par malaise, courbature, impressionnabilité, inappétence, impression de froid. Le début insidieux a été de beaucoup le plus fréquent.

Polymorphe, si l'on considère les *lésions*, la fièvre de Malte ne manque pas d'une certaine unité, si l'on envisage les symptômes généraux. *Douleurs, sueurs profuses, troubles intestinaux, asthénie*, tel est l'ensemble clinique qu'ont présenté au grand complet les 4/5 des hommes et la plupart des femmes, ces dernières atteintes plus discrètement. L'absence d'un seul de ces symptômes laisserait à la période d état de fièvre de Malte une physionomie clinique banale et de différenciation difficile, s'il n'y avait pour éclairer le diagnostic deux caractères spéciaux : les *ondulations de la fièvre et les rechutes*.

Les localisations sur les différents appareils sont extrêmement variées : congestions pulmonaires, pneumonies, pleurésies, bronchites, hémorrhagies (épistaxis, métrorrhagies, stomatorrhagies, entérorrhagies, urétrorrhagies), ulcères de la langue, douleurs épigastriques, gargouillements intestinaux, congestions du foie, splénomégalie, spasmes diaphragmatiques, céphalée, fourmillements, tremblements, névralgies et névrites, néphrite, dysurie, orchi-épididymite, funiculite, hydrocèle, arthralgies, arthrites, otites, blépharites, desquamation, chute de cheveux, œdèmes.

La convalescence est longue : elle varie d'un mois à un an.

La fièvre de Malte torture et anémie ses victimes, mais elle n'est pas très meurtrière. Ne succombent que ceux qui ont quelque passé pathologique : les tarés, les alcooliques, les vieillards, les surmenés. La mortalité globale de l'épidémie a été de 7 %, chiffre supérieur, on le voit, au 2 % de l'épidémie observée à Malte. Mais ces chiffres ne sont pas contradictoires, si l'on considère que l'épidémie de l'île de Malte a sévi sur l'élément militaire, élément particulièrement robuste et choisi.

Sur un total de 12 décès, dépendant de la fièvre de Malte, l'auteur a trouvé : *coma* durant deux ou trois jours (4 cas), accidents *convulsifs* (1 cas), *pneumonie* (1 cas), *congestion pulmonaire* (2 cas), *cachexie* (4 cas), (dont un avec atrophie du foie). Sur ce nombre, trois alcooliques, une rétrécie mitrale, une débilitée et un vieux catarrheux.

Le diagnostic est à faire avec la grippe, la fièvre typhoïde, le rhumatisme et les pseudo-rhumatismes, la tuberculose.

En ce qui concerne le traitement, il doit être prophylactique. On peut le résumer en quelques mots : surveillance du bétail, en particulier des chèvres ; hygiène des individus en contact avec ce bétail ; abstention de lait cru et des *fromages*, ces derniers ayant souvent paru coupables dans cette épidémie.

Le traitement *médicamenteux* a donné des résultats nuls ou déplorables. Pas plus en période fébrile qu'en période apyrétique, les malades n'ont paru bénéficier des médications que la réflexion ou les auteurs conseillaient.

A retenir seulement un cas d'amélioration par le sérum antidiphtérique, et les effets vraiment excellents du suc de *viande* comme accélérateur de la convalescence. Le spécifique reste à trouver.

La fièvre de Malte doit être désormais considérée comme pouvant justifier dans certaines circonstances l'intervention du chirurgien. Une arthrite ankylosante du genou et une suppuration de la fosse iliaque gauche, survenues dans notre épidémie, légitiment cette opinion.

Traitement des vomissements de la grossesse par l'application d'une vessie de glace sur le bas-ventre.

Le Dr Alfred Lucas signale dans la *Semaine gynécologique* un nouveau traitement des vomissements graves du début de la grossesse.

Deux théories ont cours actuellement, sur la pathogénie de ces vomissements : celle de la toxémie, défendue par M. Pinard, et celle du réflexe utérin que M. Doléris a de nouveau développée, il y a peu de temps.

Contre la toxémie, quelques objections peuvent être mises en avant. Au début de la grossesse, alors que l'ovule vient de faire sa migration, la toxémie est à son minimum, si même elle existe, et c'est justement à ce moment qu'apparaissent d'ordinaire les vomissements graves ou incoercibles.

Par contre, la théorie de l'irritation réflexe se confirme par un fait d'observation courante, à savoir que les vomissements cessent par l'évacuation de l'utérus qui se trouve ainsi débarrassé de la cause d'irritation qui aboutit aux vomissements.

Pour calmer l'irritabilité utérine, origine du réflexe provoquant les vomissements, M. Lucas conseille le traitement suivant : repos absolu au

lit, lavements avec de l'antipyrine et du laudanum, diète hydrique, et application d'une vessie de glace à demeure sur le bas-ventre. Chez deux malades, atteintes de vomissements incessants, les résultats de ce traitement furent immédiats et remarquables.

La méningite tuberculeuse et la méningite cérébro-spinale.

Dans une récente leçon publiée par la *Pédiatrie pratique*, M. le professeur Hutinel indique avec détails les différents signes qui doivent servir aux cliniciens pour faire le diagnostic de la méningite cérébro-spinale et de la méningite tuberculeuse.

« La température est modérée, en principe, dans la tuberculose méningée ; elle est de 38°, 38°5, rarement 39°, exceptionnellement de 40° et le plus souvent, quand elle en arrive à cette élévation, elle n'y arrive que progressivement. par gradation insensible. Dans la méningite cérébro-spinale, tout au contraire, elle monte tout à coup à 40° et plus, comme dans la pneumonie. Son début est solennel, ou plutôt tapageur, en regard de celui de la méningite tuberculeuse, beaucoup moins dramatique, plus sournois.

« La céphalée et les vomissements existent dans les deux cas, mais moins pénibles dans la tuberculose méningée que dans la méningite cérébro-spinale.

« La constipation, possible dans l'une et l'autre, est parfois remplacée, dans la tuberculose, par la diarrhée.

« Dans la cérébro-spinale, la raideur de la nuque, les contractions musculaires sont plus rapides et plus accusées que dans la tuberculeuse, à tel point que l'affection méningococcique mérite bien l'appellation de ce « mal de nuque » que les anciens lui avaient donnée. Chez elle, elle est moins limitée, moins localisée, se prolonge dans toute la colonne vertébrale, réalisant chez ses victimes un opisthotonos plus marqué que dans la méningite tuberculeuse. Dans cette dernière, il faut parfois la rechercher en certains cas, où elle s'impose peu au regard ; c'est en essayant de redresser le malade pour l'ausculter que l'on s'aperçoit de la rigidité de la colonne vertébrale et que l'on sent les fesses glisser en avant, par suite de l'impossibilité d'inflexion du rachis. On constate l'existence du signe de Kernig. Le malade a les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes fléchies sur les cuisses ; quand on essaye d'étendre les jambes, on note l'état de contracture des membres inférieurs et les cris que cette manœuvre arrache au malade. On peut également se rendre compte de cette contracture, de cette impossibilité pour les méningitiques d'étendre leurs membres inférieurs. Il suffit, quand ils sont couchés sur le dos, ou assis, d'appuyer sur le genou, qui est élevé, fléchi en angle. Cris et résistance musculaire prouvent la contracture des membres inférieurs. Ce signe de Kernig est toujours beaucoup plus marqué dans la cérébro-spinale que dans la tuberculeuse, où il peut d'ailleurs faire complètement défaut.

« Il est une chose qui frappe dans la tuberculose méningée, c'est la fréquence des phénomènes oculaires : photophobie, inégalité pupillaire, strabisme, parfois même ptose de la paupière. Ces signes sont rares, très rares dans la méningite cérébro-spinale, à telle enseigne que leur absence suffit à orienter de façon presque sûre vers le diagnostic de méningococcie.

« La rétraction du ventre, son creusement en bateau sont le fait de la tuberculose beaucoup plus que celui de la méningite cérébro-spinale. De même, le signe de la raie méningitique est plus fréquent et plus marqué dans la bacillose.

« Dans cette dernière, le pouls, au début, est inégal, c'est à-dire a des pulsations faibles et fortes, il devient irrégulier, intermittent, ralenti ; dans la méningite cérébro-spinale, il est fréquent et conserve, d'ordinaire, le même intervalle entre les pulsations.

« La respiration, chez le méningitique tuberculeux, est souvent modifiée, présente des inégalités, des irrégularités, de longues pauses, tendant à la rapprocher du rythme de Cheyne-Stokes, tous symptômes exceptionnels chez le méningitique cérébro-spinal.

« Il est certaines manifestations qui, dans le doute, pourront être d'une grande utilité. La présence de vésicules d'herpès aux lèvres, aux oreilles, aux joues, au crâne, à plus forte raison une poussée herpétique confluente, généralisée, doit faire songer à la méningite cérébro-spinale.

Un malade en opisthotonos qui répond est vraisemblablement un méningococcique, le méningitique tuberculeux ne répond pas. Il semble en effet, que l'atteinte sur l'intelligence soit plus profonde chez le bacillaire méningé.

Tous ces signes sont des probabilités et non des certitudes. Pour posséder une certitude, il faut recourir à l'examen du liquide céphalo-rachidien. A lui seul, il dispense d'autres recherches.

« Son chauffage, dans les deux cas, démontre l'existence de l'albumine ; celle-ci, peu abondante dans la méningite cérébro-spinale, atteint, au contraire, 1, 2 et 3 grammes dans la tuberculose.

« En une phrase lapidaire, on a cru pouvoir établir, d'après la couleur du liquide céphalo-rachidien, un diagnostic irrécusable et l'on a coutume de dire : liquide purulent = polynucléaires et méningite cérébro-spinale ; liquide clair = lymphocytes et méningite tuberculeuse.

« Pour être exacte dans l'immense majorité des cas, une telle interprétation n'en est pas moins exagérée, susceptible de certaines restrictions.

« Une conclusion ferme, intransigeante, ne saurait découler de cette donnée, par trop simpliste et sujette à caution.

« Parfois, en effet, tout au début de la méningite tuberculeuse, et même durant son cours, la ponction lombaire retire un liquide fibrineux, louche, à polynucléaires. Une conclusion hâtive,

dans le sens précité, ne tarderait pas à être contredite par une ponction ultérieure, où l'on constaterait la disparition de cette fibrine et de ces polynucléaires et la limpidité absolue d'un liquide désormais habité par les lymphocytes. De même, en présence d'un liquide clair, on doit s'abstenir de toute affirmation catégorique, parce que, parfois, dans la méningite cérébro-spinale, le liquide extrait est aussi clair que dans la tuberculose la plus incontestable, et contient des lymphocytes.

« La véritable nature de la méningite, sa vraie cause, n'est, en somme, garantie que par l'étude du culot de centrifugation qui démontre la présence, ou de méningocoques, ou de bacilles de Koch. Tant que le germe, seule cause efficiente, seule cause spécifique de l'infection (tuberculeuse ou méningococcique), n'est pas découvert, la certitude scientifique n'est pas faite.

« Or, l'on a intérêt à être éclairé en une telle matière ; car, si l'on est désarmé et condamné à l'impuissance dans le cas de méningite tuberculeuse, on doit tenter quelque chose, et quelque chose d'efficace dans la méningite cérébro-spinale.

Ce quelque chose d'efficace, c'est l'injection dans le canal rachidien de fortes doses de sérum antiméningococcique : 80, 100 et même 150 cc.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Isolement obligatoire de certains contagieux. — Albuminurie digestive. — L'auscultation sus-claviculaire du poumon. —Les métastases intestinales du cancer de l'estomac.

M. COURMONT fait à l'*Académie de médecine* une communication sur un cas de *lèpre contagieuse* et sur l'importance hygiénique qu'il y aurait à pouvoir isoler obligatoirement un tel malade.

Il s'agit d'un homme atteint de diverses manifestations lépreuses, en particulier de lésions lépreuses de la muqueuse nasale, dont les sécrétions fourmillent de bacilles de Hansen. Journellement, cet homme, qui est chemineau et vit un peu partout dans les campagnes, émet au dehors une quantité de bacilles de Hansen véritablement énorme. C'est une source permanente de contage et à ce point de vue un danger social.

L'auteur se demande si, en pareil cas, la loi sur la santé publique ne pourrait pas intervenir pour hospitaliser et isoler le malade, dans ses périodes de jetage abondant tout au moins.

— MM. LINOSSIER et LEMOINE présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur l'*albuminurie digestive*, envisagée au point de vue pathogénique et pronostique.

Pour expliquer l'origine digestive de certaines albuminuries, disent-ils, on peut invoquer trois théories, intéressantes à discuter, eu égard aux déductions pratiques qu'elles comportent. Ce sont :

1° La théorie physiologique, d'après laquelle les albumines alimentaires, lorsqu'elles sont insuffisamment digérées, se comportent comme des matières étrangères à l'organisme, et comme telles sont éliminées par le rein sain ;

2° La théorie mécanique, qui attribue l'albuminurie digestive à l'abaissement de la pression sanguine dans les reins, réalisée par la digestion ;

3° La théorie toxique, qui voit dans l'albuminurie digestive le résultat de l'action sur le rein de toxines issues du tube digestif, toxines provenant des aliments ou des fermentations gastro-intestinales.

MM. Linossier et Lemoine admettent la théorie toxique. Selon eux, l'albuminurie digestive tient à des lésions rénales superficielles et transitoires dues à des néphrotoxines, normalement détruites par la digestion, mais pouvant, en cas de défaillance de celle-ci, pénétrer dans la circulation.

L'albuminurie dyspeptique témoignerait ainsi de reins antérieurement altérés ou tout au moins débiles. Pour les auteurs qui considèrent l'albuminurie digestive comme une élimination par un organe sain d'une substance étrangère à l'organisme, cette affection n'est jamais d'un pronostic fâcheux. Pour ceux qui, avec MM. Linossier et Lemoine, admettent qu'elle est la conséquence de lésions rénales légères, il n'en est pas de même. Sans doute, sous l'influence d'un traitement rationnel des troubles digestifs, un grand nombre d'albuminuries dyspeptiques peuvent guérir, mais certaines ne seraient que le prélude d'une récidive définitive.

M. LE NOIR distingue l'albuminurie digestive et l'albuminurie dyspeptique. La première se produit sous l'influence du travail normal de la digestion alors que la seconde suppose un trouble digestif. Il ne partage pas l'opinion de MM. Linossier et Lemoine sur la pathogénie et le pronostic des albuminuries digestives. Il a suivi pendant plusieurs années deux sujets ayant de l'albumine dans l'urine après les repas, chez lesquels l'albuminurie a fini par disparaître malgré la longue durée des accidents morbides, ce qui ne cadre guère avec l'hypothèse d'une lésion rénale.

— M. RAMOND communique à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur l'*auscultation sus-claviculaire du poumon* dans la tuberculose pulmonaire au début.

Depuis Laënnec, dit M. Ramond, les investigations cliniques faites dans le but de dépister une tuberculose pulmonaire commençante visent surtout deux régions bien déterminées, les régions sous-claviculaire et sus-épineuse. Ce n'est qu'accessoirement qu'on ausculte les sommets dans le creux sus-claviculaire. Et cependant, c'est là une région intéressante, puisque le dôme pulmonaire vient y faire normalement saillie.

L'auteur s'est attaché principalement à l'auscultation de la fossette formée par l'écartement des deux bandes sternale et claviculaire du mus-

cle sterno-cléido-mastoïdien. L'examen est un peu gêné par l'existence du bruit trachéal respiratoire qui vient se surajouter au murmure vésiculaire du sommet et le renforce considérablement. Néanmoins, ce dernier garde son autonomie et il est possible d'en apprécier les caractères.

L'auscultation de cette région se pratiquera avec le stéthoscope ou avec l'oreille. Pour ausculter avec l'oreille, le médecin se place du côté opposé à celui que l'on veut examiner. Le malade se tient assis sur son lit ou debout de préférence ; il incline la tête et la tourne légèrement du côté opposé à la fossette à ausculter.

A l'état normal, on constate une inspiration forte, légèrement soufflante. Dans le cas de tuberculose commençante, l'inspiration est rude, parfois saccadée, l'expiration plus prolongée, plus saccadée que du côté sain. Lorsque le malade respire à fond, on peut percevoir des râles sibilants, crépitants ou sous-crépitants, éclatant sous l'oreille avec une grande netteté.

Pour M. Ramond, l'auscultation de la fossette sterno-mastoïdienne et du triangle sus-claviculaire est intéressante à connaître et pourra rendre des services dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. Elle procure quelquefois des résultats plus nets et plus précoces que l'auscultation classique. Toutefois, en règle générale, elle lui est inférieure, ses résultats étant habituellement moins précis que ceux de l'auscultation sous-claviculaire et sus-épineuse. Il est bon, cependant, dans les cas douteux en particulier, de ne pas la négliger.

M. Rist pense, également, que l'auscultation des régions sus-claviculaires procure dans le diagnostic des lésions initiales de la tuberculose des renseignements précieux, et qu'il n'est pas rare de découvrir, au-dessus de la clavicule, des symptômes pathognomoniques, alors que la respiration est encore parfaitement normale au-dessous de cet os. En fait, si l'on pratique aussi rarement l'auscultation sus-claviculaire, c'est parce que, dans le pays de Laënnec, les médecins ont perdu l'habitude de se servir du stéthoscope, sans lequel il est difficile d'explorer la région en question.

M. Lemoine estime, de son côté, que les médecins militaires auraient avantage à recourir plus souvent à cette auscultation, qui pourrait devenir pour eux un élément précieux d'appréciation médico-légale.

— M. Bensaude expose à la *Société médicale des hôpitaux* une étude clinique *des métastases intestinales du cancer de l'estomac.*

Ces métastases passent fréquemment inaperçues, soit qu'elles se trouvent cachées par les symptômes généraux du cancer, soit que l'infection du péritoine domine le tableau (forme ascitique, etc.). Outre ce premier groupe dans lequel les symptômes gastro-intestinaux manquent ou sont effacés, il existe un deuxième groupe comportant une symptomatologie gastro-intestinale. Tantôt, ce sont les phénomènes gastriques qui prédominent, tantôt ce sont les troubles intestinaux (signes d'obstruction, péristaltisme, etc.)

Ces métastases, dont la plus intéressante est celle du rectum, doivent être distinguées des tumeurs primitives de l'intestin.

Au point de vue thérapeutique, l'enseignement qui ressort de l'étude des métastases intestinales du cancer de l'estomac est la nécessité pour le chirurgien d'examiner l'intestin avec soin toutes les fois où il se trouve en présence d'un cancer infiltré de l'estomac.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

L'arsenic,

Par le Dr André Lombard.

Sels arsenicaux organiques autres que les mono et méthylarsinates sodiques.

Le succès des composés arsenicaux méthylés sodiques devaient provoquer l'apparition en thérapeutique des mêmes arsines alliées à d'autres bases.

Le *méthylarsinate de fer* présente sur l'arséniate l'avantage d'être plus riche en fer et de pouvoir être prescrit à dose plus élevée ; on l'administre surtout en pilules, à la dose quotidienne de deux à cinq centigr., et il peut rendre quelques services dans l'anémie et la chlorose.

Le *méthylarsinate de quinine* offre le même inconvénient que l'arséniate, celui d'avoir une teneur en quinine trop faible par rapport à l'arsenic ; aussi ne peut-on le prescrire à doses suffisantes si l'on tient à l'effet de l'alcaloïde.

Si l'avantage des méthylarsinates n'apparaît pas très considérable, il n'en est pas de même des cacodylates et ceux-ci ont souvent une supériorité sur les sels minéraux. Les *cacodylates de magnésie et de chaux* jouissent à peu près des mêmes propriétés que le cacodylate de soude ; on les prescrit à la dose de quatre à six centigr. ; l'injection des sels calciques est souvent un peu douloureuse ; aussi vaut-il mieux les administrer « per os », en solution.

On peut bien prescrire le *cacodylate de quinine*, comme le méthylarsinate, à la dose de quatre à dix centigr. ; mais il ne peut être considéré pour sa quinine comme un antipaludique ; c'est plutôt un tonique, et qu'il vaut mieux ne pas prescrire en injections sous-cutanées, car la quinine provoque une vive douleur.

Le *cacodylate de strychnine* est un stimulant tonique ; on l'emploie dans la tuberculose pulmonaire, la neurasthénie, à la dose de deux milligr. à deux centigr. en pilules, en solution, en potion, ou en injections hypodermiques. Les for-

mules du cacodylate de soude lui conviennent. On peut commencer par prescrire un milligr. et augmenter progressivement la dose ; il est bon d'en suspendre l'emploi après une huitaine de jours de traitement. Si l'on n'utilise pas les ampoules d'un c.c. contenant un ou deux milligr. de sel qu'on trouve dans le commerce, on peut formuler :

Cacodylate de strychnine	dix centigr.
Glycérine neutre	35 gr.
Eau distillée	100 cmc.

dont 1 cmc. contient un milligr. de sel. L'addition de glycérine est nécessaire, car ce cacodylate, presque insoluble dans l'eau, est plus soluble dans la glycérine, l'eau glycérinée ou l'alcool.

Le *cacodylate de fer* a été préconisé dans les cas où la médication martiale doit être associée à la médication arsénicale. L'arséniate de fer contient trop peu de fer, le cacodylate en contient suffisamment pour que son utilité ne soit pas contestable. On le prescrit à la dose de dix à vingt ctgr. en pilules ou en potion, et il n'a nulle action nocive sur l'estomac. Chez l'enfant, on peut admettre la dose maxima quotidienne d'un demi ctgr. par année d'âge. Si l'on préfère l'administrer par la voie sous-cutanée, il ne faudra pas prescrire des solutions contenant dix ou cinq centigr. par 1 cmc. ; elles sont douloureuses et laissent des nodosités plus ou moins persistantes, elles obligeraient, surtout chez les femmes, à suspendre le traitement. On fera préparer une solution renfermant trois centigr. par cmc (Gilbert et Lereboullet):

Cacodylate ferrique.....	0 gr. 30
Eau distillée.....	10 cmc.

dont on injectera d'abord 1 cmc. par jour, dose qu'on pourra porter progressivement à 2 et 3 cmc.

Le *cacodylate de mercure* n'est pas un sel de formule définie et de composition invariable ; les solutions aqueuses sont, du reste, très instables, facilement altérables et acides. MM. Brocq, Civatte et Fraisse, qui l'avaient expérimenté, ont renoncé à l'emploi de ce sel et l'ont remplacé par le *cacodylate iodo-hydrargyrique*. L'injection de la formule qu'ils proposaient primitivement provoque quelques douleurs et des nodosités qui, du reste, disparaissent assez vite. Voici la formule que l'on peut utiliser (Brocq) :

Cacodylate de soude	0 gr. 50
Biiodure de mercure	0 gr 15
Iodure de sodium.....	0 gr. 15
Eau distillée.....q.s.p.	10 cmc.

dont on injecte chaque jour un ou deux cmc. pendant quinze à vingt jours. Un cent. cube représente cinq centigr. de cacodylate et quinze milligr. de biiodure. Il serait possible, mais sans aucun avantage, de substituer le méthylarsinate au cacodylate. Ces injections sont utilement prescrites aux syphilitiques anémiés, débilités ou neurasthéniques. Elles ont cependant des contre-indications : la tendance de la peau aux pigmentations ; la tendance aux poussées congestives ou aux hémoptysies, chez les tuberculeux ; l'intolérance gastro-intestinale.

Ce n'est guère qu'en injections sous-cutanées qu'est utilisé le *cacodylate de gaïacol* ; on le prescrit avec succès dans la tuberculose et dans la grippe (Barbary). C'est un médicament un peu caustique, peu soluble dans l'eau, mais soluble dans l'huile. On formule ainsi une solution huileuse injectable :

Cacodylate de gaïacol.....	1 gr.
Huile d'olives stérilisée.....q.s.p.	10 cmc.

dont 1 cent. cube contient 0 gr. 10 de sel. On en injecte 1 cent. cube pendant dix jours consécutifs, et on recommence après une interruption de huit jours.

Si l'on préfère une autre solution et dosée à 5 % :

Cacodylate de gaïacol.....	2 gr. 50
Gaïacol cristallisé.....	0 gr. 75
Eau distillée stérilisée.....q.s.p.	50 cmc.

on en injectera de un à cinq et même dix cmc. ; mais tous les trois jours seulement.

Quand Després, ennemi du mercure, traitait les malades syphilitiques de son service par les dépuratifs et les toniques, l'arsenic faisait partie de cette médication ; et il n'est pas niable que, sous toutes ses formes, l'arsenic ait d'heureux effets dans la syphilis, et des effets quasi-spécifiques dans les cas où le mercure agit mal ou n'agit plus. C'est pourquoi les médecins ont entendu sans étonnement vanter les propriétés de l'*atoxyl* dans la syphilis. L'action antiinfectieuse de ce médicament se manifeste particulièrement dans la trypanosomiase (maladie du sommeil), et on avait pensé que cette action antiparasitaire devait se produire aussi vis-à-vis du tréponème de la syphilis, lequel a une certaine analogie avec le trypanosome. On a prescrit ce médicament aussi dans la leucémie, dans le cancer, la malaria et même la rage. Il semble que les chimistes soient d'accord pour admettre que l'atoxyl est le sel monosodique de l'acide para-aminophénylarsénique, et pour en attribuer la découverte à Béchamp, en 1863. Son apparence de légère toxicité, qui lui a valu son nom, il la doit à ce qu'il ne cède que faiblement son arsenic ; mais les doses trop élevées ou un peu prolongées provoquent des vertiges, des céphalées, de l'œdème, de l'amblyopie, de l'amaurose, des nausées, des vomissements, de la fièvre, de la prostration, de l'albuminurie. Son emploi n'est donc pas sans de gros inconvénients. Quant à son utilité, elle est indéniable sans doute dans la maladie du sommeil. Koch pratique tous les deux jours, pendant deux mois, une

injection de cinquante centigr. et, si la guérison n'est pas obtenue ou maintenue, on recommence la médication. MM. Laveran et Thiroux lui associent l'orpiment ; M. Mesnil, l'émétique.

Il est rare que l'atoxyl soit prescrit par la voie buccale, parce que son activité est moindre ; on peut faire prendre chaque jour un, deux ou trois des cachets suivants :

Atoxyl	0 gr. 10
Lactose	0 gr. 50

en un cachet, ou bien une, deux ou trois cuillerées à soupe, diluées dans un peu d'eau, de la solution suivante :

Atoxyl	1 gr.
Eau distillée	150 gr.

dont une cuillerée à soupe contient dix centigr. On le fait absorber pendant huit jours ; on fait une pause de quatre jours, puis on recommence. Ainsi dans la tuberculose, dans l'anémie ; on peut dans ce dernier cas, l'associer aux ferrugineux.

On l'a aussi prescrit en frictions, *loco dolenti*, dans le cancer de l'estomac, incorporé à une crème de savon, dans la proportion de 10 %.

C'est dans la syphilis et en injections hypodermiques qu'on l'a prescrit le plus fréquemment ; soit six à dix injections de 0 gr. 50 faites tous les deux jours, soit deux injections, à deux jours d'intervalle, de 0 gr. 75 ; puis quatre injections de 0 gr. 50 séparées par trois jours d'intervalle. Après quinze jours de repos, nouvelle série d'injections. Les solutions à 10 % provoquent des douleurs et des nodosités ; il vaut mieux les faire préparer à 5 % ; elles doivent être fraîches, en raison de leur rapide altération, et stérilisées par filtration ; l'atoxyl se décompose s'il est quelque temps maintenu à 100°.

Il n'est pas encore bien démontré que ce sel ait une heureuse action dans la syphilis, la paralysie générale, en somme dans tous les cas — sauf la trypasonomiase — où l'on a voulu le substituer au mercure et à l'arsenic. On a cependant enregistré quelques heureux effets dans la syphilis tertiaire ; mais on ne doit s'en servir qu'à la condition que le patient ne présente pas et n'ait jamais présenté aucun trouble oculaire ou des fonctions rénales.

Il serait donc imprudent de vouloir faire par l'atoxyl le traitement de la syphilis. On peut néanmoins l'associer au mercure, et, à l'exemple de Sabrazès, faire, pendant dix jours consécutifs, l'injection intra-musculaire d'un cmc. de la solution suivante :

Atoxyl	10 gr.
Biiodure de mercure	0 gr. 20 à 0 gr. 50
Iodure de sodium	2 gr. à 5 gr.
Eau distillée	q. s. p. 100 cmc.

soit par cent. cube : 0 gr. 10 d'atoxyl, deux à cinq milligr. de biiodure. Après une pause de cinq jours, on recommence une nouvelle série. Les injections provoquent une sensation passagère de brûlure. Il est vraisemblable que le mercure et l'iode agissent au moins autant que l'atoxyl.

Dans les cas rares d'idiosyncrasie à la quinine, on peut pratiquer utilement dans la malaria, deux à quatre heures avant l'accès, une injection intraveineuse de 0 gr. 20 à 0 gr. 30, ou une injection intra-musculaire de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 d'atoxyl, selon la formule recommandée par Mendel :

Atoxyl	4 gr. 50
Eau distillée	q. s. p. 30 gr.

dans un flacon de verre noir, stériliser, ajouter :

Chlorétone	0 gr. 20

dont un cent. cube contient 0 gr. 15 d'atoxyl.

Il est bien difficile de savoir, dans les cas où l'on observe une action de l'atoxyl, si l'on doit l'attribuer à l'arsenic ou à l'aniline, et cela doit rendre encore plus circonspect dans l'emploi des composés arsenicaux, tels que l'acétarsénylate de sodium (arsacétine), le para-amino-phénylarsinate de mercure (asyphil), le benzo-sulfone, para-mino-phénylarsinate de sodium (hectine), ou de mercure (hectargyre), prônés comme agents curateurs ou abortifs de la syphilis. Sans préjuger de leur valeur, qu'il faut laisser au temps le soin d'affirmer, fussent-ils pleins d'heureuses promesses, le praticien n'a pas le droit d'enlever à son malade syphilitique les avantages certains du mercure. L'arsenic et ses dérivés restent d'utiles auxiliaires et, dans d'autres affections, des médicaments que l'on ne peut pas remplacer.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par le Dr F. CHABRUT.

Maladies infectieuses de la conjonctive (*Suite*).

CONJONCTIVITE TRACHOMATEUSE OU GRANULEUSE. La *conjonctivite granuleuse* est caractérisée par le développement, sur la muqueuse du tarse et des culs-de-sac de granulations (*trachomes*) grisâtres, véritables hypertrophies circonscrites du tissu adénoïde de la muqueuse, grosses comme un grain de semoule ou un grain de mil, gélatineuses et translucides, ordinairement groupées en îlots, traînées ou en files, et remplissant quelquefois entièrement le cul-de-sac d'une masse fongueuse qui repousse la paupière et fait hernie sur le bord supérieur du tarse retourné (*fig.* 1 et 2). Au niveau même du tarse où la muqueuse est adhérente, ces granulations sont plus effacées et plus petites, souvent méconnaissables au milieu d'une véritable hypertrophie papillaire qui donne à la conjoncive habituellement lisse un as-

pect velouté. En dehors des îlots trachomateux, la conjonctivite est injectée et suppure dans les cas aigus et graves, ou reste à peu près saine dans les cas chroniques. L'affection est ordinairement bilatérale, et le malade se présente avec des paupières lourdes et tombantes qui voilent une partie de la pupille et lui donnent un regard et un port de tête tout spécial. Si l'on ajoute que la cornée est elle-même très souvent le siège d'un *pannus* (*pannus trachomateux*) dans sa partie supérieure, on reconnaîtra qu'il y a là à première vue assez de signes pour constituer un véritable *facies trachomateux* qui conduit d'emblée le médecin à retourner la paupière supérieure, la plus constamment atteinte pour mettre à jour le corps du délit (*fig.* 3).



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3.

Le *pannus trachomateux*, qui peut servir de description du pannus type, consiste en un tissu de nouvelle formation, vasculaire, rougeâtre d'épaisseur variable, qui fait suite au niveau du limbe scléro-cornéen au tissu modifié de la conjonctive granuleuse et envahit la cornée en se dirigeant vers le centre pupillaire, sans l'atteindre, ou pour le dépasser jusqu'à envahir toute la membrane et masquer tout le champ pupillaire ; mais cette extension est rare de nos jours et en France, l'exception. Le plus souvent le pannus affleure le champ pupillaire sans trop l'entamer et permet encore une assez bonne vision. Dans les épidémies d'autrefois et aujourd'hui encore dans son pays d'origine, l'Egypte, on note son extension et sa gravité plus grandes. Le pannus suivant son ancienneté et sa gravité, a des aspects variables qui lui ont valu des noms un peu démodés aujourd'hui : de pannus tenuis (léger), crassus (charnu, épais), sarcomateux. C'*est une néo-formation* très analogue anatomiquement au tissu adénoïde des granulations qui semble s'être développée là par continuité de l'infection, bien que la conjonctive bulbaire soit restée saine en apparence, et aussi par irritation et contact direct de cette partie de la cornée avec les granulations du cul-de-sac supérieur (*fig.* 4).

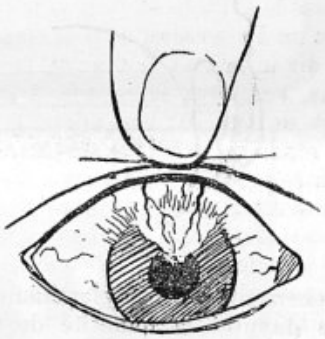


Fig. 4.

Les *ulcères cornéens*, fréquents dans le trachome, semblent être dus à des infections secondaires. Ils sont souvent envahissants et graves.

Quand le trachome a évolué, c'est-à-dire a disparu, il reste à sa place une cicatrice qui enserre de traînées blanchâtres des îlots de conjonctive encore hyperémiée, et qui même peu à peu envahit ces îlots, remplaçant ainsi des placards entiers de la muqueuse et même la muqueuse entière dans les trachomes confluents graves par un tissu rétractile pâle ou d'un blanc bleuâtre et lisse.

Ces cicatrices, plus discrètes et plus blanches sur le tarse, plus étalées dans les culs-de-sac, *sont la véritable signature du trachome évolué*, le signe pathognomonique précieux et souvent indispensable à son diagnostic.

L'évolution du trachome est très inégale quant aux réactions inflammatoires qui l'accompagnent. Elles peuvent même être nulles et tel malade *qui se présente au médecin avec un ptosis*

qui le gêne n'a pas eu conscience de l'évolution trachomateuse dont il porte cependant les cicatrices. Tel autre présente un pannus qui seul met le médecin sur la voie du diagnostic. Au contraire, pendant une épidémie, le trachome peut évoluer avec une acuité de symptômes qui offrent les apparences d'une infection blennorrhagique.

Le trachome évolue, s'aggrave ou récidive avec une ténacité souvent désespérante, surtout le trachome traité tardivement, et comme ses suites sont graves, il faut le poursuivre et le traiter avec la même ténacité.

Ces suites sont le résultat de la rétractilité du tissu cicatriciel et de la participation du tarse au travail inflammatoire, et des lésions cornéennes.

La première de ces complications est l'*entropion* cicatriciel, et le renversement des cils en dedans, qui en résulte (*fig.* 5). Ce *trichiasis* est une cause d'irritation perpétuelle pour la cornée et une menace d'ulcères graves secondairement infectés par les voies lacrymales, avec toutes leurs conséquences.



Fig. 5.

L'englobement du tissu glandulaire dans les cicatrices diminue la quantité de liquide qui lubrifie normalement la muqueuse et en amène cet état spécial de sécheresse qu'on appelle le *xérosis* et qui peut atteindre aussi la cornée (*xérophtalmie*). On voit alors des îlots de conjonctive ou de cornée sur lesquels les larmes glissent sans adhérer comme sur une tache de graisse ; la cornée se recouvre d'une véritable couche épidémique sèche et opaque qui amène une cécité incurable. Il peut arriver que les cicatrices du trachome englobent les orifices des canaux excréteurs de la glande lacrymale et en amènent l'atrophie par oblitération ; mais là n'est pas la cause ordinaire du dessèchement de la muqueuse ou de l'épithélium cornéen qui ne s'observe d'ailleurs pas après une ablation de la glande. Il s'agit plutôt d'une modification intime de l'épithélium qui en rend le mouillage impossible. Le xérosis, qui coïncide d'ailleurs avec d'autres états pathologiques où le manque de sécrétion ne peut être mis en cause, est souvent aussi observé comme symptôme d'un état général, en dehors de toute lésion oculaire et avec une sécrétion lacrymale normale.

Cette anomalie de la cicatrisation peut amener aussi par rétraction la disparition du cul-de-sac supérieur, la muqueuse passant directement du bord inférieur du tarse au bulbe, et se plissant verticalement quand on renverse la paupière (*figures* 6 et 7, *symblépharon antérieur et postérieur*).



Fig. 6.



Fig. 7.

Les lésions cornéennes ont une large part dans les suites graves du trachome par le pannus et les ulcères dont la cornée est le siège. Le pannus, qui peut se résorber quand il est mince (pannus tenuis), se transforme au contraire, quand il est épais en une lame de tissu fibreux blanc et opaque, dont les vaisseaux ont entièrement disparu et qui reste désormais stationnaire amenant s'il est total, une perte complète et irrémédiable de la vision ; ou bien au contraire, si le pannus pénè-



Fig. 8.

Laboratoire, 207, Boulevard Pereire, PARIS.

(Agar-agar, extraits biliaires, extraits complets de toutes les glandes intestinales.)

JUBOL

Rééduque l'Intestin

La cure de rééducation dure six mois.

(Acad. des Sciences, 28 juin 1909.)

1 à 3 comprimés en se couchant. (Avaler sans croquer.)

LES ÉNERGÉTÈNES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiquement & Physiologiquement titrés



SUCS DE VALÉRIANE·SAUGE·DIGITALE·GENET·MUGUET·COLCHIQUE

Chaque flacon 3'50 LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE & GENTILLY (Seine)

LES ÉNERGÉTÈNES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiquement & Physiologiquement titrés



SUCS DE VALÉRIANE. SAUGE. GUI. GENET. MUGUET. COLCHIQUE

Chaque flacon 3'50. LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE & GENTILLY (Seine)

NUCLÉATOL ROBIN

GRANULÉ (Nucléophosphate de Chaux et de Soude) d'origine végétale.
RACHITISME, CACHEXIE, LYMPHATISME, BRONCHITE CHRONIQUE, CONVALESCENCE, SCROFULE, DÉBILITÉ, NEURASTHÉNIE, ETC.
DOSE: 4 à 6 cuillères-mesures chez l'adulte par 24 heures et 2 à 3 pour Enfants et Vieillards.

INJECTABLE (Nucléophosphate de Soude chimiquement pur)
EXALTE LA PHAGOCYTOSE. Employé préventivement dans les opérations chirurgicales.
DÉFERVESCENCE DANS LES FIÈVRES INFECTIEUSES, PUERPÉRALES, ÉRESYPALES, TYPHOÏDES SCARLATINES, ETC.
ABAISSE LA TEMPÉRATURE EN QUELQUES HEURES.
DOSE: 1 ou 2 injections suivant les cas dans les 24 heures.

NUCLÉARSITOL ROBIN

ANTI-TUBERCULEUX, PUISSANT RECONSTITUANT (NUCLÉATOL MÉTHYLARSINÉ)

COMPRIMÉS
DOSE: 2 à 3 comprimés deux fois par jour aux deux principaux repas, ce qui fait de 0.04 à 0.06 centigrammes de méthylarsinate sodique par jour.
MÉDICATION NUCLÉOPHOSPHATÉE ARSENICALE
NUCLÉOPHOSPHATES de CHAUX et de SOUDE MÉTHYLARSINÉS

INJECTABLE
DOSE: 1 ou 2 injections suivant les cas, dans les 24 heures.
TUBERCULOSE, FIÈVRES PALUDÉENNES, CACHEXIE DES PAYS CHAUDS, LYMPHATISME, SCROFULE, ETC.

VENTE EN GROS: *13, RUE DE POISSY, PARIS.* — DÉTAIL: *PRINCIPALES PHARMACIES.*

TRAITEMENT RATIONNEL & HYGIÉNIQUE DE LA CONSTIPATION HABITUELLE

MARQUE DÉPOSÉE — MARQUE DÉPOSÉE

THAOLAXINE

PAILLETTES CACHETS GRANULÉ
COMPRIMÉS
PRODUIT EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL
RÉGULATEUR DES FONCTIONS INTESTINALES

LAXATIF RÉGIME — PAS D'ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES DURET & RABY à MARLY-LE-ROI (S&O.)
ÉCHANTILLONS & BROCHURES *FRANCO sur DEMANDE*

CHOLÉOKINASE

6 à 8 Ovoïdes par jour

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE DE L'ENTÉROCOLITE MUCOMEMBRANEUSE

tre dans la cornée à une certaine profondeur, il amène la destruction de sa charpente fibreuse qui cède sous la tension oculaire, s'*ectasie* et donne lieu à un *staphylome antérieur*.

Quant aux ulcères ils s'observent sur les parties saines de la cornée ou sur le pannus, et donnent lieu à des taies avec ou sans perforations qui gênent la vision et peuvent dans la suite,si elles sont le résultat d'un ulcère perforant, donner lieu à des troubles graves de la tension oculaire (*leucome adhérent, fig.* 8. *glaucome secondaire.*)

NOTES DE PÉDIATRIE PRATIQUE

La rate chez l'enfant (1),

par le Dr Albert B. Ball,
Ancien interne des hôpitaux,
Ex-assistant de consultation de l'hôpital Trousseau.

I. Examen de la rate. — La rate est normalement inaccessible à la palpation et à peine perceptible à la percussion. Pour en faire l'examen, on doit mettre l'enfant dans le décubitus dorsal ou plutôt latéral droit, les cuisses fléchies ; puis tracer légèrement avec l'ongle la *ligne axillaire*, du fond de l'aisselle à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Inspection. L'hypertrophie de la rate peut déterminer une saillie unilatérale de l'hypocondre gauche, avec soulèvement des côtes.

Palpation. Elle est plus instructive que la percussion : les doigts recourbés en crochets au-dessous du rebord costal gauche, sur la ligne axillaire, accrochent facilement la rate quand elle est grosse, surtout pendant l'inspiration.La palpation permet encore de reconnaître la consistance, dure ou molle ; l'état de la surface : inégale, bosselée, sillonnée ; la sensibilité de la région.

Percussion. Elle doit être assez forte et se fait sur la ligne axillaire de haut en bas et sur une ligne transversale partant de l'appendice xyphoïde pour couper la ligne axillaire à son milieu.

Auscultation. L'auscultation de la rate grosse fait quelquefois entendre le *souffle splénique*, doux, systolique.

II. Rate grosse, ou Splénomégalies, ou Hypertrophies de la rate. — Toute rate qui déborde les fausses côtes est grosse, ce qui est plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte.

Diagnostic de la rate grosse. — 1. Le diagnostic *différentiel* se fera par le siège et par la forme, avec la rate simplement abaissée, avec une tumeur abdominale, ou encore avec un très gros foie ou une pleurésie de la base gauche.

2. Diagnostic *étiologique*. La rate grosse est un symptôme commun à de nombreuses maladies.

Les splénomégalies *aiguës* se rencontreront dans les maladies aiguës, passagères, surtout dans la fièvre typhoïde, le paludisme, la tuberculose aiguë.

Les splénomégalies *chroniques* pourront se classer suivant leur cause :

Infections. — La rate grosse se constate dans la syphilis héréditaire : elle se voit déjà chez les enfants spécifiques de 3 semaines à 2 mois dans la moitié des cas, tandis que les autres splénomégalies ne s'observent presque jamais à cet âge. On la rencontre encore dans le paludisme chronique, la tuberculose chronique dans ses formes variées ; dans les infections prolongées de l'appareil digestif, les dyspepsies habituelles ; dans le rachitisme.

Foie. — La rate grosse est fréquente dans les diverses cirrhoses, alcooliques, biliaires, cardiaques, cardio-tuberculeuses.

Cœur. — La rate grosse accompagne l'asystolie.

Sang. — La rate grosse est un symptôme des anémies splénomégaliques, pseudoleucémiques du nourrisson ; de la leucémie (leucocythémie) ; des lymphadénies leucémique *ou aleucémique*.

Rate. — Le kyste hydatique de la rate est rare, le sarcome primitif est exceptionnel.

Le Pronostic et le Traitement des splénomégalies seront ceux de la cause.

(1) D'après *L'enfant et son médecin* (Maloine, éditeur).

HYDROLOGIE

Une indication précise de Châtel-Guyon

Les fausses diarrhées.

Fréquemment, au cours de l'évolution d'une colite muco-membraneuse, ou même à la suite d'une période de constipation simple, on voit succéder, à la stase fécale, des débâcles diarrhéiques qui souvent se prolongent et offrent toutes les apparences d'une diarrhée chronique. Un examen attentif des selles s'impose en pareil cas, car seul il pourra nous renseigner sur la véritable valeur de ce symptôme et nous permettra de l'interpréter utilement. M. Mathieu, en maintes occasions, a nettement indiqué le vrai caractère de ces flux diarrhéiques, de ces alternatives de diarrhée et de constipation au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse et ses observations démontrent qu'il ne s'agit pas là de diarrhées mais de *fausses diarrhées*, qu'il s'agit de constipation avec poussées d'hypersécrétion consécutives soit à l'irritation, soit, à un degré plus avancé, à l'inflammation de la muqueuse du gros intestin.

« Observez, dit-il avec M. J.-Ch. Roux (1), les

(1) A. Mathieu et J.-Ch. Roux : Pathologie gastro-intestinale.

selles en cas semblable et vous trouverez dans la seconde, la troisième et même la quatrième selle des scybales ou tout au moins des fèces dures qu'a secondairement ramollies l'hypersécrétion intestinale ». Divers sont leurs caractères. Ce sont parfois de brèves crises paroxystiques, *réactions coliques* se traduisant par une débâcle abondante avec coliques et sensations douloureuses ; une partie importante de la selle est entièrement liquide, l'autre partie formée de matières dures ou plus ou moins désagrégées. D'autres fois les selles deviennent plus fréquentes, 2 à 4 dans la journée, la première est liquide, les autres pâteuses puis solides. Le contraire se produit et les dernières selles sont alors demi-liquides ou pâteuses, ou encore on peut noter des selles composées d'une première partie solide et d'une partie liquide et *vice-versa*. Enfin il n'est pas rare de constater dans une même selle des différences de coloration, une fétidité quelquefois très prononcée, des glaires, des fausses membranes et à la palpation, des zones de spasme douloureux sur le trajet du côlon, notamment à l'angle splénique ou au niveau du côlon descendant.

Le mécanisme de ces fausses diarrhées est simple.

La constipation en est la cause essentielle. La rétention des matières détermine une irritation de la muqueuse par simple contact ; ou, à la suite des fermentations et putréfactions anormales qui ne manquent pas de se produire, il s'ensuit un processus inflammatoire de cette muqueuse, une hypersécrétion qui se fait, suivant les cas, en amont ou en aval de la stase fécale, du spasme et des mouvements péristaltiques exagérés.

Tout le traitement doit donc être dirigé contre la constipation, en tenant compte de l'inflammation superficielle de la muqueuse et en ménageant la susceptibilité toute spéciale de l'intestin. Les procédés de *douceur* sont seuls admissibles.

Le purgatif brutal et surtout le laxatif, toujours irritants, souvent toxiques, sont intempestifs, et parfois dangereux. Aussi dans la pratique courante n'emploie-t-on que l'huile de ricin à petites doses quotidiennes ou, de la même façon, les purgatifs salins dilués. C'est surtout à ce titre que la cure de Châtel-Guyon devient, dans ces cas, le traitement de choix, car elle offre de sérieuses garanties, à condition encore qu'elle soit conduite avec prudence, à doses peu élevées ou que l'on procède par de petites cures espacées. L'action des Eaux est en effet toute spéciale. Elles ne purgent pas, elles sont à peine laxatives à doses relativement élevées, mais agissent surtout sur le péristaltisme intestinal en le stimulant lentement et progressivement, en tonifiant la musculeuse, en activant et en régularisant sa motricité. L'action est lente et ne se fait sentir qu'après quelques jours de traitement dans la constipation simple, mais dans les cas de fausses diarrhées, les modifications de l'état des selles sont beaucoup plus rapides.

Leur action s'exerce en outre sur le système glandulaire du tube digestif, et surtout sur la sécrétion biliaire. C'est là un fait intéressant à souligner dans les cas de fausses diarrhées qui s'accompagnent de fermentations anormales et de putréfactions intestinales. Aussi, voit-on dans les premiers jours disparaître ces signes de fermentation, la fétidité des selles s'atténue, les selles sont moulées et lubrifiées, leur coloration devient normale et tend à prendre *une teinte verte* caractéristique. Cela indique nettement un afflux biliaire plus considérable, une accélération de la traversée de l'intestin grêle, une atténuation des putréfactions, entravant la transformation dans le côlon de la bile (verte) en hydrobilirubine (rouge).

Si à l'action de la bile, on ajoute celle apportée par les éléments propres des Eaux (chlore et chlorures, chaux, fer, etc.), on comprend qu'elles peuvent réaliser une véritable médication antiputride en même temps qu'elles entravent la stagnation des fèces, et qu'elles provoquent leur expulsion dans des conditions normales de volume et d'humidité, qu'elles suppriment les auto-intoxications. Un dernier avantage de la cure très appréciable est l'action toni-nutritive qu'elle exerce sur l'organisme tout entier et dont le système nerveux profite en premier lieu. Les Eaux très minéralisées constituent un excellent agent de réminéralisation et de reconstitution de la cellule et du plasma sanguin, « lymphe minérale », a dit Gubler. Elles augmentent la diurèse et l'élimination des déchets et des produits toxiques. Elles sont en outre digestives, activent l'appétit, le brassage du bol alimentaire, et permettent d'alimenter les malades dans de meilleures conditions, de les rééduquer sans qu'ils aient à en souffrir. Sous cette influence, leur nutrition générale se relève très vite, ils réagissent plus activement pour sortir de ces cercles *vicieux* dans lesquels ils évoluent.

Le régime alimentaire, principal adjuvant de la cure hydrominérale dans le traitement de ces sortes d'entéropathies, est strictement observé à Châtel Guyon. Il n'est pas inutile de le rappeler, au moment où les Stations étrangères semblent vouloir se targuer vis-à-vis de nous d'une prétendue supériorité. Actuellement la diététique occupe dans les Stations françaises, une place importante. Les hôteliers, soigneusement éduqués, ont adopté la nouvelle manière de faire indiquée par les médecins et l'alimentation du malade est réglée d'après chaque prescription individuelle pendant la durée de la cure. Sans tomber dans la systématisation à outrance, on y cherche surtout à réaliser le fameux précepte diététique : à chacun son régime.

On peut donc considérer les fausses diarrhées comme une indication de premier ordre de la cure. Les Eaux de Châtel-Guyon constituent pour elles un remède complet, car elles s'adressent à toutes les *insuffisances motrices et sécrétoires du tube digestif avec retentissement sur l'état général.*

Dr Jean BAUMANN,
Médecin consultant à Châtel Guyon.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Les retraites de la vieillesse médicale

J'ai, paraît-il, commis une erreur : le vœu de la Société de la Drôme et de l'Ardèche n'a pas été pris en considération par l'Assemblée générale de l'A. G. ; il a au contraire été repoussé et c'est sur une proposition nouvelle qu'a été nommée la Commission spéciale chargée par le Conseil général d'étudier cette question des retraites de la vieillesse médicale.

La rectification est faite — la question n'en est pas moins posée encore une fois ; puisqu'elle a été, à plusieurs reprises, examinée par la Commission des vœux, il serait intéressant de connaître les travaux de cette Commission qui pourraient être publiés dans le bulletin de l'A. G. : ce serait un moyen de déblayer le terrain de la discussion.

Quoi qu'il en soit, il me paraît bien nécessaire de bien poser la question telle que nous la comprenons : *la retraite de droit maximum pour le minimum de cotisation possible de manière à ce qu'elle soit accessible à tous.* C'est sur ce terrain bien limité que nous désirons faire porter la discussion ; si l'on s'en écarte, on risquera de s'égarer et de ne pas aboutir.

Mon excellent ami, le Dr Lande, qui s'est, depuis l'apparition du *Concours*, toujours préoccupé de la question, écrit :

L'A. G. avec ses cotisations de douze francs par an peut-elle accorder à tous ses membres parvenus à l'âge de 60 ans une retraite de droit ? Poser la question c'est la résoudre, si du moins on envisage le chiffre des pensions actuelles les plus modestes, soit 800 francs. Une seule annuité de la pension représente en effet plus de 66 années de participation.

Quelques confrères ayant certainement réfléchi sur cette énorme disproportion entre la cotisation annuelle et le chiffre de la retraite ont indiqué qu'on pourrait, pour commencer, pour prendre date et faciliter la création de ce service nouveau, se contenter d'une retraite de 360 francs par an, ambition légale des Sociétés de secours mutuels.

Le problème ainsi posé, il faut se demander quelle est la cotisation qu'il conviendrait de réclamer aux membres de l'A. G. pour que la Caisse centrale puisse servir à tout membre parvenu à l'âge de 60 ans une retraite, c'est-à-dire, dans le cas particulier, une pension annuelle et viagère de 360 francs.

Et, prenant pour bases les chiffres de la *Caisse des Pensions de Retraites du Corps médical français*, il arrive aux chiffres que j'indiquais moi-même savoir : 46 fr. 50 à 25 ans et 176 fr. 40 à 45 ans. Il continue :

Donc, pour que la Caisse centrale pût servir à tous les membres de l'A. G. parvenus à l'âge de 60 ans, une retraite de 360 francs, il faudrait que tous les membres de l'A. G. consentissent à payer une cotisation annuelle variant de 38 fr. 40 à 176 fr. 50, suivant l'âge d'entrée dans la Société ; encore serait-il indispensable que le montant de ces cotisations fût intégralement versé et soigneusement capitalisé dans la Caisse centrale.

Or, nous payons une cotisation de 12 francs par an et une très minime partie, le dixième exactement, en est prélevée pour alimenter la Caisse centrale.

Il lui est facile de montrer l'impossibilité matérielle de la chose en s'appuyant sur l'insuffisance des ressources de cette Caisse centrale qui sont, pour la plupart, grevées d'affectations spéciales.

Lande propose une organisation restreinte :

Est-ce à dire que nous devions renoncer à voir jamais créer ce service de la retraite pour tous ? Non. Ce service existe au moins dans l'une des Sociétés locales. Dans la Gironde, sous l'inspiration du docteur Louis Hirigoyen, trésorier, fonctionne depuis le 1er juin 1904 une caisse de pensions de droit. Le taux de ces pensions est de 360 francs ; elles sont servies aux plus anciens adhérents, sans tenir compte de leur âge. Au nombre de deux la première année, elles ont été successivement portées au nombre de trois en 1906, cinq en 1908, six en 1909, et de dix pour l'exercice 1910.

La pension est allouée et versée à l'intéressé sans que celui-ci ait à faire la moindre démarche et sans qu'il soit tenu compte de sa situation de fortune ou de sa condition professionnelle. Libre à celui qui possède la richesse ou seulement l'aisance de faire un usage généreux du montant de sa pension, soit en la restituant à la Caisse qui en dispose en faveur du plus ancien Sociétaire non encore pensionné, soit en reversant tout ou partie de cette pension à telle ou telle des œuvres charitables de la Société.

Chaque Société locale devrait imiter la Société de la Gironde et créer tout au moins une pension de droit en faveur de son plus ancien sociétaire. On dira sans doute que certaines Sociétés locales sont absolument dénuées de ressources et ne pourraient même pas détourner des services statutaires les 360 francs nécessaires pour la constitution de cette unique pension.

On peut répondre à cette objection :

La Caisse centrale a pris pour règle de doubler les allocations votées par les Sociétés locales en faveur des confrères, des veuves ou des orphelins. Elle adopterait sans doute le même principe à l'égard des sommes affectées par chaque Société à la création de la première pension de droit, tout en réservant l'avenir.

En admettant que sur nos 94 Sociétés locales 90 ne puissent voter que la moitié de la pension de droit, la caisse centrale aurait à verser : $90 \times 180 = 16.200$ francs. C'est, on le voit, une grosse contribution et le chiffre donne à réfléchir si l'on songe qu'il ne s'agit jusque-là que d'une seule pension de droit par Société locale.

Si j'ai poussé ma démonstration jusqu'à ce point c'est pour faire ressortir une fois de plus et sous une autre forme quel effort financier considérable nécessiterait la création de la pension de droit.

On le voit, notre puissante Association est encore bien pauvre pour accomplir l'œuvre qu'on lui demande.

La raison réelle de cette pauvreté est que notre cotisation est misérable et de beaucoup inférieure à la cotisation exigée par les Sociétés ouvrières qui assurent à leurs Membres des bénéfices analogues à ceux dont nous jouissons ou que nous réclamons.

Cette proposition, je dois le dire immédiatement, ne nous donnerait pas satisfaction : ce n'est pas la retraite ouverte à tous, et, Lande le reconnaît lui-même, elle ne saurait être réalisée sans une élévation de la cotisation annuelle qui, dans ces conditions, aurait peu de chances d'être votée par les sociétés locales.

Un autre confrère demande que la Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français admette les cotisations au quart de la pension, soit 300 fr. comme elle admet déjà la demi-cotisation pour la demi-pension, soit 600 fr. La cotisation pour ces 300 fr. de pension viagère à 60 ans serait :

à 25 ans.....	38 fr. 75
à 30 ans.....	51 fr. 50
à 35 ans.....	69 fr.
à 40 ans.....	97 fr. 50
à 45 ans.....	147 fr.

Mais il faut objecter que le taux de 4,5 % et la subvention de l'Etat se trouvant écartés par ce fait que la caisse sert à certains de ses membres des pensions supérieures à 360 fr., cette combinaison serait pour le sociétaire plus onéreuse que la participation à une caisse spéciale servant des pensions maxima de 360 fr. et pouvant jouir du taux de 4,5 % et de la subvention de l'Etat.

Cette solution ne pourrait être envisagée qu'au cas d'échec des autres propositions et comme un pis aller.

Si nous nous en tenons à notre principe de pension maximum pour le minimum de cotisation, nous en revenons forcément à la société de secours mutuels approuvée servant à tous ses membres, à 60 ans, une pension ne dépassant pas 360 francs.

C'est sur cette organisation que nous sollicitons les réflexions de nos confrères et aussi sur les moyens par lesquels l'A. G. pourrait venir en aide à ses membres en respectant les affectations spéciales de la plus grosse partie de sa fortune qui par elles se trouve immobilisée.

Rien ne servirait de battre les buissons à côté et de formuler des propositions qui fatalement se heurteraient au *non possumus* opposé par le Conseil Général.

A. Gassot.

Les bureaux d'hygiène et les praticiens. — Le Dr René Martial ayant été chargé par la Société de médecine publique et de génie sanitaire de préparer un rapport sur les : *Rapports des directeurs de bureau d'hygiène avec les médecins praticiens* pour la IIe réunion sanitaire provinciale, serait reconnaissant à ceux de ses confrères qui s'intéressent à la question s'ils voulaient bien lui communiquer des documents ou leur opinion motivée. (Participent de droit à cette réunion les membres de la Société sus-nommée, parmi lesquels la plupart des directeurs départementaux et municipaux d'hygiène.)

Prière d'adresser les réponses, avant le 1er septembre prochain, au sanatorium de Montigny-en-Ostrevent, près Douai (Nord).

CHRONIQUE SYNDICALE

Contribution à l'étude du rôle des Syndicats Médicaux

Pendant le Congrès des Praticiens qui vient de se terminer, j'ai entendu, soit au cours, soit en dehors des séances, des avis tout à fait différents sur le rôle actuel des syndicats médicaux. Quelques confrères prétendent que les groupements professionnels suffisent à tout : d'autres, au contraire, et la majorité des congressistes s'est rangée à cette opinion en maintenant le Comité de Vigilance des Praticiens, pensent que les Syndicats tels qu'ils sont à cette heure ne peuvent pas tout.

Je n'ai pas la prétention de solutionner ce grave problème ; je risquerais fort, en voulant faire accepter mes opinions sans discussion, de déchaîner une violente mais juste tempête du genre de celle qui marqua l'après midi du 9 avril au Congrès des Praticiens. Je veux simplement donner mon opinion personnelle et la commenter. Je suis d'avis, et en cela je suis un peu éclectique, que les Syndicats devraient suffire à tout et à tous, et j'ajoute de suite que, dans l'état actuel, ils sont absolument incapables d'atteindre ce résultat.

Les Syndicats médicaux suffiront aux médecins lorsqu'ils seront capables de défendre *tous* les intérêts de *tous* leurs membres. En est-il ainsi à cette heure ? Je réponds catégoriquement : « Non ». Et je n'en veux pour preuve que ceci : il a fallu, pour des raisons multiples qu'il serait trop long d'exposer ici, créer depuis longtemps des groupements, des ligues à côté des syndicats médicaux, pour les compléter. C'est ainsi que sont nés, et leur succès montre leur utilité, le « Sou Médical », l'« Amicale Maladie », la « Caisse des Pensions de retraites », les « Congrès des Praticiens », l'« Office de l'exercice illégal », etc., etc., etc.

Ces groupements, ces ligues, dont personne, je pense, ne conteste l'utilité, suffisent-elles elles-mêmes à tout, et sommes-nous arrivés à la perfection ? L'état actuel est-il le meilleur dans le meilleur des mondes ? N'y-a-t-il plus rien à faire ? Je ne le crois pas et de même que l'Amicale-Maladie qui n'en est qu'à la combinaison D, aspire à la combinaison Z, de même j'aspire à voir les besoins du corps médical satisfaits à mesure qu'ils apparaissent et apparaître à mesure que les précédents sont satisfaits. C'est là une évolution fatale que rien n'arrêtera. Et j'ajoute, tout en rendant hommage aux ligues déjà existantes et dont je suis membre, que d'autres ligues sont nécessaires.

Sont actuellement à l'ordre du jour, parmi tant d'autres, deux questions d'une importance capitale pour notre profession, et qui ont été largement discutées dans le dernier congrès. Je veux parler de la *liberté de confiance* et du *relèvement des honoraires*. Eh bien ! dans l'état actuel, les syndicats médicaux, le plus grand nom-

bre tout au moins, ne peuvent pas et n'ont d'ailleurs pas solutionné pratiquement et autrement que sur le papier ces deux importantes questions.

Il y a, en effet, un gros obstacle au libre choix et au relèvement des honoraires, obstacle qui à lui seul tiendra en échec ces deux réformes ; cet obstacle, ce sont les situations acquises, ce sont les forfaits. Tant qu'il y aura des médecins à forfait, le libre choix sera un mythe et les groupements syndicaux ont beau décréter que les adhérents s'engagent à respecter le libre choix, les patrons, les assureurs, les administrations, continueront à rabattre les clients chez les medecins à forfait. Et ces forfaits sont d'ailleurs bien au-dessous des tarifs prévus par le relèvement qui les vise tout particulièrement. Que peuvent, je le demande, les syndicats qui contiennent, et souvent en majorité, des médecins à forfait ?... Ils sont obligés de se tenir dans des formules d'ordre plus général de façon à rallier tous les membres et aussi beaucoup de questions leur sont défendues.

Il est donc nécessaire, il est indispensable, pour solutionner ces deux questions, de créer, à côté des syndicats actuels et jusqu'à ce qu'ils aient évolué, des groupements qui pourront faire triompher le libre choix et faire augmenter les honoraires, parce qu'*ils* ne comprendront dans leur sein que des médecins sans forfait, des médecins qui ne croient pas que leur diplôme puisse s'accommoder d'une location à l'année à des prix qui nécessitent un « pourboire » ; c'est à cette condition et à elle seule que les deux revendications qui nous occupent, et dont la légitimité est à peine contestée même par ceux qui croient avoir intérêt au *statu quo*, c'est à cette unique condition, dis-je, que ces revendications, admises par le congrès des Praticiens, aboutiront.

Au reste, pourquoi critiquer la création de nouveaux groupements ? Je suis d'avis de laisser les hommes s'unir par groupes plus ou moins nombreux selon leurs aspirations, suivant leurs besoins, suivant leurs désirs, je demanderai seulement que tous les groupements à programme plus ou moins avancé aient des points communs, de façon qu'ils puissent, au lieu de lutter en frères ennemis, s'unir au contraire pour les revendications communes.

Nous avons, nous médecins, une organisation centrale, présidée par un homme dont nous avons pu apprécier il y a quelques jours la haute valeur et l'esprit de large conciliation ; que les groupements que, pour ma part, je souhaite nombreux, s'affilient tous à cette organisation centrale, j'ai nommé l'« Union des Syndicats médicaux de France ».

Et ainsi, chacun, avec son esprit et ses tendances ira dans tel ou tel groupement, souvent dans plusieurs, qui sembleront mieux lui convenir et nous ne verrons plus vivre en marge des groupements de vaillants confrères dont quelques-uns se sont plaints au Congrès des Praticiens, parce que leurs syndicats sont trop ou pas assez libéraux, trop ou pas assez révolutionnaires, trop ou pas assez stationnaires.

Au moment où la vieille Association des médecins de France, cette *alma mater*, vient de voter le principe de l'augmentation des sociétés locales agrégées à l'A. G., allons-nous limiter le nombre des groupements syndicaux et jeter l'anathème sur tel ou tel ?

Ce serait de la folie. Au lieu d'unir nos forces contre nous-mêmes, unissons-nous contre les ennemis du dehors ; par leur nombre, par leur puissance, ils méritent toute notre attention ; levons-nous en masse contre les puissantes collectivités, qu'elles soient anonymes ou non, contre les mauvais clients qui abusent de notre philantrophie trop connue, contre les illégaux, contre le fonctionnarisme du médecin, contre le paupérisme médical, etc., etc.

En ces temps d'élections, faisons, comme les candidats, taire nos rancunes *personnelles*, usons de la concentration pour faire bloc contre l'ennemi du dehors, et, disciplinés, marchons pour nos justes et légitimes revendications.

Le succès couronnera nos efforts, car si tout royaume divisé contre lui-même doit périr, l'union, au contraire, fait la force.

Alais, le 1er mai 1910.

Dr Mosnier.

L'AGRÉGATION EN MÉDECINE

Note remise à M. le Ministre de l'Instruction Publique par la délégation du IIIe congrès des praticiens à la date du 7 mai 1910.

Monsieur le Ministre,

Au début de l'année 1908, et à la suite des incidents provoqués par le concours d'admissibilité à l'Agrégation, vous avez reçu, sur la demande de Monsieur Clémenceau, Président du Conseil, la visite d'une délégation comprenant des représentents de l'Union des Syndicats médicaux de France, du Comité de Vigilance du Congrès des Praticiens, des Syndicats de la Seine et de Paris, de la Société de l'Internat, de l'Association Corporative des étudiants en médecine auxquels s'étaient joints des médecins des hôpitaux, et des canditats au concours.

Cette délégation vous a remis un mémoire demandant la nomination d'une commission, composée à parties égales de représentants des Praticiens et de membres du Corps enseignant, chargée d'étudier et de résoudre la question du recrutement des Maîtres auxiliaires des Ecoles de Médecine.

Ainsi constituée, cette commission aurait pu délibérer en pleine indépendance, sans autre intérêt que celui de l'enseignement médical. Aucune réponse n'a été donnée depuis un an aux groupements qui formaient la délégation.

Le Congrès des Praticiens qui vient de se tenir à Paris du 7 au 10 avril, qui a réuni douze cents médecins et auquel ont pris part les délégués de cent quarante groupements professionnels, représentant plus de dix mille Praticiens, nous a donné, à l'unanimité, le mandat de vous réclamer en son nom, la suppression pure et simple du concours d'Agrégation, ceci d'accord avec les votes émis en 1907 par le premier Congrès et en 1908 par le second.

Nous vous rappelons en quelques mots les arguments sur lesquels le corps médical s'appuie pour demander la suppression de l'Agrégation.

Cette institution qui ne se rencontre pas en dehors de notre pays, et qui a été établie sous la Restauration, donne à nos Ecoles de Médecine le caractère de Corps fermés, isolés du milieu médical.

Elle crée une barrière administrative entre Maîtres et Praticiens au préjudice évident des uns et des autres, de l'activité collective et de l'union du Corps Médical.

Elle limite le nombre des maîtres d'une manière nuisible à l'enseignement, elle laisse en dehors des Ecoles un grand nombre d'hommes qui disposent de matériaux techniques, elle impose à l'enseignement un caractère verbal, elle empêche la décentralisation de l'enseignement et que l'hôpital devienne un centre d'enseignement, ce que votre administration considère comme un idéal qu'elle devrait permettre aux médecins de réaliser, puisqu'elle ne peut le faire elle-même.

Nous n'insisterons pas sur les scandales qui ont existé dans les concours antérieurs et qui existeraient dans les concours futurs, aucun système ne pouvant empêcher les maîtres de nos écoles de nommer leurs élèves, ce que nous trouvons absolument naturel.

Le corps médical poursuit la réforme de son enseignement dans un sens professionnel et scientifique, il est d'accord sur les transformations nécessaires. Pour que nos écoles deviennent des foyers d'observation et d'expérimentation, des centres de libre travail, d'enseignement technique, des hommes, dont l'autorité est universelle, le Directeur de l'Institut Pasteur, quelques professeurs même, considèrent avec nous la suppression de l'Agrégation de médecine comme urgente.

Une Association de membres du corps enseignant a été fondée pour perpétuer le système actuel ; il est apparu aux hommes les moins prévenus, qu'elle avait pour but de défendre des intérêts qui se croient lésés et sont opposés à ceux des médecins, des étudiants et du public. Elle a réclamé le maintien de l'Agrégation à la suite de discussions qui n'ont rien eu de contradictoire, où aucune opinion impartiale n'a pu se faire jour.

Nous ne croyons pas cependant qu'une organisation nouvelle de nos Ecoles, leur assurant plus de liberté, d'initiative, autorisant une plus grande activité de leurs membres, puisse nuire aux maîtres qui y enseignent.

Nous croyons ouvrir aux médecins les plus jeunes, et aux étudiants, une carrière plus large et plus féconde, préparer, surtout en province, une renaissance scientifique dans l'ordre médical ; nous croyons lutter simplement contre des préjugés, des intérêts particuliers. L'Agrégation représente une institution nuisible à l'intérêt général, c'est-à-dire à celui de la République, et nous voudrions croire qu'il constitue votre unique préoccupation.

Les médecins veulent des écoles ouvertes, où tout praticien ayant des aptitudes pour l'enseignement puisse se faire une place, où la place qu'il occupe soit subordonnée aux services qu'il rend à la science, à l'enseignement et aux élèves, non aux hasards d'une épreuve ou au nom des juges qui composent le jury.

Nous vous demandons de donner satisfaction aux vœux des Congrès de praticiens appuyés par l'assentiment du corps médical.

STATIONS THERMALES & CLIMATIQUES

Considérations sur la cure-taxe ;

Par le docteur Gaston SIGURET,
Médecin consultant
à Saint-Nectaire (Puy-de Dôme).

La loi concernant la création de stations balnéaires, climatiques et thermales et la perception d'une taxe de séjour dans les dites stations vient d'être promulguée il y a un mois environ. A cette occasion, nous avons pensé intéressant de donner ici quelques-unes de nos idées sur l'importance des sommes à percevoir, sur leur répartition et sur leur destination.

Trois catégories de personnes fréquentent les stations balnéaires, climatiques et thermales. Les unes, les plus nombreuses, viennent s'y soigner, d'autres, sans être malades, viennent y séjourner quelques semaines ou même y passer leurs vacances entières, d'autres enfin au cours d'un voyage circulaire, les traversent et consacrent plusieurs heures à la visite des établissements, des monuments et des curiosités locales.

De ces trois catégories les deux premières seules peuvent être facilement imposées d'après les termes de la loi : la troisième, qui le plus souvent n'a aucun contact avec l'hôtelier échappe en effet mathématiquement au contrôle ; de ce fait nous ne nous occuperons donc que de la taxe applicable aux malades et aux touristes qui se fixent dans une station pour plus d'un jour. Or quelle somme percevoir dans l'un et l'autre cas ? Le touriste doit-il payer plus cher que le baigneur ? Tous deux doivent-ils être traités en égaux ? Selon nous la taxe doit être la même pour tous et pour toutes les stations et cela aussi bien le premier jour que le vingt-cinquième. Vingt centimes par jour et par personne, nous paraissent très suffisants à condition que toute journée commencée soit due en totalité.

Pour les familles comprenant plus de trois personnes, les trois premières personnes paieraient taxe entière, les suivantes demi-taxe. En agissant ainsi et surtout en déclarant obligatoire la perception de la taxe dans toute localité qui voudrait être reconnue légalement station balnéaire climatique ou thermale, on arriverait à obtenir des sommes assez importantes si l'on songe que plus de trois millions de sujets fréquentent chaque année nos stations et nos plages et y font en moyenne un séjour de quinze jours.

Comment centraliser les fonds et comment les répartir ? La chose est facile, semble-t-il. Les hôteliers et les propriétaires des villas pourraient être tenus de verser les sommes reçues entre les mains du percepteur et celui-ci pourrait alors les répartir lui-même entre les différents bénéficiaires. Il est fort probable que la répartition et la destination des sommes encaissées (chose indispensable à bien définir immédiatement, si l'on ne veut pas qu'il y ait d'équivo-

ques dans la suite) sera pour la Commission chargée d'examiner les moyens d'appliquer la loi du 13 avril, la source de nombreuses discussions. Bien des projets assurément verront le jour à cette époque et peut-être même, afin de s'entourer du plus grand nombre possible de lumières fera-t-on un referendum auprès des physiothérapeutes ?

Cette façon d'agir serait louable, car il y aura certes, beaucoup de difficultés à vaincre, beaucoup de susceptibilités à ménager.

Selon nous, on pourrait faire la répartition comme suit : un quart à l'Etat, un quart aux départements et le reste aux communes desquelles dépendent les stations.

Ainsi supposons qu'une station, et c'est ce qui se passera dans les stations moyennes, fasse pendant la saison 10.000 francs de recettes de « taxes de séjour », 2.500 francs reviendraient à l'Etat, 2.500 francs au département, et 5.000 fr. à la commune.

Or, quel usage l'Etat devra-t-il faire de sa part ? Les stations balnéaires, climatiques et thermales étant des richesses nationales, l'Etat, comme pour toute richesse de ce genre, a le devoir de les protéger et de les faire connaître.

Les protéger, il le fera en affectant la moitié de son avoir à la création de laboratoires de surveillance et de recherches (analyse annuelle des sources, vérification des qualités climatiques de certaines stations, etc., entretien des sites et des monuments importants).

Les faire connaître : il consacrera l'autre moitié de son budget à la publicité auprès du corps médical et du public tant français qu'étranger par des annonces dans les grands journaux, par des conférences, etc...

Quant aux départements, on pourrait leur demander d'employer leur part à faciliter et à embellir les moyens d'accès des stations de leur ressort.

Enfin, pour ce qui est des communes, après avoir bien spécifié que l'emploi des sommes reçues doit être réservé à la station thermale, et non à la commune tout entière, il nous semble que la Commission pourrait réclamer dans chaque station :

1° La création d'un bureau municipal d'hygiène et l'achat d'un armement de désinfection ;

2° La construction d'un hôpital avec chambre mortuaire et pavillon d'isolement. Dans les stations de peu d'importance, cet hôpital pourrait être une baraque mobile système Tollet.

Les stations qui possèdent déjà un bureau municipal d'hygiène, un matériel de désinfection et un hôpital, pourraient employer leurs fonds disponibles à l'embellissement de la ville.

Alors libérés de bien des soucis, les Syndicats d'initiative pourraient poursuivre complètement leur œuvre admirable et la multiplication des attractions qu'ils pourraient offrir désormais permettrait de garder en France des milliers de Français qui, chaque année, fuient nos stations parce qu'ils n'y trouvent pas assez de plaisir.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Honoraires du médecin traitant, du médecin consultant et du chirurgien. — Assurances contre les accidents. — Action en garantie exercée par la veuve et l'orphelin de la victime contre la Compagnie d'assurances. — Rejet de la défense de la Compagnie soutenant que le contrat d'assurance QUI L'OBLIGE A ASSURER A LA VICTIME D'UN ACCIDENT LES SOINS MÉDICAUX, *n'est pas applicable dans les cas où l'accident a entraîné la mort, si la victime n'était assurée que contre les accidents entraînant une incapacité temporaire ou perpétuelle, et ne l'était pas contre ceux dont la conséquence aura été la mort de l'assuré. — Rejet, en même temps, de la fin de non-recevoir opposée par la Compagnie d'assurances à l'action en garantie, et tirée de la clause du contrat interdisant à l'assuré de mettre en cause la dite Compagnie devant les tribunaux devant lesquels il est appelé, cette clause ne pouvant s'appliquer qu'aux actions exercées contre l'assuré* PAR UN SINISTRÉ.

TRIBUNAL CIVIL DE NIORT

23 *juillet* 1909.

Entre M. le Dr S., demandeur ; Me Gelineau, avocat,

Et 1° Mme Veuve G..., prise tant en son nom personnel que comme tutrice de son fils mineur ;

Défenderesse au principal, demanderesse à la garantie ; Me Joly, avocat ;

2° La Compagnie la P.. ;

Défenderesse à la garantie ; Me de Lacoste, avocat ;

Attendu que G., assuré à la Compagnie La P. par police en date du 1er février 1901, est tombé d'une échelle le 14 décembre 1907 ;

Que s'étant fait des blessures internes, il se rendit auprès du Dr S.., à Champdeniers, le médecin de la Compagnie étant décédé ;

Qu'après un premier examen, le Dr S. prescrivit au blessé de regagner son domicile et de garder le lit ,

Que le lendemain, le Dr S. se rendit chez G.., et diagnostiqua des douleurs internes ;

Attendu que, pour se conformer aux prescriptions de l'article 14 de la police, qui veut que « tout sinistre soit dénoncé par écrit par l'assuré ou par toute autre personne en son nom dans les vingt-quatre heures au siège de la Compagnie ou de l'Agence » et aussi aux prescriptions de l'article 15 qui dit : « Dans les localités où la Compagnie n'a pas de médecin, les sinistres sont constatés dans les vingt-quatre heures sous peine de déchéance à la diligence de la partie intéressée par un médecin choisi par elle », G. avisa la Compagnie de l'accident qui lui était arrivé et de son côté le Dr S. l'en informa également ;

Attendu que le Dr S. tint la Compagnie au courant des phases de la maladie et lui adressa les rapports qu'elle lui demandait

Qu'une intervention chirurgicale étant devenue nécessaire, il prit le soin d'écrire à la Compagnie afin de savoir quel était le chirurgien auquel elle voulait que l'on fît appel ; qu'elle lui répondit qu'elle n'avait pas de chirurgien, lui en laissant ainsi le choix ;

Qu'il fit alors appel au concours de M. le Chirurgien R..., que l'opération fut pratiquée et que, sur la demande de la Compagnie, il envoya à cette dernière des rapports la tenant au courant des résultats de l'opération ; mais bien que cette opération eût réussi, le malade succomba le 16 mai 1908 ;

Attendu que le Dr S..., ayant réclamé à la veuve G..., le paiement des honoraires médicaux que tant en son nom personnel que comme tutrice naturelle et légale de son fils mineur, elle lui devait ainsi qu'aux Drs R. et R., celle-ci, tout en reconnaissant le bien fondé de cette demande objecta que la Compagnie d'assurance se refusait à l'en couvrir et qu'elle ne pourrait payer que contrainte par justice ;

Attendu que le Dr S. a fait assigner la veuve G..., pour qu'elle soit condamnée à lui payer pour honoraires totaux la somme de 872 francs ;

Atendu que sur cette assignation, la veuve G., a appelé en cause la Compagnie La P.., pour voir dire que cette mise en cause est recevable ;

Que la Compagnie débitrice directe du Dr S.., doit défendre l'instance dirigée contre elle ;

Et qu'elle doit être mise hors de cause ;

Sur la mise hors de cause demandée par la veuve G... ;

Attendu que le contrat qui se forme entre un malade et le médecin qui le soigne est un contrat de louage de service ; que par conséquent la rémunération de ces services est due par celui qui a reçu ses soins ;

Attendu que si la Compagnie peut être obligée, elle ne peut l'être que comme garantie ;

Sur l'exception de déchéance soulevée par la Compagnie ;

Attendu que la Compagnie oppose une fin de non-recevoir tirée de l'article 23 des conditions générales de la police aux termes duquel : « l'assuré dans les procès à lui intentés par les sinistrés ou leurs ayants droit ne peut en aucun cas, mettre en cause la Compagnie ni l'appeler en garantie à peine d'être déchu du bénéfice de l'assurance » ;

Attendu que toute stipulation de déchéance doit être interprétée restrictivement, que dans la cause il ne s'agit pas au principal d'un procès intenté *par un sinistré à l'assuré* et que par conséquent l'art. 23 n'est pas applicable ;

Attendu que la Compagnie La P.., émet en outre la prétention de se soustraire au paiement des honoraires réclamés par le Dr S... sous prétexte que l'accident survenu à G... ne rentre pas dans la catégorie de ceux assurés ;

Attendu que d'après les termes de la police, la Compagnie assure l'assuré au cours des travaux agricoles mais seulement pour les accidents entraînant une incapacité permanente et temporaire de travail, les accidents entraînant la mort étant exclus de la garantie ; « les *blessés recevant gratuitement les soins médicaux et objets de pansements* donnés par le médecin et le pharmacien délégués à la Compagnie, à l'exclusion de tous autres » ;

Attendu que toute clause ambiguë doit être interprétée dans un sens raisonnable plutôt que dans un sens immoral et déraisonnable, que les mots : *les accidents entraînant la mort étant exclus de la garantie*, doivent s'entendre d'accidents ayant causé une mort immédiate, sans quoi les mots suivants : *Les blessés recevront gratuitement les soins médicaux et objets de pansement* par les médecins et les pharmaciens de la Compagnie », seraient pratiquement inapplicables ;

Que si en cas d'accidents, la compagnie qui a assuré contre des risques pouvait provisoirement s'affranchir de toute obligation de soins urgents sous prétexte que la conséquence à prévoir de la blessure devra être la mort, ou si après coup, elle pouvait se soustraire au paiement de ses propres délégués, ce serait consacrer une interprétation aussi contraire au bon sens qu'inhumaine ;

Attendu qu'en fait la Compagnie a elle-même interpreté la clause en ce sens que *provision est due au blessé* ;

Que notamment par lettre du 8 mars 1908, signée de son agent général, elle a écrit, après avoir été mise au courant des phases de la maladie de G..., « lorsque l'assuré fait choix d'un médecin autre que celui de la Compagnie *nous ne pouvons payer à ce médecin que les honoraires qui auraient été alloués à notre délégué* » ;

Qu'en réponse aux lettres explicites et aux certificats du Dr S.., la Compagnie lui a écrit le 8 avril 1908 :

« Dès que vous le pourrez, *vous voudrez bien m'adresser votre note d'honoraires* » ;

Que la Compagnie est donc mal venue à rétracter ses engagements ;

Par ces motifs :

Dit la mise en cause de la Compagnie La P.., recevable ;

Condamne la veuve G..., à payer au Dr S.... pour honoraires totaux la somme de 872 fr. ;

Ordonne l'enregistrement de la police d'assurances et des lettres des 8 mars et 8 avril 1908,

Condamne Mme veuve G..., aux dépens sauf son recours contre la Compagnie La P... qui sera tenue de la garantir et indemniser de toutes les condamnations en principal et frais qui viennent d'être prononcées contre elle.

Accidents du travail.— Choix du médecin par le patron résultant de la remise au blessé d'un bulletin contenant le nom du docteur et le priant de donner ses soins.— Tarif Dubief.

JUSTICE DE PAIX DU CARBON-BLANC (Gironde).

17 *novembre* 1909.

Attendu que le Dr Artigue a cité les sieurs D., G. et B., en paiement d'une somme de 34 fr. 50, montant de soins médicaux donnés à leur ouvrier L., victime d'un accident du travail ;

Attendu que D., G., et B., après avoir déclaré

devoir 32 fr. au Dr Artigue, ont soutenu à l'audience que le compte du dit Docteur devait être réduit à 23 fr., 50, les visites faites à Lormont devant être comptées 1 fr.50 au lieu de 2 fr.,conformément au tarif du 30 septembre 1905 ;

Mais attendu que ce tarif, destiné seulement à fournir une base préfixe aux décisions du juge dans le cas où la victime a fait choix elle-même de son médecin, ne saurait recevoir son application quand le dit médecin a été appelé par le patron ;

Or, attendu qu'en fait le Dr Artigue apporte aux débats, écrit, daté et signé par D., G. et B., un bulletin ainsi conçu :

« Prière à M. le Dr Artigue, demeurant à Lormont, de vouloir bien visiter le nommé L.... ;

« Prière de le visiter à domicile ; ».

Attendu que de ce document il résulte d'une façon expresse que le Dr Artigue a été convoqué par MM. D., G. et B. ;

Attendu que, pour échapper aux conséquences de leur intervention malheureuse, les défendants allèguent :

1° Qu'ils n'ont délivré ce bulletin que pour faciliter à L. les soins médicaux ;

2° Qu'en inscrivant sur le dit bulletin le nom du Dr Artigue ils n'ont fait que se conformer aux préférences de L.;

Mais attendu qu'en signant un tel bulletin adressé à un médecin qu'il désigne en toutes lettres, le patron choisit réellement ledit médecin ; que rien, en effet, ne prouve que son appel soit le résultat de l'option de l'ouvrier ;

Attendu que dans ces conditions, et faute de justification contraire, le Dr Artigue semble fondé à se considérer comme requis par les défendeurs ;

Or, attendu que le patron est tenu des honoraires médicaux en dehors de tout tarif légal applicable, et sous la seule appréciation du juge qui doit faire état de la nature des soins donnés et des circonstances particulières de la cause ;

Attendu que le Dr Artigue évalue ses visites à 2 fr. ; ses consultations à 1 fr. 50 ; ses pansements antiseptiques complets 4 fr., ; ses séances de massage, 2 fr.

Attendu que ces chiffres ne nous paraissent pas exagérés ;

Attendu toutefois qu'en ce qui concerne les certificats délivrés, rien n'indique que pour une simple entorse les défendeurs aient réclamé des certificats détaillés ;

Attendu que le prix de ces certificats nous semble devoir être fixé à 2 fr. 50 au lieu de 5 fr. ;

Attendu qu'en tenant compte de cette réduction, le total de la note du Dr Artigue est rabaissé à 32 fr. ;

Attendu que ce chiffre de 32 fr., est d'ailleurs celui primitivement indiqué par les défendeurs eux-mêmes, alors qu'ils n'avaient pas encore émis la prétention de se référer strictement au tarif officiel ;

Par ces motifs,nous juge de paix, statuant contradictoirement et en dernier ressort,condamnons D... G... et B... à payer au Dr Artigue la somme de 32 fr. ; les condamnons en outre aux dépens.

REIMS, 12 mars 1910. — *Police correctionnelle. Une poursuite intéressante.* — Le tribunal de Reims avait à juger mercredi un fait intéressant, au point de vue droit, en ce qui concerne les déclarations à faire au sujet des naissances.

Un docteur de Reims, appelé à Cernay pour y pratiquer un accouchement, était poursuivi pour ne pas avoir fait la déclaration de la naissance de l'enfant, en mentionnant le nom des parents, leur domicile et le lieu de naissance de l'enfant.

Le Parquet, pour poursuivre, se basait sur l'article 55 du Code Civil, ainsi conçu : « Les déclarations de naissance seront faites dans les trois jours suivant l'accouchement, à l'officier de l'état-civil du lieu : l'enfant lui sera présenté ».

Et de l'article 56 du même Code : « La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes ayant assisté à l'accouchement, et, lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée ».

Les infractions à ces deux articles sont visées par l'article 346 du Code Pénal : « Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du Code civil et dans les délais fixés par l'article 55 du même Code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois et à une amende de 16 à 300 fr. ».

Le docteur poursuivi fit bien la déclaration de la naissance à la mairie, mais se retranchant, selon son droit, derrière le secret professionnel, il refusa de donner le nom de la mère et le domicile de celle-ci.

C'est ainsi que s'est présentée cette affaire devant le Tribunal correctionnel.

M. Grignon, substitut, soutient la prévention ; Me Palle est au banc de la défense, le tribunal remet le prononcé du jugement à samedi.

Les docteurs ou sages femmes doivent-ils présenter les nouveau-nés à l'officier de l'état-civil ? — Non ! répond le Tribunal correctionnel de Reims. — Nous avons relaté les faits qui étaient reprochés à M. le docteur Demain.

Ce praticien, appelé à donner des soins à une jeune mère, à Cernay-les-Reims, fut traduit devant le Tribunal de Reims pour avoir fait une déclaration incomplète d'état-civil. Le docteur poursuivi se retranchait derrière le secret professionnel, disant qu'il n'avait à donner à l'officier de l'état-civil, ni le nom de la mère, ni son domicile.

Le jugement a été rendu par le tribunal correctionnel qui vient de donner raison au docteur Demain.

Celui-ci est acquitté et relaxé des fins de la plainte.

Voilà donc une jurisprudence bien établie ; les docteurs ou chirurgiens n'auront pas à se « balader », comme le disait Me Palle, avec un bam-

bin sur les bras et aller le présenter à M. le maire. Si le jugement eût été contraire et que la « balade » fût prescrite, cela aurait fait cependant un joli sujet pour nos revuistes.

Honoraires médicaux. — Le prix forfaitaire d'un accouchement ne comprend pas les honoraires des visites subséquentes.

TRIBUNAL CIVIL DE LYON (2e Chambre).

27 *avril* 1910.

Attendu que, sous la rubrique accouchement et ses suites, le médecin dans sa note n'entendait certainement pas comprendre les visites qui avaient été faites les jours qui ont suivi l'accouchement ;

Qu'il n'y a donc pas lieu de déduire de cette note la somme de soixante francs que S... demande d'en retrancher ;

Mais attendu que le docteur Monin n'était pas en droit de réclamer la somme de cinq francs pour le certificat de vaccine, ce certificat devant obligatoirement être délivré ;

Adoptant au surplus les motifs du premier juge.

Par ces motifs :

Reçoit comme régulier en la forme l'appel interjeté par S..., au jugement du Juge de Paix du deuxième canton de Lyon, du 19 mars 1909 ;

Confirme ledit jugement, réduit toutefois les condamnations prononcées contre S..., en faveur du docteur Monin, à la somme de 330 francs.

Condamne l'appelant à l'amende et aux dépens.

REPORTAGE MÉDICAL

Banquet offert à son président, M. Motais (d'Angers) par le Syndicat des Oculistes français à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur. — Cette fête amicale a eu lieu, le 4 mai, au café Cardinal à Paris, pendant le Congrès d'Ophtalmologie.

M. le professeur Lagrange (de Bordeaux), dans une belle allocution, où il mit tout son art, et mieux encore tout son cœur, félicita son vieil ami M. Motais de la distinction tardivement octroyée et cependant si justifiée par la beauté et l'unité de sa carrière.

M. Bellencontre, délégué du Syndicat des Oculistes au Conseil d'administration de l'Union des Syndicats, en l'absence de M. Noir, empêché et excusé, remercia le président du Syndicat des Oculistes de s'être consacré, après tant de services rendus à l'ophtalmologie et au bien public, à la défense des intérêts corporatifs.

M. Péchin eut quelques mots heureux et émus pour s'associer à la joie collective, et M. Motais remercia avec la simplicité souriante qui lui est propre tous les amis réunis autour de lui, ressentant, a-t-il dit, une des émotions les plus profondes et les plus douces de sa vie.

Loi du 6 avril 1910 relative à l'interdiction de la vente et de l'importation du biberon à tube. — Article premier. — La vente, la mise en vente, l'exposition et l'importation des biberons à tube sont interdits.

Art. 2. — Les inspecteurs des pharmacies et les autorités prévues à l'article 2 du décret du 31 juillet 1906 seront chargés d'assurer l'application de la présente loi qui ne sera exécutoire que trois mois après sa promulgation.

Art. 3. — Toute infraction aux dispositions de la présente loi est punie d'une amende de vingt-cinq à cent francs (25 à 100 fr.) et, en cas de récidive, d'un emprisonnement de huit jours à un mois. L'article 463 du Code pénal est applicable. Dans tous les cas, les tribunaux pourront prononcer la confiscation des biberons à tube saisis en contravention.

Il a fallu vingt ans pour que les Pouvoirs Publics se décident à prendre les mesures qui s'imposent contre un des plus meurtriers engins de la première enfance.

Que d'hécatombes de nourrissons pendant cette longue période, tués par le biberon à tube et qu'une hâte plus grande dans l'application des moyens de défense opportuns aurait sans doute préservés, leur permettant de se développer et de grandir pour devenir plus tard des hommes utiles :

Il était vraiment temps !

Commission permanente des Congrès internationaux de médecine. — Les 29 et 30 mars 1910, le Bureau de la Commission permanente instituée au congrès de Budapest s'est réuni, pour la première fois à La Haye. Etaient présents les membres du bureau : M. Pavy, président, MM. Blondel, Maragliano, Muller, Posner, vice-présidents, M. Waldeyer, vice-président démissionnaire, M. Wenckebach, secrétaire général démissionnaire, M. Burger, secrétaire général, et M. Van der Haer, secrétaire adjoint ; ainsi que M. de Grosz, secrétaire général du congrès de Budapest, et M. Clive Rivière, secrétaire du comité national de la Grande-Bretagne

Le ministre de l'intérieur des Pays-Bas, M. Heemskebk, a fait au bureau l'honneur de le recevoir d'une manière des plus cordiales et d'assister au dîner offert aux membres du bureau par le gouvernement néerlandais. M. Wenckebach, élu secrétaire général à Budapest, s'est retiré après avoir fait tout le travail préparatoire ; il est remplacé par M. Burger, d'Amsterdam.

Le siège du bureau est à La Haye, Hugo-de-Grootstraat, 10.

Le bureau, dans cette séance, s'est occupé de la préparation de l'assemblée plénière de la commission permanente, qui vraisemblablement aura lieu l'automne prochain. Cette assemblée devra s'occuper de l'organisation générale du prochain congrès de Londres.

Le bureau prie la presse médicale internationale de bien vouloir lui faire hommage soit de l'abonnement de leurs journaux soit des seuls numéros contenant des articles qui se rapportent à l'organisation des congrès internationaux. Le bureau adresse également aux confrères de tous les pays la prière de lui communiquer tous leurs vœux, tendant à élever le travail scientifique des congrès.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Decourt, de la Haye-Descartes (Indre-et-Loire), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 22 Dimanche 29 MAI 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : LE CONSEIL DE DIRECTION. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Société civile du Concours médical
Séance du conseil de direction du 11 mai 1910..... 465
Propos du jour
Les événements du Concours de l'agrégation. Les journées du 23 et du 24 mai..... 466
Clinique chirurgicale
Cancer du maxillaire supérieur 469
La semaine médicale
Les injections sous-conjonctivales de sérum physiologique gélatineux dans les hyalitis congestives, les hémorrhagies du corps vitré et les décollements de la rétine — Injections intra-bronchiques dans les suppurations intra-bronchiques et intra-pulmonaires. — Conduite à tenir dans le cas de contracture utérine. — Le pouls lent permanent..... 472
Revue des sociétés savantes.
Les plaies de la main et la teinture d'iode.— Maladie de Litile. —Réactions biologiques dans les kystes hydatiques. — Cancers traités par la fulguration.. 474
Formulaire raisonné
Tableau des principales applications de l'électricité en médecine..... 475
Radiologie
Sur la nature des rayons ultra-violets et sur leur mode de dosage en thérapeutique..... 476
Dermatologie
Le régime dans le psoriasis 478
Correspondance
Toujours l'encombrement médical..... 480
Intérêts professionnels
Les étapes de la conversion au projet de concours à l'entrée de la Faculté de médecine..... 482
Jurisprudence médicale
Accidents du travail. — Tarif Dubief. Le prix des interventions faites pendant la nuit doit être triplé comme l'est celui de la visite de nuit..... 486
Reportage médical... 488

SOCIÉTÉ CIVILE DU " CONCOURS MÉDICAL "

SÉANCE DU 21 MAI 1910

Présents : MM. Gassot, Jeanne, Maurat, Diverneresse, H. Cézilly, Boudin et Noir.

La ligne de conduite du » Concours ».

Le Conseil prend attentivement connaissance de divers articles et documents, d'allure tendancieuse, parus depuis trois mois dans quelques journaux médicaux, et attribuant au Conseil de direction du « Concours » des attitudes ou des opinions que l'on croit pouvoir déduire de tels ou tels gestes, paroles ou écrits qui ne furent que le sentiment individuel de l'un ou l'autre des membres de ce Conseil.

Ces affirmations « que le *Concours médical* pense ou dit cela » parce qu'un des sept directeurs de la Société civile a tenu tel langage, sont énoncées dans un but qui n'a rien de bienveillant. Elles ne trompent pas ceux qui nous connaissent, mais leur inexactitude voulue peut en imposer aux autres.

Soucieux, avant tout, d'écarter toutes discussions et polémiques nuisibles à l'accord dans la défense professionnelle, le Conseil décide de tenir pour ce qu'elles valent ces fautes de journalisme confraternel et de ne les point relever.

Mais il tient à définir nettement ce que nos amis, et aussi nos adversaires (puisqu'il y en a), peuvent considérer comme étant l'*opinion du Conseil de direction du Concours Médical* dans les questions qui se débattent chaque jour.

Directeurs, rédacteurs, etc., et, en conséquence, membres particulièrement actifs d'une Société *d'études*, d'un journal d'*études*, nous avons individuellement droit et devoir de lancer des idées et propositions à titre personnel, de lutter pour leur réalisation, soit dans la Société du Concours, si elle les agrée, soit dans d'autres groupements, s'ils sont plus vite préparés. Nous avons droit (et devoir si on nous l'offre) d'entrer dans les Conseils de ces groupements expérimentateurs ou réalisateurs de nos projets individuels, puisque c'est là que s'en termine l'*étude* par la mise en pratique.

Ainsi le Dr Diverneresse, à l'occasion de l'en

trée du Syndicat national de médecine sociale dont il fait partie, à la Bourse du Travail, nous a offert sa démission. Le Conseil a refusé cette démission et a décidé que chacun de ses membres peut garder son entière indépendance, toutes les fois qu'il n'agit pas comme membre du Conseil de direction, mais individuellement, et que dans ce cas sa conduite n'engage aucunement la direction du *Concours*.

Mais, de ce que l'un ou l'autre d'entre nous aura fait ainsi prévaloir une vue personnelle dans une Société voisine, s'ensuit-il que le Conseil de direction du *Concours médical*, pris dans son ensemble, range aussitôt cette opinion personnelle au nombre de celles qui constituent son *credo* et dont il accepte la responsabilité ?

Non, évidemment.

L'opinion du Conseil n'est donnée pour le journal que par les procès-verbaux, articles, communications qui sont suivis de la signature « Le Conseil de Direction, ou, pour le Conseil de direction, Dr un tel ».

De même, dans les réunions, celui des membres du Conseil qui prend part à une discussion, ne parle que pour son compte personnel à moins qu'il n'ait spécifié être le porte-parole du Conseil.

Organisation des Comités Départementaux

Le Conseil entend de M. le Dr Boudin le compte-rendu de l'organisation des premiers Comités départementaux et s'entretient du programme à remplir pour continuer celle-ci au cours de l'été, particulièrement en Normandie, en Bretagne et dans la région du Sud-Est.

« Agenda-Memento du Praticien »

Il est décidé que l' « Agenda-memento du Praticien » sera annoncé aux 20.000 médecins de France par un numéro dont le sommaire est dressé séance tenante.

L'A. G. et la pension de droit.

M. le Dr Gassot est particulièrement chargé de poursuivre dans le journal l'étude ouverte au Conseil de l'A. G. en vue de la pension de droit à 60 ans pour chaque membre de celle-ci.

L'Expertise contradictoire.

MM. Diverneresse et Jeanne rendent compte de la démarche qu'ils ont faite au Ministère de la Justice pour remettre le projet d'expertise contradictoire voté par nos Assemblées générales et que l'on a présenté (ignorance, ou plutôt mauvaise foi) comme une demande de diminution du tarif des expertises ! Ils n'ont fait que protester contre la monopolisation de ces expertises et indiquer comment l'expertise contradictoire pourrait, sans crédits nouveaux, être pratiquée et rémunérée d'après les prix actuellement en usage dans les diverses cours d'appel. Ils ont insisté pour que la commission de réforme judiciaire se prononce au plus tôt, et cela conformément à la proposition Delpeut, votée à l'Assemblée du « Sou médical ».

« Fédération médicale Parisienne Œuvre de Secours immédiat ».

MM. Noir, Boudin, Jeanne et Diverneresse disent la part qu'ils ont prise aux délibérations de la Fédération médicale parisienne, de l'Œuvre du secours immédiat, etc. Le Conseil les invite à rester, dans ces milieux, scrupuleux observateurs de la ligne de conduite et de la méthode du *Concours médical* qui, sans combattre les confrères partisans d'autres façons de faire valoir nos revendications, restera, quoi qu'on fasse, organe de défense par tous moyens compatibles avec la loi et relevant du syndicalisme agissant.

PROPOS DU JOUR

Les Evénements du Concours de l'Agrégation.

Les journées du 23 et du 24 mai.

Nous ne sommes pas de ceux qui admirent le désordre et prennent plaisir à le provoquer. Mais nous sommes encore moins de ceux qui au moment de l'action s'effacent, et qui se dérobent à l'heure des responsabilités. Placés par les circonstances au premier rang des praticiens qui assument la charge parfois lourde de la réalisation des revendications médicales, nous avons cru de notre devoir, à nous ancien vice-président du Congrès des praticiens, Congrès qui, par trois fois, à l'unanimité, a voté la suppression de l'agrégation, de poursuivre au sein d'un Comité d'action l'obstruction méthodique et légale qui doit aboutir à l'annulation de ce concours. Notre résistance devait être sérieuse et légale. Après la campagne de presse démontrant l'absurdité de l'organisation de l'enseignement actuel de la médecine, campagne à laquelle ne fut opposé aucun argument sérieux, l'intervention des candidats protestataires devait porter le coup de grâce à l'agrégation moribonde.

Malheureusement, les hommes, et surtout les hommes de bonne foi, ne sont pas toujours les

maîtres des événements, et l'Ecole de médecine a eu, malgré nous, ses journées.

***

Vous connaissez tous le grand amphithéâtre de la Faculté, il est, singulière ironie, l'image de l'institution vétuste qu'il abrite. En vain, le feu purificateur y porta une fois ses ravages. Il fut réparé et conservé intact, sans air ni lumière.

Une fresque à bel effet décoratif orne la cimaise qui fait face aux gradins ; là, autour du vieillard de Cos, se groupent harmonieusement tous les médecins que l'histoire a illustrés, depuis les Asclépiades jusqu'à Bichat et Laënnec, en passant par les Arabes et les Salernitains,

Mais au-dessous sont restées, gravées profondément en lettres ineffaçables dans la pierre, les vieilles légendes qui plus que jamais restent les devises de notre enseignement officiel :

La bienfaisance du souverain hâte leurs progrès et récompense leur zèle. Ils tiennent des Dieux les principes qu'ils nous ont transmis.

***

Le concours devait s'ouvrir le 23 mai dans cet amphithéâtre, et à midi, par une atmosphère d'orage, une foule compacte s'écrasait sur les gradins abrupts. L'arrivée des membres du jury en robe rouge, M. le doyen Landouzy en tête, fut saluée des huées habituelles aux étudiants mécontents ; mais à part quelques cris discordants contre M. le Doyen, la foule protestataire ne témoignait aucune animosité contre les professeurs, dont elle admirait plutôt le calme et le superbe sang-froid. Devant l'impossibilité de se faire entendre, M. Landouzy procéda à l'appel par des inscriptions au tableau. Les candidats appelés, après un instant d'hésitation, se décidèrent à répondre et, fendant la foule, vinrent tour à tour signer. Chaque nom connu donnait lieu à des manifestations diverses.

Soudain, du dernier rang des gradins, des personnes cachées et inconnues se mirent à jeter sur le jury des projectiles inoffensifs, mais malpropres, et, au milieu d'un bruit étourdissant qui ne permit pas d'entendre les protestations, quelques œufs et quelques tomates vinrent s'abattre sur le tableau ou sur les membres du jury.

Nous ne cacherons pas ici notre sentiment, qui fut celui de l'unanimité des assistants ; notre plume se refuse à exprimer l'impression pénible de dégoût que nous éprouvâmes en voyant un œuf s'abattre sur le crâne du Pr Lacassagne qui, comme beaucoup de ses collègues, mérite notre respect et notre déférence.

On a prétendu que des agents provocateurs étaient les auteurs de ces actes répugnants ; nous ne saurions l'affirmer, mais il faut bien avouer que, pour faire échouer le mouvement protestataire, on ne pouvait s'y prendre plus habilement. M. le Pr Lacassagne demeura d'un calme stoïque sous cette injure imméritée, et, s'il y eut à cette occasion de rares lazzi et quelques rires, ils provinrent de très jeunes gens, n'ayant sans doute rien de commun avec la profession médicale. M. Lacassagne s'était contenté d'un très rapide haussement d'épaule, c'était tout ce que méritait pareille manifestation.

Pour nous, abasourdis par les cris et horriblement incommodés par l'atmosphère suffocante, nous nous retirâmes après avoir signé. L'appel terminé, la sortie s'accomplit, paraît-il, avec calme.

***

Le lendemain 24 mai, l'orage dégénéra en tempête. La Faculté était occupée militairement. Dans la cour, des gardes républicains étaient alignés l'arme au pied, et dans l'amphithéâtre, des groupes de gardes et de gardiens des brigades centrales étaient assis au milieu des gradins. La foule très excitée était plus compacte que jamais. Quelle singulière idée avait eue M. le Doyen d'établir ainsi dans la Faculté, des forces policières ? N'avait-il pas eu l'expérience du dernier concours ? Ne pouvait-il prévoir que ces précautions apparentes devaient fatalement devenir des causes de graves désordres ? Les huées, de ce fait, devinrent plus violentes et plus nourries.

Néanmoins le jury procéda au tirage au sort des candidats avec son sang-froid de la veille et le tirage s'effectua avec une facilité relative. Cela durait depuis une heure et demie sans jet de projectile, quand tout à coup un œuf, toujours lancé du dernier rang, se brisa sur la table et vint éclabousser le Pr Landouzy. Un second ne tarda pas à le suivre. Le Doyen désigna d'un geste la direction d'où il semblait provenir à un officier de paix en uniforme qui, escaladant les gradins, fendit la foule en criant aux gardiens de la paix hésitants : « Enlevez-moi ça ». Ce fut le signal d'une mêlée générale et combien dangereuse sur ces gradins abrupts, séparés en bas de l'hémicycle par des grilles de fer. Nous vîmes alors des scènes d'une révoltante brutalité ; nous garderons toujours le souvenir d'un malheureux jeune homme, innocent sans doute, à demi-évanoui, les habits lacérés, la poitrine nue, passé de mains en mains, traîné par les cheveux et les oreilles, tandis que vingt poings tombaient en cadence sur son pauvre corps inoffensif. Quel spectacle

pénible ! Et cependant ces hommes obéissaient et faisaient leur devoir, ils étaient restés, suffocants pendant plusieurs heures, sanglés dans leur lourde tunique et, comme leurs adversaires, qui, un instant auparavant, plaisantaient avec eux, ils se trouvaient dans un état de surexcitation bien explicable.

Le Dr Lafontaine, dont la bravoure n'a d'égale que la sincérité, avait bondi aussitôt au fort de la mêlée, cherchant à faire de son corps un rempart à ses camarades d'hier, les étudiants, parmi lesquels il jouit d'une affection bien méritée. L'officier de paix, auquel nous aurions voulu voir plus de sang-froid dans l'accomplissement de sa tâche, le désigna à ses gardiens qui l'entraînèrent dans l'hémicycle avec cinq autres personnes qui furent tout aussitôt arrêtées.

Soudain surgit un petit homme maigre, en jaquette, avec un chapeau haut de forme ; après un court échange de paroles avec le doyen, il se précipita sur les gradins, courant çà et là, le doigt tendu, désignant aux agents et aux gardes surpris les assistants qui debout protestaient.

Il allait à droite, à gauche, ordonnant de s'asseoir, protégé par un cordon de gardiens qui l'accompagnaient fidèlement dans sa course échevelée.

C'était M. Lépine, préfet de police ; nous avons admiré son courage et sa verdeur, car enfin M. Lépine n'est plus jeune, mais nous sommes encore à nous demander quelle pouvait bien être l'utilité de son intervention. Il reprit du reste le sang-froid qui convient mieux à ses hautes fonctions et descendit dans l'hémicycle parlementer avec le doyen. On écrivit sur le tableau que la séance, suspendue, serait reprise le lendemain et l'amphithéâtre fut évacué sans difficulté.

Dans la cour, une foule houleuse dissertait sur les événements et les arrestations.

Un de nous, hissé sur le socle de la statue de Bichat, recommanda le calme aux étudiants et nous nous préoccupâmes aussitôt de nos camarades arrêtés. Nous nous adressâmes à M. Landouzy, qui nous reçut poliment, mais jura ses grands dieux qu'il n'y pouvait rien.

Ah ! Monsieur le Doyen, quel beau geste vous pouviez faire à cette heure ? Avec quelle facilité vous auriez pu conquérir la popularité des doyens d'autrefois, qui vous est inconnue ? Combien il eût été simple pour vous de combler le fossé qui se creuse chaque jour de plus en plus entre la Faculté et le Corps médical, fossé que vos successeurs mettront sans doute, hélas ! bien des années à faire disparaître ?

Mais pour faire ce geste, il eût fallu une générosité peu ordinaire et l'oubli des injures ; nous n'avons pas le droit d'exiger que M. Landouzy soit un héros, ni un saint.

Nous fîmes une tentative vaine auprès de M. le sénateur Labbé, présent par hasard à la bagarre et que son grand âge rendit sourd à nos prières.

Devant cette indifférence et craignant des troubles plus sérieux pour le lendemain, nous nous rendîmes aussitôt en automobile, avec nos confrères les Drs Uhry et Patry, chez M. le Président du Conseil.

M. Briand nous reçut aussitôt, d'abord avec une certaine froideur ; puis, devant notre évidente franchise et la sincérité de nos explications, après avoir tenu le langage que tout ministre chargé du maintien de l'ordre devait avoir en pareilles circonstances, il nous promit d'examiner les faits avec sang-froid et d'user de bienveillance à l'égard des victimes.

Des victimes, malheureusement il y en a; tout en mettant à part ceux qui souffrent des horions échangés, qui n'ont pas, paraît-il, de gravité réelle, il faut compter d'abord notre confrère, le Dr Lafontaine, transféré au Dépôt, avec un étudiant et un employé de commerce. Loin de nous l'idée de reprocher à ce dernier quoi que ce soit, il est vraisemblablement victime de sa curiosité. Mais sa présence n'en indique pas moins que, parmi nous, se trouvaient des gens étrangers au monde médical, de ces gens louches qu'on rencontre toujours au milieu des bagarres, dont le but reste presque toujours secret, et que nous croyons ici les auteurs de toutes les regrettables malpropretés que nous venons de signaler.

Puisque nous nous sommes promis d'être sincères, mettons au nombre des victimes les membres du jury. Il n'y a contre leurs personnes ni animosité, ni haine. La lutte porte sur des principes et nous ne serions pas étonné que certain d'entre eux, en scrutant sa conscience d'honnête homme et de savant, ne reconnaisse le bien-fondé de nos critiques. D'autres victimes, qui ont fait un peu partout entendre des protestations violentes, sont les véritables candidats. Certes, il est pénible d'avoir consacré de longs mois à la préparation d'un concours dont les résultats sont bien compromis et nous comprenons leur irritation. Cette irritation est encore plus légitime chez les candidats de province qui se sont imposé des frais relativement considérables pour venir concourir ; nous regrettons bien sincèrement de léser à contre-cœur ces intérêts respectables, mais nous sommes persuadé que leurs efforts, comme tout travail, ne seront pas perdus.

Ici, comme ailleurs, on n'avance pas sans faire de sacrifices et l'on doit toujours payer la rançon du Progrès. J. Noir.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Clinique de M. le Prof[r] JABOULAY.

Cancer du maxillaire supérieur.

Je vous parlerai aujourd'hui d'une malade, déjà âgée de 68 ans, atteinte d'un cancer développé dans la profondeur du sinus maxillaire gauche et à qui nous nous proposons d'ôter tout le massif osseux siège de la tumeur.

Son père et sa mère sont morts âgés et n'étaient pas porteurs de cancer. L'un et l'autre devaient avoir des artères dures, athéromateuses, ils sont en effet morts l'un et l'autre d'attaque.

Elle a eu huit frères ou sœurs. Pas plus que chez ses parents, nous ne trouvons d'antécédents néoplasiques. Cinq de ses frères ou sœurs sont vivants et bien portants. Trois autres sont morts d'affection indéterminée.

Cette malade n'a pas présenté dans son enfance de lésions de tuberculose atténuée telles que : adénites cervicales, écoulement d'yeux ou d'oreilles. Elle n'était pas sujette aux coryzas.

Réglée à 16 ans, toujours régulièrement, ses règles ont cessé à 42 ans.

Cette malade a eu trois enfants, dont deux morts en bas-âge d'affection indéterminée. L'autre est vivant, bien portant, âgé de 42 ans. Son mari est mort d'anthrax. Il était diabétique et vous connaissez la gravité particulière de toute suppuration chez cette catégorie de malades.

L'affection pour laquelle cette femme entre dans notre service a débuté par une hémorragie de la narine gauche, il y a 18 mois ou deux ans. Cette hémorragie, survenue la nuit, a été très grave. Elle paraissait même mortelle, aussi le médecin appelé fit-il un tamponnement.

La malade eut encore d'autres hémorragies pour lesquelles elle se tamponnait elle-même avec de l'eau oxygénée. Intriguée, cette personne recherche un jour la cause de ces hémorragies nasales et, en s'inspectant la narine gauche avec le doigt, elle constata la présence d'une excroissance qui n'existait pas à droite.

Elle alla alors voir un second médecin qui essaya de détruire ce bourgeon avec l'anse galvanique.

Le résultat obtenu fut tout différent de celui attendu. Peu à peu, en effet, la narine gauche commença à se déformer, à déborder le sillon naso-génien. Ce sillon lui-même s'est effacé et a été peu à peu remplacé par une convexité.

Ainsi nous nous trouvons en présence d'une malade de 68 ans, qui n'a pas d'antécédents héréditaires néoplasiques, qui depuis deux ans, sans cause connue, se met à saigner de la narine gauche, qui s'aperçoit qu'elle porte dans cette même narine un bourgeon suspect. Ce bourgeon est cautérisé à l'anse galvanique. Malgré ce traitement, il s'accroît, déforme la narine gauche, efface le pli naso-génien. La malade entre alors dans notre service.

Elle est actuellement couchée au n° 12, salle Saint-Pierre, son aspect est celui d'une personne bien portante. Elle a en effet un bon état général ; la température est de 36°8. L'intervention que nous avons proposée et que nous ferons subir à notre malade retentit sur les voies respiratoires. Le sang pénètre en effet toujours un peu par la trachée, et nous vous dirons, dans un instant, le moyen d'empêcher cet accident. Cette pénétration est surtout à redouter chez les personnes dont l'état pulmonaire est peu satisfaisant, aussi importait-il d'examiner avec soin son appareil respiratoire.

Nous l'avons auscultée, percutée : nous n'avons rien trouvé, si ce n'est un léger degré d'emphysème.

Son cœur est bon, sa pointe est dans le Ve sur la ligne mamelonaire ; il n'est pas dilaté, et à l'auscultation ses bruits sont normaux.

Les artères sont un peu dures, athéromateuses.

Du côté de ses veines, nous n'avons trouvé que quelques varices des deux jambes.

L'examen du sang, que nous avons pratiqué, nous a révélé de la leucocytose, mais pas de mononucléose.

Les lymphatiques tributaires de la région atteinte par la tumeur sont envahis. Nous trouvons un ganglion hypertrophié placé un peu plus bas que le ganglion génien, une adénopathie sous-maxillaire nette. Ces ganglions atteints, eux aussi, de cancer sont à enlever en même temps que la tumeur.

Les urines de notre malade sont claires, ne contiennent ni sucre ni albumine. La malade a de la pollakiurie nocturne, se lève deux fois pour uriner, mais nous ne trouvons pas d'autres signes qui puissent faire penser à une lésion de ce côté.

En somme, les trois grands appareils viscéraux sont intacts et il n'y a pas de contre-indications à notre intervention.

Nous avons aussi examiné les autres organes de notre malade.

Elle a eu trois enfants ; elle a été déchirée au moment de ses accouchements et elle a un prolapsus utérin.

Son tube digestif est en bon état et nous remarquons que cette femme mastique sans peine avec sa mâchoire cancéreuse.

Elle a deux hernies, l'une ombilicale contenant vraisemblablement de l'épiploon irréductible, l'autre inguinale gauche, volumineuse et réduc-

✦✦

tible. J'attire votre attention sur ces hernies. A cause de l'anesthésie, à cause des efforts des malades, ces hernies se gonflent, peuvent s'étrangler ; aussi faut-il toujours vérifier leur état après l'opération.

Nous n'avons rien trouvé du côté de son système nerveux périphérique ou central.

Examinons maintenant le maxillaire de notre malade. La tumeur dont il est le siège est indolente. Elle ne souffre pas malgré la gravité de ton affection et il y a là une grande différence avec les tumeurs malignes de certains autres organes, avec celles du corps thyroïde en particulier, où les sujets atteints se plaignent beaucoup de douleurs dans la nuque.

Notre malade peut mastiquer avec son maxillaire malade ; le seul trouble fonctionnel que nous trouvions consiste dans la gêne de la respiration, impossible par la narine gauche.

La tumeur a enserré les conduits lacrymaux ; de ce fait, nous constatons de l'épiphora et aussi du catarrhe et de la suppuration du sac lacrymal gauche.

L'inspection nous montre la narine gauche de cette femme déformée, sa fosse nasale gauche est refoulée, le sillon naso-génien est effacé.

La palpation nous révèle que la tumeur est dure, qu'elle a la consistance du fibrome. Cette tumeur est fixée dans la profondeur et on essaye vainement de la mobiliser.

La transillumination a montré que du côté sain le sinus était transparent, que du côté malade au contraire il était opaque.

La peau est saine, mobile sur la tumeur, elle ne présente pas d'élévation de la température locale. La sensibilité de la peau de cette région est donnée par le nerf sous-orbitaire, branche du maxillaire inférieur ; cette sensibilité est normale. Les téguments situés sous la peau sont refoulés, mais ne sont pas altérés.

Les muscles jouent bien ; rien du côté des élévateurs de l'aile du nez, des canins, du risorius, du myrtiforme.

Les veines de la joue sont saines ; ni dilatées, ni variqueuses.

L'appareil lymphatique est envahi et nous vous rappelons les ganglions géniens et sous-maxillaires.

L'appareil nerveux sensitif et moteur constitué par les nerfs facial et sous-orbitaire est intact.

En somme, les parties molles de la joue sont saines ; la muqueuse de la lèvre supérieure est saine, elle aussi.

Dans les cas de cancer du maxillaire supérieur, il faut toujours examiner les quatre cavités avoisinantes.

Dans le sillon gingivo-labial nous constatons la présence d'un bourgeon qui refoule la joue en avant.

Le rebord alvéolaire n'a plus de dents. Il est encombré par des racines et des chicots, mais il n'y a pas de suppuration, pas d'ostéomyélite.

La voûte palatine est déformée. En son milieu nous trouvons une tuméfaction solide, de consistance osseuse, résultant de l'envahissement de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur. En arrière, par le toucher, nous avons exploré le naso-pharynx et nous avons senti une tumeur bourgeonnante dure. En écartant la narine gauche nous voyons le bourgeon cause des épistaxis qui a été cautérisé. Ce bourgeon bouche la fosse nasale gauche et refoule la cloison.

Suivie de bas en haut, cette tumeur se prolonge sur la branche montante du maxillaire, englobe les voies lacrymales.

La quatrième cavité est la cavité orbitaire et elle est fréquemment envahie. Dans le cas particulier, elle est saine. Nous ne constatons en effet qu'une fausse apparence d'exophtalmie. Nous ne constatons pas de paralysie des muscles de l'œil, il n'y a pas de diplopie, autant de symptômes qui existeraient si l'orbite était envahie.

Il résulte de notre examen que nous nous trouvons en présence d'une femme âgée, non cachectique, ayant de bons viscères permettant une intervention grave pour une tumeur indolente, donnant une déformation de la narine gauche et de la région naso-génienne, refoulant la joue en avant sans envahir les téguments qui la constituent, tumeur de consistance dure, faisant corps avec le maxillaire, ayant envahi son sinus, son apophyse palatine et sa branche montante, se prolongeant à l'extrémité postérieure des fosses nasales, mais respectant la cavité orbitaire.

La région qui nous occupe est constituée par un os creusé d'une cavité recouverte de parties molles et d'une muqueuse. Il s'agit de savoir quel est le point de départ de la tumeur.

Nous avons dit que la joue était saine.

Nous avons examiné la muqueuse par la cavité buccale et elle nous a paru saine, elle aussi.

Serait-ce le tissu osseux qui serait le point de départ de la tumeur ? Est-ce qu'une des parois de la pyramide malformée que représente le maxillaire supérieur serait le point initial de la dégénérescence concéreuse ? J'ai peine à le croire et cela parce que le nerf sous-orbitaire n'est pas pris, que la sensibilité de la joue est intacte, ce qui ne se voit pas dans l'ostéosarcome du maxillaire supérieur.

Le point de départ est, je crois, dans la cavité sinusienne.

Le premier signe a en effet été une hémorragie. Le sinus communique avec le méat moyen, et tout de suite, quand il s'agit de maladies du sinus, il y a un retentissement sur les fosses nasales. Voilà la raison qui me fait dire que le cancer a débuté par le sinus et non par ses parois. Il

nous faut donc dire maladie du sinus et non maladie du maxillaire.

Nous faut-il faire un diagnostic détaillé avec les autres affections du maxillaire supérieur ? Faut-il le discuter avec celui d'ostéite ? Du fait du bourgeon gingivo-labial, une ostéite y ressemble de très loin, mais dans le cas qui nous intéresse, il n'y a pas de douleur, et une ostéite est douloureuse.

Quelquefois on voit dans cette région des accidents syphilitiques tertiaires. La syphilis fait alors des séquestres, de la nécrose, des perforations même du voile du palais. Les bourgeons qui en résultent peuvent en imposer pour du cancer, mais alors il y a de l'ozène, une odeur repoussante et bien particulière. Nous n'avons donc pas affaire à de la syphilis.

Nous sommes en présence d'une tumeur, mais est-elle bénigne et alors est-ce un ostéome, un fibrome, un sarcome à myéloplaxes ? Dans les cas de tumeur bénigne nous n'aurions pas d'adénopathie ; or nous en avons, donc elle est maligne.

Quelle est-elle ? On ne peut dire qu'une chose : c'est un cancer . Il est impossible de préciser si c'est un épithéliome ou un carcinome.

Disons donc simplement cancer du maxillaire, ayant pris naissance dans le sinus, ayant effondré les parois antérieure, supérieure, inférieure, postérieure du maxillaire et ayant pris les lymphatiques.

La cause de ces cancers est ordinairement une inflammation chronique et nous ne trouvons ni carie dentaire, ni affection nasale. Le cancer s'est donc localisé sans qu'il y ait de prédisposition.

Quand nous aurons extirpé l'os siège de la tumeur nous trouverons dans le sinus, et non dans l'os, le tissu cancéreux, nous trouverons des lymphatiques et des ganglions, eux aussi cancéreux, avec les vermiothes caractéristiques.

Ce cancer paraît marcher vite et dans un an les lymphatiques se prenant de proche en proche la malade mourra de cachexie cancéreuse. Elle pourra mourir de la propagation au maxillaire supérieur droit, ce qui n'est pas rare. Le numéro 63 de la salle Saint-Sacerdos est un exemple de cette propagation. S'étendant encore, ce cancer pourra envahir les os du crâne. Dans ce cas, c'est le rocher qui est envahi et cet envahissement se traduit cliniquement par la destruction trophique de l'œil correspondant.

Des métastases sont possibles. Elle pourra en faire dans son poumon, mais elle les fera surtout du côté de la chaîne ganglionnaire médiastinale.

Somme toute, le pronostic est grave, et vite il faut faire un traitement chirurgical sans s'attarder d'abord au traitement local ou général. Ces traitements seront appliqués, mais ce ne seront que les compléments utiles du traitement chirurgical.

La région sur laquelle nous interviendrons est très vasculaire. Elle est irriguée par les branches de la carotide externe. Nous devons empêcher une hémorragie grave et surtout la pénétration du sang dans les voies respiratoires. Le premier temps de notre opération comprendra donc la ligature de la carotide externe. Nous inciserons dans la gouttière et sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Nous arriverons sur notre paquet vasculo-nerveux.

La carotide externe est en dedans de l'interne à ce niveau. L'externe donne des branches, l'interne n'en donne pas. La présence de ses collatérales nous permettra de la reconnaître. Un autre point de repère peut être fourni par l'anse de l'hypoglosse et le tronc veineux thyro-linguo-facial qui la croise. Nous insistons sur ces points de repère, la ligature de la carotide interne créerait en effet une hémiplégie.

Le deuxième temps consistera dans l'ablation de l'os lui-même. Nous ferons pour cela une incision parallèle à la paupière inférieure. Nous descendrons le long de la narine, allant en dedans jusqu'à la cloison et terminant en sectionnant la lèvre à sa partie médiane. Rabattant les tissus en dehors, avec une cisaille, nous couperons l'apophyse zygomatique d'abord, la branche montante ensuite, la voûte palatine pour terminer. Nous arracherons alors notre os en le libérant des adhérences ptérygo-maxillaires . Nous vérifierons s'il n'y a pas de prolongements. A ce moment, nous aurons des hémorragies, mais veineuses. Nous mettrons un tampon dans la cavité créée pour les arrêter et nous suturerons par-dessus.

La malade sera mise en position demi-assise dans son lit, le tampon ôté le lendemain et remplacé par un autre.

Les suites immédiates seront très simples. La mort est exceptionnelle à moins que du sang ne pénètre dans les voies respiratoires, ce qui n'arrivera pas à cause de la ligature préventive de la carotide externe.

Les suites éloignées sont moins simples. Souvent nous voyons ces pauvres malades revenir atteints de récidive.

De ce fait, on peut se demander si c'est la peine d'opérer, surtout les gens âgés.

Dans le cas particulier, les viscères de notre malade sont bons, ne présentent aucune tare pouvant nous faire redouter des complications. Dans ces cas-là, Messieurs, il faut opérer. La survie paraît en effet plus longue après une opération que si on laisse la maladie évoluer d'elle-même.

(*Recueillie* par M. G. Naz, interne.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Les injections sous-conjonctivales de sérum physiologique gélatineux dans les hyalitis congestives, les hémorrhagies du vitré et les décollements rétiniens.

M. le Dr Bellencontre, de Paris, a fait au dernier Congrès d'ophtalmologie une intéressante communication sur les excellents effets des injections sous-conjonctivales de sérum physiologique gélatineux. Ces injections ont une action résolutive sur les inflammations du vitré et les exsudats rétiniens.

Dans les hyalitis fluxionnaires, quand il y a des corps flottants confluents, noirâtres, la méthode a une réelle efficacité.

Il en est, de même, dans les hémorrhagies du vitré où, quelle qu'en soit la cause, on voit toujours une résorption, un éclaircissement rapide dès la troisième ou la quatrième piqûre.

Employées depuis 1905 dans le traitement du décollement de la rétine, ces injections ont donné des améliorations nombreuses ; elles ont une action limitante.

Six fois en cinq ans, on a constaté une réapplication de la rétine avec retour plus ou moins étendu de la vision chez cinq malades.

Le sérum isotonique est aussi efficace que les solutions plus concentrées, toujours douloureuses ; à son léger pouvoir anesthésique, la gélatine ajoute son pouvoir coagulant ; l'acoïne ne se précipite po nt si on a soin de la dissoudre à part et de l'ajouter ensuite au sérum.

Sans prêter à cette méthode une valeur thérapeutique spécifique, elle a donné à l'auteur des résultats supérieurs à ceux des moyens qu'il a personnellement employés dans le passé et cela en imposant aux intéressés, selon le mot de de Wecker, le minimum de sacrifices.

Voici la formule de la solution :

Acoïne.	0,01	centigramme
Colle de poisson ...	0,30	centigrammes
Sérum isotonique..	1	cc.

pour une ampoule stérilisée.

Pratiquées sous la conjonctive à la dose d'un centimètre cube, tous les jours, tous les deux jours, ou à des intervalles plus longs, suivant la tolérance des tissus et la gravité des cas, les injections sont parfaitement supportées avec une réaction nulle ou négligeable.

Toutefois, contrairement à la pratique de certains auteurs, il est bon de ne pas pousser l'injection sous la capsule de Tenon, les piqûres sous-ténoniennes amenant parfois de l'œdème des paupières.

Le nombre des piqûres est illimité.

Tel malade atteint de décollement en a reçu deux cents en quelques années sans aucun inconvénient.

Injections intra-bronchiques dans les suppurations bronchiques et intra-pulmonaires.

M. le Dr Guisez décrit dans la *Gaz. des Hôpitaux* une méthode nouvelle de traitement des suppurations bronchiques (dilatation des bronches) et des abcès pulmonaires gangréneux par les injections médicamenteuses intra-bronchiques.

L'auteur emploie une seringue de 20 cc. de contenance, à piston en verre bien ajusté ; il adapte sur cette seringue une longue canule recourbée verticalement de 10 cm. Voici la description qu'il donne de sa technique :

« Pour éviter l'accès de toux qu'amène toujours l'introduction d'un instrument rigide dans la trachée, nous en faisons l'anesthésie locale. Nous nous adressons à la novocaïne, beaucoup moins toxique que la cocaïne, et après cocaïnisation du larynx, nous faisons une injection dans la trachée avec la solution de 2 centimètres cubes de novocaïne au 1/30 ; le malade ressent, après cette injection, une sorte de gonflement, une sensation légère d'étouffement. Nous jugeons alors que l'anesthésie trachéale est obtenue.

« Munissant alors notre seringue de la longue canule, après avoir franchi la glotte, la tête étant très relevée en arrière, la langue tirée par un aide, sous le contrôle du miroir, profitant d'une large inspiration, nous pénétrons facilement dans la trachée. A ce moment, nous faisons coucher le malade sur le côté gauche, en l'inclinant le plus possible de ce côté et nous portons la seringue vers la commissure labiale droite ; de cette façon, l'extrémité de la canule se trouve reportée dans la direction de la bronche où il faut injecter le liquide. Nous pouvons ainsi injecter facilement 10 centimètres cubes de solution et nous nous rendons très bien compte que cette solution a pénétré dans la bronche gauche, car le malade accuse tout aussitôt une sensation de chaleur dans la partie gauche correspondante du thorax. »

L'auteur fait ainsi deux ou trois injections de 10 à 12 cm. à deux jours d'intervalle avec une solution d'huile goménolée au 1/10.

Tous les deux mois, on recommence une série de dix injections suivant la même technique. M. Guisez insiste particulièrement sur les résultats favorables que sa méthode lui a permis d'obtenir avec une quantité de liquide jusqu'alors inusitée (10, 12 et même 18 cmc.) dans des cas de dilatations bronchiques vérifiés par la radioscopie et la bronchoscopie.

Mais il est de toute nécessité, pour pénétrer dans la trachée, de dépasser la glotte avec la canule, sous le contrôle du miroir. Quant à la possibilité de faire pénétrer dans une seule bronche le liquide injecté, l'auteur proclame qu'elle est incontestable ; il faut se mettre dans les conditions suivantes : 1° se servir d'une canule suffisamment longue pour que son extrémité arrive jusqu'à un centimètre ou deux de la bifurcation (il n'est pas nécessaire qu'elle descende plus

bas) ; 2° faire une *anesthésie locale* du larynx et de la trachée, au moins dans sa partie initiale pour éviter la quinte de toux qui pourrait faire ressortir le liquide injecté avant qu'il soit introduit. Or, grâce à une injection sous-glottique de quelques centimètres cubes de novocaïne en solution au 1/10, cette anesthésie peut être effectuée aussi parfaitement que possible et cela sans crainte d'intoxication, grâce à la faible toxicité de la novocaïne (sept fois moins que la cocaïne). Le malade est tout d'abord assis, la tête fortement renversée en arrière pour que l'on puisse introduire la longue canule dans la fente glottique (*premier temps*). Puis (*deuxième temps*), la canule est poussée jusqu'au niveau de la courbure. Dans un *troisième temps*, le malade dans le décubitus latéral se couche et se penche fortement sur le côté malade ; la seringue est, à ce moment, portée dans la commissure opposée à la bronche malade, de façon à ce que l'extrémité distale de la seringue soit dirigée vers la bronche à injecter. Et alors, presque à coup sûr, la totalité de l'injection est injectée directement dans cette bronche. L'injection doit être poussée lentement, mais toujours avec une certaine force (à l'aide d'une canule à fine lumière pour aller dans la direction de la bronche, sans toutefois provoquer d'accès de suffocation).

« Enfin, recommandation au point de vue technique : il faut choisir, pour faire ces injections, le moment de la journée où la poche est le plus vide, se rapprochant, autant que possible, des *conditions idéales* qui seraient la vacuité absolue.

Conduite à tenir dans le cas de contracture utérine

D'après M. le Dr Léon GAIGNARD, de Paris, la conduite à tenir, dans le cas de contracture utérine, doit être différente suivant qu'on a affaire à un enfant mort ou à un enfant vivant.

« Dans le cas d'enfant mort :

« On fera :

« 1° L'embryotomie quand elle sera possible ;

« 2° L'hystérectomie quand la contracture utérine sera compliquée de contracture du col, quand il y aura menace de rupture utérine, ou infection constituée.

« Dans le cas d'enfant vivant :

« Dans le cas de présentation céphalique, quand la tête est engagée : forceps.

« Dans le cas de présentation de la tête non engagée, ou de toute autre présentation, si le chloroforme amène un peu de relâchement dans la contracture : on fera la version.

« Lorsque le forceps ou la version ne paraîtra pas possible, on ne fera jamais d'embryotomie sur l'enfant vivant. En pareil cas, si l'infection est constituée, on aura recours à l'hystérectomie.

« Si l'infection n'est pas constituée, c'est-à-dire dans la plupart des cas, l'opération césarienne d'urgence sera l'intervention de choix.

«On aura soin d'extérioriser l'utérus, de protéger le péritoine et de tamponner la cavité utérine avec une mèche iodée. »

Le pouls lent permanent

M. le Prof. DEBOVE a fait une leçon clinique intéressante, reproduite dans la *Gaz. des Hôp.* sur le pouls lent permanent et son étiologie.

Il est aujourd'hui démontré que le pouls lent permanent est dû à la lésion d'une région particulière du cœur, le faisceau de His, mince ruban qui unit les oreillettes aux ventricules.

Le rôle important de ce faisceau a été mis en évidence par His qui a montré que si on le comprime légèrement l'intervalle séparant les contractions des oreillettes de celles des ventricules s'accroît ; qu'une compression plus forte entraîne l'absence d'un certain nombre de systoles ventriculaires ; qu'enfin une section totale amène une dissociation des battements des divers compartiments du cœur, les oreillettes gardant sensiblement leur rythme normal, tandis que les ventricules, devenus indépendants, prennent un mouvement irrémédiablement lent.

Les autopsies qui ont été pratiquées avec méthode confirment complètement ces données expérimentales. On trouve constamment chez les sujets morts de pouls lent permanent une lésion profonde du faisceau de His. Celle-ci varie dans sa nature : c'est tantôt une gomme syphilitique, tantôt une sclérose consécutive à une endocardite, dans laquelle l'inflammation ne s'est pas limitée aux valvules, mais s'est étendue aux parties voisines ; mais quelle que soit la nature des lésions, leur siège est invariable.

Le faisceau de His est surtout musculaire ; mais il est aussi nerveux, car toutes ses fibres myocardiques sont entourées d'un véritable réseau nerveux. Aussi ses fonctions ont-elles été attribuées tour à tour à chacun des deux tissus dont il se compose. La *théorie myogène* admet que le muscle de His se contracterait spontanément et transmettrait par ses fibrilles ses contractions aux fibres musculaires des ventricules. Dans la *théorie neurogène*, on attribue la systole du cœur à l'influence des fibres nerveuses présentes dans toutes les régions de l'organe, y compris le faisceau de His.

Le traitement peut être symptomatique ou curatif. La médication symptomatique consiste à faire observer le repos, pour éviter les crises qui mettent en danger l'existence du malade ; le régime lacté a donné d'excellents résultats.

L'idée d'administrer des substances qui ont la propriété d'accélérer les mouvements du cœur vient naturellement à l'esprit. Mais il ne faut pas s'y arrêter, car une des caractéristiques du pouls lent permanent est justement sa résistance absolue aux divers agents qui produisent normalement la tachycardie.

Quant au traitement curatif, il consiste, au moins dans certains cas, dans une cure mercurielle, car la bradycardie permanente est fort souvent d'origine syphilitique.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Les plaies de la main et la teinture d'iode. — Maladie de Little. — Réactions biologiques dans les kystes hydatiques. — Cancers traités par la fulguration.

M. Reclus fait à l'*Académie de médecine* une communication sur le *traitement des plaies de la main par la teinture d'iode.*

Le traitement des plaies de la main est une question de pratique courante qui a pris une importance capitale depuis la loi sur les accidents du travail. La méthode classique, enseignée par les manuels de petite chirurgie, inscrit comme premier précepte, la main des ouvriers étant le plus souvent calleuse et recouverte d'un enduit où pullulent les germes pathogènes, de préluder au traitement par une désinfection vigoureuse et rigoureuse de l'organe, au moyen d'antiseptiques variés. Le pansement que préconise M. Reclus est infiniment plus simple et sa technique est presque enfantine : elle consiste à badigeonner la région blessée avec la teinture d'iode. On plonge un pinceau stérile dans le flacon qui contient la teinture, dont on dépose une couche tout autour de la plaie et sur la plaie elle-même, et cela, bien entendu, le plus tôt possible après l'accident. On laisse évaporer l'alcool, qui abandonne sur la surface cruentée la couche d'iode. Lorsqu'elle est bien sèche, on la recouvre d'une compresse aseptique et d'un manchon d'ouate hydrophile que l'on assure par quelques tours de bande. Le soir ou le lendemain, on renouvelle le pansement, que plus tard on espace et auquel on ne touche guère que tous les trois ou quatre jours.

Le pansement à la teinture d'iode demande à être fait suivant ces règles. L'application de la teinture ne doit pas être précédée de brossage, ni de lavage de la plaie ; de tels soins préparatoires sont nuisibles, le topique mordant moins sur la peau imprégnée de liquide. La teinture d'iode se suffit à elle-même et au cas où l'on serait appelé auprès d'un blessé déjà traité par les solutions antiseptiques, on asséchera d'abord les tissus avant d'appliquer le topique iodé. De plus, il faut se garder d'appliquer plusieurs couches de teinture l'une sur l'autre. En l'espèce, les surenchères sont mauvaises.

La teinture d'iode utilisée doit être fraîche. Au bout de huit jours, il faut la disqualifier comme trop vieille : peu à peu, elle perd quelques-unes de ses qualités et même devient offensante pour les tissus.

Le pansement à la teinture d'iode est aussi simple qu'efficace. Il est avantageux dans la pratique civile et dans la chirurgie de guerre. A ce dernier point de vue, il a fait ses preuves dans la guerre russo-japonaise. Son efficacité est due vraisemblablement à la puissance de pénétration de la teinture iodée et peut-être aussi à la déshydratation des tissus qu'elle détermine.

M. Reclus conclut en demandant que, dans toute ambulance, dans toute agglomération humaine, dans chaque train, on trouve un flacon de teinture d'iode renouvelé tous les huit ou dix jours.

M. Léon Labbé estime également que la teinture d'iode doit reprendre en chirurgie la place qu'elle mérite. L'efficacité de ce pansement est indiscutable.

M. Lucas-Championnière approuve à son tour le principe de la méthode, c'est-à-dire l'application limitée sur une plaie de la main d'un antiseptique d'une puissance incontestée. Les massages, les brossages et les imprégnations répétées qui sont le fondement de la méthode aseptique sont non seulement inutiles, mais dangereux et compromettent l'action antiseptique. On doit s'en tenir à une application antiseptique puissante et on laissera ensuite la plaie se réparer en repos. Comme topique, la teinture d'iode n'est pas seule efficace ; elle a ses inconvénients. L'acide phénique, en solution assez forte, peut remplir le même rôle et lui être supérieur.

— M. Kirmisson présente à l'*Académie de médecine* un rapport sur un travail de M. Pierre Delbet intitulé : l'*ostéotomie dans le traitement de la maladie de Little.*

La maladie de Little, ou paraplégie spasmodique, se caractérise par une contracture permanente des membres inférieurs, portant à la fois sur les muscles du tendon d'Achille, les fléchisseurs du creux poplité, et les adducteurs de la cuisse. Il en résulte une attitude toute particulière dans laquelle l'équinisme se combine à une flexion permanente des genoux et à une adduction avec rotation en dedans tellement marquées que les genoux s'entrecroisent.

La chirurgie peut-elle intervenir utilement en faveur de semblables malades ? On a conseillé récemment comme traitement curatif de la paraplégie spasmodique, la section, au niveau de la région lombo-sacrée, de deux racines postérieures. C'est une opération délicate, qui n'est pas sans danger.

On a conseillé un traitement palliatif dont la valeur est moins contestable. Il consiste en sections tendineuses, suivies d'application d'appareils destinés à s'opposer à la reproduction de l'attitude vicieuse.

Les résultats, tout en étant encourageants, sont loin d'être toujours parfaits. Dans un cas de ce genre, M. Delbet a cherché à améliorer le résultat en pratiquant une double ostéotomie sous-trochantérienne destinée à lutter contre la rotation en dedans des membres. Les effets de l'opération ont été satisfaisants.

— MM. Rist et Parvu rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de kyste hydatique de la rate qui soulève la question des *réactions biologiques dans les kystes hydatiques* et de la valeur diagnostique de ces réactions.

Deux réactions biologiques suscitées par les kystes ont été appliquées au diagnostic. Ces deux réactions sont : l'éosinophilie et la dévia-

tion du complément (réaction de Weinberg). Une éosinophilie forte et une déviation du complément positive constituent deux signes, l'un et l'autre en faveur de l'échinococcose. Ces deux signes, qui peuvent appuyer le diagnostic souvent difficile des kystes hydatiques, ont-ils une valeur égale ?

Chez le malade de MM. Rist et Parvu, il n'existait pas d'éosinophilie sanguine, et, rapprochant ce cas d'autres analogues, les auteurs se montrent très sceptiques sur la signification de l'éosinophilie. Pour M. Rist, en présence d'une tumeur ayant des analogies avec le kyste hydatique, faire grand crédit à l'éosinophilie expose à commettre des erreurs graves et dangereuses. La réaction de Weinberg, par contre, serait d'une remarquable constance et d'une spécificité absolue. Elle ne ferait défaut que d'une manière absolument exceptionnelle.

M. CHAUFFARD estime, au contraire, que l'éosinophilie n'est pas de valeur négligeable. Elle apporte un appoint sérieux à un diagnostic douteux de kyste hydatique.

— M. DE BEURMANN présente au nom de M. de KEATING-HART, à la *Société médicale des hôpitaux* quatre malades atteints de *cancers graves traités avec succès par la fulguration*.

Il s'agit d'un épithélioma du sein, d'un cancer du plancher de la bouche, d'une tumeur maligne de l'amygdale et d'un ostéo-sarcome de l'humérus, chez lesquels l'opération complétée par la fulguration a procuré d'excellents résultats. P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Tableau des principales applications de l'électricité en médecine,

Par le Dr J. LABORDERIE (de Sarlat),

Correspondant national de la Société de Thérapeutique de Paris.

I.—ACTION EXCITO-MOTRICE DE L'ELECTRICITÉ.

1° *L'Electricité est un excitant des nerfs moteurs et muscles striés (Courants galvanique et faradique)* :

Paralysies faciales *a frigore*, névritiques, traumatiques, otitiques, Paralysies radiale, saturnine ; Paralysies radiculaires ; Polynévrites ; Paralysies diphtériques ; Hémiplégie ; Atrophies musculaires ; Tabes ; Atonie vésicale ; Paralysie infantile, Scoliose.

2° *L'Electricité est un excitant des muscles lisses* :

Lavement électrique dans l'occlusion intestinale ; Constipation et colite muco-membraneuse.

3° *L'Electricité est un tonique du système musculaire (Courant sinusoïdal)*.

Asthénies musculaires ; Paralysies motrices ; Scolioses ; Crampes ; Déviations utérines.

II. — ACTION SÉDATIVE DE L'ELECTRICITÉ.

1° *L'Electricité a une action calmante et anti-spasmodique (Galvanisation à haute intensité)* :

Névralgies faciales, intercostales, sciatiques ; Constipation et incontinence spasmodiques.

2° *L'Electricité a une action sédative sur la sensibilité générale (Franklinisation)* :

Hystérie ; Neurasthénie ; Nervosisme ; Insomnie ; Migraines.

3° *L'Electricité a une action révulsive et analgésique (Haute Fréquence, Faradisation)* :

Sciatiques ; Lumbago ; Douleurs localisées ; Névralgies.

III. — ACTION SUR LA NUTRITION ET SUR LA CIRCULATION.

1° *L'Electricité augmente l'élimination des déchets de la nutrition (Haute Fréquence)* :

Arthritisme ; Artério-sclérose ; Diabète ; Goutte ; Obésité ; Tuberculose pulmonaire.

2° *L'Electricité est un régulateur de la circulation (Bains sinusoïdaux)* :

Maladies par ralentissement de la nutrition : Phlébites ; Varices ; Goitre, Affections cardiaques.

3° *L'Electricité est un décongestionnant (Haute Fréquence)* :

Hémorrhoïdes ; Fissure anale ; Prurit ; Eczéma ; Ulcères ; Maladies de la peau.

4° *L'Electricité est un emménagogue puissant (Franklinisation)* :

Aménorrhée ; Dysménorrhée.

IV.— ACTION TONIQUE SUR LE SYSTÈME NERVEUX

1° *L'Electricité a une action tonique sur la moelle (Etincelles de Haute Fréquence ou Statique)* :

Impuissance ; Spermatorrhée.

2° *L'Electricité est un excitant du système nerveux central (Bains à cellules, Statique)* :

Asthénie ; Tremblements ; Hystérie ; Névroses.

V. — ACTION CHIMIQUE DE L'ELECTRICITÉ OU ELECTROLYSE.

1° *L'Electricité est un agent de destruction* :

Verrues, Kéloïdes ; Loupes ; Hypertrichose ; Rétrécissements de l'Œsophage ; de l'Urèthre, des Canaux lacrymaux.

2° *L'Electricité est un véhicule de Médicaments ou ions* :

Ion Salicylique : Rhumatisme ; Névralgies ; Tic douloureux ; Sclérites ; Episclérites.

Ion Lithium : Goutte.

Ion Zinc : Métrorrhagies, Endométrites ; Affections cutanées ; Fistules anales ; Néoplasmes.

Ion Iode : Adénites ; Plaies des jambes.

Ion Chlore : Ankyloses ; Affections pleurales ; Pleurésie sèche ; Iritis.

Ion Magnesium : Verrues planes juvéniles.
Ion Quinine : Névralgies.
Ion Sulfure : Arthrites ; Névralgies ; Rhumatismes.
Ion Cocaïne : Odontalgie.

3° *L'Electricité a une action bactéricide* :

Ozone : Affections respiratoires ; Tuberculose pulmonaire ; Anémie.

MASSAGE VIBRATOIRE

Action tonique, stimulante et résolutive

1° Tachycardie et Affections cardiaques.
2° Catarrhes du Larynx et des Bronches.
3° Dyspepsie et Constipation opiniâtre.
4° Migraines ; Lumbago.
5° Rhumatismes.

RAYONS X.

Les Rayons X sont utilisés :

1° *Pour le diagnostic* : Affections du squelette et des articulations ; Corps étrangers ; Affections thoraciques et abdominales.
2° *Pour la Thérapeutique* :
1° Action sur le Système pilo-sébacé : Pelade, Teigne, Sycosis :
2° Action sur les Dermatoses : Lupus, Epithélioma, Eczéma, Psoriasis, etc.
3° Action sur les Tumeurs : Sarcomes, Cancer du Sein.
4° Action sur les maladies du sang : Leucémie ;
5° Action sur les maladies de la moelle : Tabès, Syringomyélie, Sclérose en plaques.

RADIOLOGIE

Sur la nature des rayons ultra-violets et sur leur mode de dosage en thérapeutique,

Par le Dr GEORGES.

Tout le monde connaît aujourd'hui les remarquables recherches de Courmont et Nogier sur la stérilisation de l'eau par la lumière ultra-violette, ainsi que les excellents résultats du procédé. Ceux-ci viennent d'être, en janvier 1910, confirmés par M. Miquel, le savant bactériologiste de la ville de Paris, lequel conclut que :

1° Les eaux claires soumises à l'action des rayons ultra-violets dans certaines conditions sont stérilisées d'une manière parfaite ;

2° Ces mêmes eaux, infectées, artificiellement au moyen de cultures fraîches d'espèces microbiennes très résistantes à l'action des agents physiques, sont de même privées de tout micro-organisme.

3° Il semble profitable à l'hygiène publique d'étudier les moyens pratiques d'application de ce nouveau procédé de stérilisation à l'épuration des eaux destinées à l'alimentation.

L'eau ainsi stérilisée ne contient ni ozone, ni eau oxygénée ; elle conserve tout son pouvoir nutritif, n'ayant perdu aucune de ses qualités himiques ou physiques, ni gaz, ni sels, ni goût ; elle n'est pas impropre à la vie et permet le développement ultérieur des algues et de toutes les plantes aquatiques.

Cette découverte sera de plus remarquable au *point de vue industriel*. C'est ainsi que la stérilisation de l'eau servant à la préparation du beurre, supprimant le ferment butyrique, permettra de conserver frais du beurre pendant un mois et demi. D'après de Nobelé, la lumière ultra-violette sera aussi utilisable dans l'industrie de la toile ; un morceau de toile écrue, mouillée avec une solution de chlorure de chaux, sera blanchie en quelques minutes. L'huile de lin, qui devient naturellement siccative par oxydation au contact de l'air au bout de quelques mois, prendra cette propriété en quelques heures au contact de la lumière ultra-violette. La photographie même utilisera les heureuses propriétés de ces rayons qui, par l'absence de rayons rouges, permettront d'obtenir des portraits merveilleux de douceur et de modelé ; l'épreuve se fera instantanément.

***

Etant donné tout l'intérêt actuel de cette question, nous avons pensé utile de rappeler brièvement quelle était la *nature de cette lumière ultra-violette*.

Le spectre solaire donne, on le sait, des rayons non visibles au spectroscope ; les *infra-rouges* et les *ultra-violets*. Les premiers sont des rayons calorifiques, les seconds des rayons actiniques. Si l'on promène un thermomètre dans le spectre, on voit aussi que cet appareil est influencé de plus en plus à mesure que l'on se déplace du violet vers le rouge, et que même la température croît encore lorsque les limites visuelles du rouge sont dépassées (G. Bidou, de Grenoble).

Les rayons infra-rouges sont donc bien particulièrement calorifiques.

Symétriquement, les rayons ultra-violets, si le spectroscope est placé dans le vide et muni de quartz, selon l'expérience de Schumann, sont froids et doués d'un pouvoir chimique intense. Les oxydations, la transformation de l'oxygène en ozone, de l'eau en eau oxygénée se font avec une rapidité extraordinaire sous l'influence de ces rayons.

La lumière solaire est pour ainsi dire dépourvue de rayons ultra-violets, car l'atmosphère les absorbe. Il faut donc, d'une part, une source lumineuse spéciale artificielle, pour les obtenir, et, d'autre part, des substances transparentes pour les laisser passer.

C'est ainsi que les sources les plus parfaites sont, au point de vue théorique, l'étincelle d'induction entre des électrodes d'aluminium, et, au point de vue pratique, le faisceau lumineux de la lampe à arc à électrodes de charbon, et surtout la luminescence du mercure, désagrégé au pôle négatif par un courant électrique. C'est ce dernier procédé qui est employé dans la lampe à mercure de Kromayer, que nous allons étudier.

Quant aux substances que ces rayons traversent, ce sont le quartz, le spath fluor, le sel gemme, et certains verres tels que le verre Uvio l

(qui n'est opaque que pour les rayons de très grande longueur d'onde).

Il est nécessaire également de connaître les substances que ne traversent pas les rayons ultra-violets, car leur action très dangereuse nécessite une protection efficace pour l'observateur ; ce sont l'étain, métal absolument opaque aux rayons ultra-violets, le picrate d'ammoniaque, le celluloïde, et le verre ordinaire, sous une épaisseur minima de 18 millimètres. Mais ce sont les verres « Euphos n° E » qui assurent la protection la plus parfaite de l'œil ; ils arrêtent tous les rayons ultra-violets, et préservent par conséquent, en actinothérapie, l'œil de l'opéré et de l'opérateur, sous une faible épaisseur ; ils évitent aux ouvriers travaillant dans les usines de soudure électrique les accidents graves du fond de l'œil (Terrien) et tout au moins les douleurs intenses qu'ils provoquent.

La lampe employée actuellement en thérapeutique comme source de lumière ultra-violette est celle de Kromayer. Elle est essentiellement composée d'un tube en cristal de roche fondu (quartz) contenant du mercure et dans lequel on fait le vide. Deux électrodes en platine y arrivent ; ce tube est entouré d'une enveloppe de quartz et d'une boîte métallique où circule un courant d'eau froide, qui assure le bon fonctionnement de la lampe, la désagrégation du mercure à la cathode donnant, en effet, une température énorme à laquelle le verre se liquéfie. Le courant nécessaire au fonctionnement de cette lampe est un courant continu de 110 à 140 volts et de 3 à 5 ampères. Le prix de cette lampe avec tous ses accessoires, prise de courant, résistance, etc., est de 700 à 800 francs.

Il existe trois variétés de rayons ultra-violets dont les *propriétés thérapeutiques* diffèrent. En effet, si l'on examine le spectre, on voit après la raie violette, qui est d'une longueur d'onde de 0 μ 3660 microns, trois zones :

La zone A, composée de rayons de longueur d'onde petite ;

La zone B, composée de rayons de longueur d'onde moyenne ;

La zone C, composée de rayons de longueur d'onde extrême, au-dessous de 0 μ 2.550. Les rayons de cette dernière zone sont arrêtés par un verre spécial, dit verre Uviol, construit par la maison Schott d'Iéna ; ils ne sont pas utilisés en thérapeutique, car ils sont très nocifs.

***

Les rayons de la lampe de Kromayer possèdent des propriétés thérapeutiques très utiles ; cependant, si l'on pense qu'après un contact d'une seconde avec la peau saine, ils donnent un érythème précis et que, si l'on modifie soit la distance, soit l'intensité de la lampe, ils donnent des brûlures profondes et particulièrement douloureuses — on se rend compte de l'instrument effroyable qu'ils peuvent entre des être mains inhabiles. Aussi n'est-il pas inutile de dire comment *on peut les doser.*

Le principe du dosage des rayons ultra-violets se fait d'une façon analogue à celui des rayons X, c'est-à-dire par le virage d'une substance chimique. Les rayons X font virer le platino-cyanure de baryum, les rayons ultra violets font virer le ferrocyanure de potassium. C'est aussi à Bordier, qui a fait le chromo-radiomètre, que l'on doit le chromo actinomètre.

Cet appareil se compose schématiquement d'une plaque d'aluminium sur laquelle se trouvent sept carrés de papier colorés de sept teintes différentes, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6. La teinte 0 correspond à l'unité, qui elle-même correspond à une exposition de cinq secondes.

La teinte	1 correspond à une exposition de		10''
—	2	—	20''
—	3	—	30''
—	4	—	1'
—	5	—	2'
—	6	—	3'

Lorsqu'on fait un traitement, on recouvre la région d'une feuille d'étain, inactinique (l'étain étant complètement opaque aux rayons ultra-violets), et on y pratique une fenêtre de la dimension de la lésion à soigner ; de cette façon tout le reste de la région est protégé. Sur cette plaque d'étain on colle un morceau de papier buvard imprégné de la solution de ferrocyanure de potassium et on fait passer la lumière ; au bout d'un certain temps, on rapproche ce morceau de papier buvard de la plaque d'aluminium où sont les couleurs étalons, et l'on voit à laquelle de ces couleurs correspond le virage du papier buvard indiqué.

Le diagnostic aura été fait auparavant de l'unité à faire absorber au malade ainsi qu'il est pratiqué pour les rayons X. Ainsi pour l'acné ponctuée on atteindra la teinte 3, c'est-à-dire exposition de 30'' à 3 cent., pour l'acné rosacée, la teinte 5 ou 6, c'est-à-dire 2' ou 3'.

Il faut savoir que si la lampe de Kromayer émet en très grande quantité des rayons ultra-violets, elle donne aussi, mais seulement jusqu'à 25 ou 30 millimètres de distance devant la fenêtre de quartz, une très faible quantité de rayons calorifiques. Suivant la distance à laquelle on se mettra de la lampe, on devra, ou non, compter sur des effets calorifiques, en supplément de l'action actinique. On pourra donc faire soit des *applications à distance*, purement actiniques, — soit des *applications au contact* actiniques et calorifiques.

Les premières seront réservées aux lésions superficielles et à grande étendue ; les radiations sont en effet absorbées par le sang des capillaires, et leur action, superficielle par conséquent, sera celle de choix pour l'*acné*, le *sycosis*, la pelade.

Les secondes seront réservées aux lésions profondes (*lupus tuberculeux, ou érythémateux, certaines acnés*) ; car non seulement elles seront également calorifiques, mais encore, déterminant par suite de la pression locale de l'appareil, une ischémie superficielle, chassant des régions superficielles le sang qui absorbe les radiations, elles per-

mettront une action plus profonde, comme aussi plus complète que celles-ci.

***

Les *lésions soignées* spécialement par la lumière sont le lupus, l'acné et en général les inflammations chroniques de la peau.

Ces lésions étaient jusqu'à présent l'apanage de la radiothérapie ou de la *finsenthérapie*.

Cependant le lupus tuberculeux, le lupus érythémateux, tous deux souvent rebelles aux *rayons X*, les nævi vasculaires plans de grande étendue, l'acné sous toutes ses formes, ponctuée, miliaire, pustuleuse, etc., cèdent rapidement aux radiations ultra-violettes. De plus, quelle que soit la dose, les rayons ultra-violets ne produisent jamais d'alopécie, ni de réactions à distance comme avec les rayons X, ni de résidu dans la peau amenant des radiodermites chroniques. La réaction est plus douloureuse, mais elle est instantanée et ne détermine de nécrose que si le dosage a été mal fait, et encore cette nécrose est-elle moins grave que celle due aux rayons X.

La lumière ultra-violette est également de 50 p. 100 plus énergique et plus rapide que la *lampe Finsen*, et son effet profond est de trois à cinq fois supérieur.

Un « lupus squamosus » de la face avait été traité douze fois par des séances de finsenthérapie, sans résultat, il fut complètement guéri par trois applications de la lampe de quartz. (Kromayer, *Deutsch. Med. Wochens.*, 1906.)

De plus, la durée pour chaque traitement n'est que le tiers ou le cinquième de celle de la lampe de Finsen.

La lampe de quartz consomme 50 à 75 fois moins de lumière et de courant que celle de Finsen, 3 ampères contre 20 ampères.

Enfin elle permet de soigner des surfaces très étendues, puisqu'on peut soigner à *distance*, tandis que la lampe à arc ne peut traiter que par *contact*, et par conséquent des surfaces très restreintes.

***

Quant à l'*action* des rayons ultra-violets sur les tissus, elle varie suivant l'état de ces derniers: une peau saine ne réagit pas comme une peau psoriasique ou eczémateuse. En tous cas, on peut aller doucement pour débuter, et ne commencer que par des séances de 20" à 30". D'après Bordier, la réaction commence quelques heures après l'application : l'épiderme se soulève et, donne l'aspect de la vésication à la cantharide; puis il se détache en croûtelles jaunâtres, et tout rentre dans l'ordre sans laisser ni trace, ni cicatrice. Une séance suffit en général. Bordier préconise une pommade cocaïnée pour calmer le prurit, ou bien des lavages à l'oxycyanure de mercure à 0,40 pour 1000.

Etant donné que tout ce qui est rouge, étoffes ou peau ou inflammations sous-cutanées, soit anciennes, soit naissantes, donne une coloration violet noir intense sous l'influence de la lumière ultra-violette (privée de lumière rouge), les rayons ultra-violets, dits Bidou, permettent encore de déceler à l'avance des éruptions cutanées naissantes ou anciennes ; *c'est là encore un précieux procédé de diagnostic.*

DERMATOLOGIE

Le régime dans le psoriasis,

Par le Dr René Martial.

A la suite des travaux de Duncan Bulkley, parus au cours des dix dernières années, et de ses communications dans les Sociétés savantes et les Congrès, il est devenu indéniable, aux yeux de la plupart des dermatologistes, que le régime alimentaire doit jouer un grand rôle dans le traitement du psoriasis.

Nous avons vu et traité un assez grand nombre de psoriasiques, par les divers moyens thérapeutiques usités en France, toujours avec le même succès immédiat, presque toujours avec la même récidive précoce ou tardive. Les psoriasiques sont des malades qui connaissent tous les dermatologistes de France — quelques-uns mêmes d'Europe — qui ont essayé tous les traitements et qui, après des durées de guérison plus ou moins longues — quelquefois très longues, des années, reviennent à leur premier dermato-thérapeute, pour recommencer la série.

Ce ne sont pourtant pas les moyens qui manquent : goudron, huile de cade, chrysarobine, acide salicylique, sulfate d'alumine, résorcine, rayons X, bains de toute nature, etc., etc. Le régime diététique n'est-il qu'un moyen de plus ? Oui et non. Oui, car même après des mois d'un régime exactement suivi on voit la maladie reparaître lorsqu'on le cesse. Non, parce que les observations de Duncan Bulkley et de ceux qui après lui ont employé le régime végétarien, révèlent une manière d'être de la maladie qu'on ne soupçonnait peut-être pas auparavant, et semblent ouvrir une nouvelle voie aux chercheurs.

On ne sait qu'une chose de certaine sur le psoriasis, c'est qu'on se perd en conjectures sur sa véritable nature. Toutes les hypothèses ont été émises par les plus notables dermatologistes, aucune n'a été reconnue exacte pour si ingénieuse qu'elle soit. L'influence étonnante du régime sur la maladie en période d'état fait penser à une analogie possible, au moins cliniquement avec d'autres affections cutanées qui, comme l'acné, la couperose, certains eczémas, certains prurits, sont de toute évidence influencés par le régime et semblent être en relation avec des troubles internes. Peut-être le psoriasis n'est-il qu'une dermatose sous la dépendance étroite des fonctions de

digestion et d'assimilation. Des malades soumis de longs mois au régime ont « blanchi », selon le terme consacré et pittoresque, entièrement et sont demeurés indemnes non seulement aussi longtemps qu'ils ont suivi le régime, mais encore plusieurs mois après — mais finalement, comme ils ne suivaient plus du tout le régime, le psoriasis a réapparu. Mais il est de toute évidence, d'après ce que nous avons vu, que les malades qui combinent le traitement interne (régime) avec le traitement externe (pommade chrysophanique, par exemple) demeurent bien plus longtemps guéris que les autres. Et ce fait a une grande importance, car dans la plupart des cas, les grands psoriasiques sont des gens qui finissent par se retrancher de la vie du monde, qui ne sortent plus, perdent leurs relations, de véritables victimes en somme.

Le régime dont il s'agit est le régime végétarien absolu.

J'ai bien présent à l'esprit les cas que j'ai observés et une des choses les plus frappantes, c'est la rapidité avec laquelle l'amélioration apparaît. Au bout de 8 jours déjà, elle est manifeste, même lorsqu'on ne donne au début qu'un traitement externe anodin uniquement destiné à occuper le malade.

L'observation suivante est bien caractéristique.

M. C., 43 ans, employé des postes, marié, sans enfants. Syphilis remontant à 22 ans, père mort subitement à 66 ans, mère 64 ans, bien portante.

Psoriasis ayant débuté il y a 3 mois par des petits éléments siégeant à la face interne des cuisses et au mollet, puis aux bras. En un mois, la presque totalité de la surface cutanée est envahie par des plaques de psoriasis qui confluent ; le cuir chevelu, les tempes sont également envahis.

Des traitements bizarres, comme l'eau de mer, ont été appliqués et ont eu pour résultat d'aggraver le mal, les poussées sont devenues plus fortes, il y a même eu un peu de fièvre, jusqu'à 38°.

Le malade est naturellement maigre, l'appétit est demeuré bon. Comme tous les grands érythro-dermiques il grelotte toujours. Il a une arthropathie douloureuse du pied gauche.

Le 9 mars, on prescrit le régime végétarien absolu ; à l'extérieur, des bains d'amidon et une pommade anodine à l'oxyde de zinc.

Le 16 mars, l'amélioration existe déjà, légère.

Le 23 mars, elle est considérable et véritablement étonnante, les squames se détachent et tombent sur presque tous les points de corps, la rougeur a beaucoup diminué, le prurit est maintenant modéré, les lésions ont diminué d'épaisseur dans la proportion de la moitié ; seules, les jambes sont un peu en retard sur le reste du corps ; la sensation de froid n'est plus si intense ni si constante.

Le 30 mars, le corps est presque nettoyé, les plaques psoriasiques qui restent sont seulement rosées et minces, il n'y a plus de squames, sauf aux jambes. On prescrit alors une pommade légère au goudron pour activer le nettoyage de la peau et, cinq semaines plus tard, le psoriasis a presque totalement disparu.

Néanmoins, le patient continue son régime végétarien, et quatre mois après le début du traitement ne l'avait pas encore quitté. Malheureusement, nous le perdons ensuite de vue.

Les observations concernant des psoriasis anciens sont exactement semblables.

Une fois cependant, j'ai vu le régime végétarien, même combiné à un traitement externe actif échouer après avoir présenté quelques alternatives de succès. Mais il s'agissait d'un psoriasis à poussées aiguës subintrantes et il ne serait peut-être pas inutile d'appeler l'attention du lecteur sur ces poussées aiguës.

Le psoriasis est, en effet, une dermatose qui par sa continuité peut être qualifiée de chronique. Mais, en réalité, elle présente des poussées aiguës, que l'on ne reconnaît pas *toujours* : 1° parce qu'en général elles ne s'accompagnent *pas* de fièvre ; 2° parce que, généralement, le malade consulte *en dehors de ces poussées initiales*. D'ailleurs, les poussées aiguës du *psoriasis ne* sont peut-être même pas reconnues par tous les dermatologistes. Ces poussées sont caractérisées par une rougeur intense des plaques, rougeur qui touche parfois à la nuance lie-de-vin, par la *tuméfaction* de ces plaques, la rapidité et l'intensité de la formation des squames, un sentiment de tension de la peau, un état de malaise général plus ou moins accentué, et quelquefois de la fièvre, 37.5,38. Au niveau des plaques psoriasiques, la température cutanée est notablement augmentée 2, 3, et même 5 dixièmes et cette élévation de température est bien perceptible à la main de l'observateur.

Au moment de ces poussées aiguës, le traitement externe par des préparations actives est inutile, à moins qu'il ne soit nuisible ; j'ai vu une fois, dans un tel cas, chez un grand psoriasique, les espaces de peau demeurés blancs se prendre à la suite du traitement externe intempestif.

Dans ces cas, durant la poussée aiguë, le traitement externe sera représenté par l'application d'une composition simple, calmante, et la poussée sera mieux combattue par le régime végétarien que par tout autre traitement.

Le régime végétarien à prescrire est le régime végétarien absolu, c'est-à-dire que non seulement la viande de boucherie, la charcuterie, la volaille, le gibier, le poisson, seront proscrits, mais aussi les œufs, les fromages, le lait. Seront recommandés : les purées de pois, de lentilles, les purées de haricots, le riz, le macaroni, les nouilles, et permis : tous les légumes en général, ainsi que les fruits, lesquels pourront être mangés crus ou cuits suivant les facultés digestives et les idiocyncrasies du sujet ; le vin en quantité modérée n'est pas défendu. Toutes les fois que le malade l'acceptera, on l'engagera à préférer les plats cuits à l'eau ou à l'étuvée et on lui recommandera l'usage des graisses végétales de préférence à celles de provenance animale. Je ne saurais dire

si le thé doit être permis, mais le café est interdit certainement, ainsi que dans la plupart des dermatoses à poussées inflammatoires. Certes, les premiers jours, ce régime est pénible à suivre, mais, au bout de fort peu de temps, le malade s'en trouve si bien qu'il le suit fort volontiers. Il lui arrive même de s'y habituer d'une manière si complète qu'il ne désire plus manger de viande et suit son régime d'une manière presque indéfinie. Dans ce cas, le psoriasique reste aussi longtemps guéri qu'il respecte son régime. Duncan Bulkley cite des cas où la guérison s'est ainsi maintenue des années.

Quelle que soit la répugnance que doive éprouver, au premier abord, le patient, le praticien fera bien de l'engager à essayer sérieusement ce régime végétarien absolu. Non seulement il se facilitera le besogne au point de vue de la thérapeutique externe, mais encore il obtiendra un succès rapide et la gratitude proportionnelle de son client..., ce qui arrive quelquefois.

CORRESPONDANCE

Toujours l'encombrement médical.

Réponse à la lettre ouverte du Dr Smester (de Paris).

Mon cher confrère

Je vous remercie de l'occasion que vous m'offrez de revenir sur ces questions de l'*encombrement* et de la *limitation*, que l'impérieuse nécessité de venir à bout d'un ordre du jour trop chargé n'a pas permis au dernier Congrès des Praticiens de traiter avec l'ampleur qu'elles méritent. Le prochain Congrès les discutera avec tous les documents et tous les développements que comportent des questions aussi importantes.

Je ne vous chicanerai pas sur les chiffres jadis exacts, et qui ne le sont plus, du nombre des médecins et de la population de mon département. On n'y compte pas, ainsi que vous le dites, un peu plus de 100 médecins, dont 92 en exercice pour une population de 355.000 habitants. Nous sommes plus de 120 médecins, dont 110 exercent, pour 333.000 habitants, défalcation faite de 10.000 militaires ou assimilés des établissements de la Guerre —, soit en moyenne un médecin pour 3.000 habitants, et non pour 3.860, comme vous le croyez. La différence — près d'un quart — mérite qu'on la signale.

Mais, je veux dire un mot de la statistique que vous avez fait distribuer à l'issue des séances du Congrès, et qui paraît être le document capital sur lequel vous vous basez pour conclure que l'encombrement médical n'existe pas et qu'il y a plutôt mauvaise répartition que pléthore proprement dite.

D'après cette statistique, sur 85 départements au sujet desquels vous possédez des renseignements précis, le nombre des médecins aurait augmenté dans 43, diminué dans 38, serait resté stationnaire dans 4. Vous vous êtes servi, pour faire votre comparaison, des années 1866 et 1910. Or, personne n'ignore que le nombre des officiers de santé était considérable sous l'Empire, et qu'il n'est pas possible de les assimiler, comme vous le faites, aux docteurs en médecine d'alors et de maintenant, pas plus au point de vue de la valeur professionnelle et de la capacité d'exercice qu'à tout autre point de vue : rayon d'action, honoraires, besoins, etc.... Il s'agit d'*espèces différentes* ! votre comparaison n'est pas valable.

Mais si, me basant sur les chiffres de votre statistique, j'établis à mon tour une comparaison entre les années 1890 et 1910, je trouve que le nombre des médecins a *augmenté dans* 77 *départements*, diminué dans 6, est resté stationnaire dans 2. Et, si je pousse la comparaison entre les années 1900 et 1910, je trouve que le nombre des médecins a *augmenté dans* 83 *départements* et est resté stationnaire dans 2. *Il n'a diminué nulle part.*

Le voilà bien l'encombrement ! car je ne sache pas qu'en 1891, ou en 1900, la France ait manqué de médecins. Et depuis sont venus le téléphone et l'auto. De 1900 à 1910, le nombre des médecins a augmenté de plus de 3.000, et la progression est de plus en plus rapide. Un fait symbolise parfaitement la situation du corps médical français : dans mon département, pour 8 médecins qui se sont retirés ou sont morts, 20 jeunes confrères se sont installés, *depuis trois ans* !

Je n'insiste pas plus longuement sur vos chiffres, dont il est facile de tirer des conclusions contraires à celles que vous en tirez vous-même. Mais je veux m'élever avec la plus grande énergie contre les assertions de votre lettre du 1er mai, dans laquelle vous dites :

« Il n'y a pas de population, si pauvre soit-elle, « qui ne puisse donner en moyenne dix francs par « an, et par habitant (à ses médecins) ; pas même « celle des Basses-Alpes, classée 81e dans l'é- « chelle de la richesse nationale ». Et vous ajoutez : « Comme votre population est de 355.000 « habitants, c'est donc un extrême minimum de « 3.555.000 francs, par an qu'elle doit donner « en moyenne à ses 92 médecins actifs, ou 38.600 « francs par an et par médecin ». Il est vrai que vous dites aussitôt : « Mettons cinq francs par an « et par habitant, en moyenne, c'est encore « 19.300 francs par médecin et par an ».

Des clientèles rurales de 38.600 francs... ou de 19.300, et qui ne sont, l'une ou l'autre peu importe, qu'un extrême minimum ! Des clients qui *doivent* rapporter tant !

Nos honoraires sont-ils donc devenus un impôt de répartition ou de capitation qui doit produire tant par clientèle et tant par client ? Ou bien sont-ils restés, hélas ! la juste rétribution que nous demandons à nos malades, proportionnellement aux soins que nous leur avons donnés ?

Et d'autre part, sur quels éléments établissez-vous ces chiffres que vous faites passer du double au simple sans motif, sans raison, sans base, sans autre préoccupation que celle de *rechercher un terrain de discussion.*

Vous n'avez jamais considéré cette question de

l'encombrement sous son vrai jour. Vous n'avez pas compris l'intérêt poignant qu'elle a pour tant de médecins. Vous n'y avez vu qu'un sujet d'études ou de conférence, une sorte de distraction de l'esprit, et vous avez pris position, *à priori*, sans vous être donné la peine de vous renseigner sur ce qu'il y a de fondé, hélas ! dans les doléances des praticiens, de ceux de province comme de ceux de Paris. Et vous n'avez pas eu l'intuition du mal que vous pouviez faire à ces confrères en jetant dans le débat le poids de vos assertions de fantaisie et de vos chiffres à tout faire !

Ce que rapporte la clientèle. Il est difficile de l'apprécier, les conditions d'exercice variant suivant les régions, d'une localité à la localité voisine, et dans la même localité, d'une clientèle à l'autre. Mais il est certain que vos chiffres sont beaucoup trop élevés.

Quant à ces 10.000 francs « qu'il faut pour « qu'un médecin puisse honorablement vivre », combien de vos confrères doivent se contenter de moins ! La moitié d'entre eux ne les touchent pas. pas même le quart, pas même ... mais je n'ose le dire. Vous en doutez-vous ?

Au surplus, laissez là vos statistiques et vos études, qui ne vous ont rien appris, malgré les longues années que, dites-vous, elles vous ont coûtées. Descendez de votre tour d'ivoire, et partez... partez faire une vaste enquête. Allez dans les campagnes, allez dans les villes, petites et grandes, informez-vous à Paris même. Quand on connaîtra le motif de vos questions, on vous répondra, ou vous fera des confidences. Ensuite, mais ensuite seulement, vous pourrez vous faire une opinion, et cette opinion ne sera pas, j'en réponds, celle d'aujourd'hui. C'est le cœur plein de tristesse que vous reviendrez de votre enquête, après avoir constaté la distance qu'il y a de la réalité de la situation à la fiction de vos statistiques.

Et je ne doute pas qu'avec la loyauté et la haute conscience qu'on se plaît à vous reconnaître dans le corps médical parisien et dont la réputation s'étend jusqu'en province, vous n'envoyez au diable vos études, et que, mieux informé, vous ne deveniez, avec l'autorité dont vous jouissez, le défenseur de ces confrères, ruraux et parisiens, dont vous avez trop longtemps méconnu la situation et dont vous avez failli compromettre la cause.

Y a-t-il donc « quelque chose qui cloche » dans la profession médicale ? Eh, oui, mon cher confrère, et ce quelque chose, qui n'est pas spécial à ma région, croyez-le bien, ne vient pas que d'une mauvaise entente des médecins, d'un débordement d'exercice illégal, ou de mutualités, de l'avilissement des honoraires, etc... Dans mon département, par exemple, nous sommes 101 syndiqués, nous avons commencé à élever nos tarifs, il y a trois ans, et nous n'avons pas plus de S. S. M. ou de guérisseurs : rebouteurs, curés, sœurs, etc., qu'ailleurs.

Ce « quelque chose », c'est la clientèle qui ne *donne* pas. Elle ne nous appelle pas assez, parce que nous sommes trop nombreux, et nous sommes trop nombreux, non pas seulement parce qu'il *y a trop de médecins*, mais aussi parce qu'il n'y a *pas assez de malades*.

La prophylaxie et l'hygiène ont atténué la fréquence et l'intensité de la morbidité. Les maladies aiguës et contagieuses : rougeole, scarlatine, pneumonies, typhoïdes, etc..., deviennent de plus en plus rares, de plus en plus bénignes — je ne m'en plains pas, je constate —; quant aux maladies chroniques, diathésiques, etc..., leur traitement échappe trop souvent à l'intervention du médecin : la quatrième page des journaux, les brochures à domicile, les visites d'employés de pharmacie venant prendre chez leurs clients les commandes pour les maladies actuelles ou.... à venir, etc.., offrent à la clientèle, un choix de médications aussi variées qu'inefficaces, mais qui ont leur faveur en raison de leur apparente économie — pas de visite de médecin à payer.

Dans les branches de ce formidable étau : augmentation du nombre des médecins, diminution de celui des malades, le corps médical est pris ; il sera broyé si l'on ne vient pas promptement à son aide. La situation se complique d'ailleurs gravement de l'augmentation progressive des dépenses. L'entente confraternelle ira diminuant, l'action syndicale se désorganisera, à mesure qu'augmenteront les difficultés de la profession. *Quand il n'y a pas de foin au râtelier, les chevaux ruent.*

Voilà la vérité, mon cher confrère, voilà la situation. Et je ne parle pas au nom de mes confrères voisins seulement, je parle au nom de tous les praticiens ruraux et urbains, aussi bien de ceux qui sont les victimes de l'encombrement que de ceux qui n'en ont pas encore souffert ; le jour viendra, en effet, où ils en pâtiront, eux aussi, et ils seraient bien aveugles de se désintéresser d'une situation qui, si elle n'est désespérée que pour quelques-uns, est grave pour beaucoup et menaçante pour tous.

C'est pourquoi je suis intervenu à la séance du 8 avril et que, d'accord avec mes confrères Bertillon, Campinchi et Lafontaine, j'ai déposé sur le Bureau du Congrès un ordre du jour dans lequel nous demandions l'étude approfondie, par le prochain Congrès, de l'encombrement, et des remèdes qu'il convient d'y apporter *après consultation préalable des associations professionnelles.*

Nous avons voulu mettre en mouvement la masse du corps médical, après lui avoir montré qu'on s'occupait d'elle. Nous avons voulu provoquer son opinion sur la question qui, par son importance, prime à ses yeux toutes les autres, et nous avons voulu que cette opinion *pèse* sur les décisions de la prochaine Assemblée. Vous verrez, en effet, mon cher confrère, que les réponses des Syndicats prouveront que je n'ai rien exagéré, que le mal, déjà si grand, progresse chaque année, et qu'il ne suffit pas, pour y remédier, de le nier ou de lui appliquer d'insuffisants palliatifs.

Les praticiens ont donné leur concours sans marchander pour des questions qui n'intéressaient le plus grand nombre d'entre eux que d'une manière indirecte ou rétrospective : agrégation, réforme de l'enseignement, des hôpitaux, etc... Ils ont ainsi prouvé que leur action n'avait d'autres mobiles que la solidarité professionnelle et l'intérêt du public. De ce fait, le corps médical a gagné en autorité.

Mais, à s'occuper exclusivement de ces questions, dont l'intérêt paraît à beaucoup d'entre nous — ce n'est pas mon avis — purement spéculatif, nos Congrès auraient tôt fait de tomber en défaveur auprès du gros public médical, il y aurait d'abord désaffection et puis divorce entre l'élite et la masse des praticiens. Ce serait très fâcheux pour bien des motifs : le premier serait la disparition prochaine, dans l'indifférence générale, de ces Congrès dont les raisons d'être sont nombreuses et puissantes.

Il faut donc que les confrères distingués, que ces questions ont seules intéressés jusqu'à ce jour, et dont la valeur professionnelle et le grand talent oratoire ont jeté sur nos assemblées un éclat si remarquable, il faut que ces confrères, qui ont donné aux travaux de ces Congrès leur orientation actuelle, prêtent à leur tour aux simples praticiens que nous sommes leur concours dévoué pour des réalisations pratiques.

Par une action synergique, s'étendant synchroniquement aux buts différents qu'elles poursuivent, l'aristocratie et la démocratie médicales doivent rechercher l'amélioration, le perfectionnement de la profession, non pas seulement dans ce qu'elle a de théorique : l'enseignement, mais aussi dans ce qu'elle a de pratique : l'exercice. N'oublions pas, en effet, que nous sommes avant tout des praticiens.

Vous voulez réformer l'enseignement de la médecine ; nous voulons améliorer les conditions de son exercice. Vous voulez élever le niveau des études ; nous voulons pouvoir vivre honorablement de notre profession. C'est d'autant plus légitime que les médecins limitent d'eux-mêmes leur champ d'action par la lutte incessante contre la contagion, contre la maladie. Il est juste qu'en échange, la clientèle et l'Etat leur assurent une situation convenable, l'une en leur donnant des honoraires suffisants, l'autre en les mettant à l'abri d'une concurrence dont le public pourrait être la victime, la médecine étant tout le contraire d'une profession commerciale.

Préparons donc *ensemble* et *en même temps* une réforme complète qui nous donne satisfaction à tous, et au public par-dessus le marché.

Faisons l'enseignement plus pratique, et faisons-le donner par les plus capables, mais aux seuls élèves qui peuvent être instruits efficacement. Perfectionnons l'éducation professionnelle de nos futurs confrères, mais *limitons leur nombre à la capacité d'enseignement de nos Ecoles, capacité calculée sur les besoins réels du pays.*

Ainsi effectuée, la réforme se tient ; elle est logique, rationnelle, complète. Elle donne satisfaction à tous, et elle peut cimenter, sur l'intérêt bien compris du public, l'union sincère, profonde, féconde aussi, du corps médical tout entier.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr Prunet (Jars).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les étapes de la conversion au projet de concours à l'entrée des Facultés de médecine.

La discussion de la limitation au récent Congrès des praticiens, la lecture des rapports et de différents articles parus dans les journaux médicaux, en particulier dans le *Concours*, m'ont démontré que la plus grande confusion régnait sur ce sujet dans l'esprit du corps médical. Les raisons en sont multiples. Tout d'abord la question de la limitation peut être envisagée, et le fut effectivement à différents points de vue : théorique et pratique, en elle-même, et dans ses conséquences. D'autre part on ne peut la traiter sans toucher à des questions très vastes et très complexes : organisation des études médicales et de l'exercice de notre profession. Bien souvent aussi les auteurs n'ont envisagé qu'un côté de la question et se sont livrés à des généralisations hâtives et injustifiées. De leur côté, les membres du Congrès des praticiens se trouvaient dans des états d'esprit très différents. Quelques-uns n'avaient jamais entendu parler de la limitation ou du moins n'y avaient jamais réfléchi. Beaucoup d'autres ne s'étaient pas donné la peine d'un examen complet. Ils s'étaient arrêtés à des opinions préconçues, adoptées au hasard. Se contentant de vaines récriminations, d'inutiles lamentations ou d'arguments sonores mais creux, ils niaient les faits les plus évidents. D'autres enfin, faisant abstraction de toute sentimentalité déplacée, de toute hypothèse gratuite, ne se décidaient que d'après l'observation exacte des faits et les règles formelles de la logique et du bon sens, le tout sous le contrôle rigoureux et infaillible de l'expérience. Ceux-là, dont le nombre, infime autrefois, va toujours en croissant, après avoir passé plus ou moins rapidement par les étapes que je viens d'indiquer, sont arrivés à cette conclusion que le concours à l'entrée des Facultés de médecine est le seul moyen de remédier à l'encombrement de notre profession et à l'avilissement matériel et moral qui en résulte.

Il m'a semblé qu'il y avait lieu pour apporter quelque éclaircissement dans ces questions et sans reprendre des arguments déjà ressassés, de préciser les étapes en présentant quelques considérations nouvelles.

Je laisse de côté les rares esprits paradoxaux qui continuent à nier l'encombrement. Paris tout entier serait sous l'eau, ils affirmeraient qu'il n'y a pas d'inondation tant que le sommet de la Butte Montmartre émergerait. Inutile de discuter avec eux. Il est bien plus intéressant d'examiner ce qui se passe dans l'esprit des médecins à qui l'on parle pour la première fois de concours à l'entrée des Facultés de médecine. La première impression, je l'avoue franchement, est absolument hostile.

Cela n'a jamais été fait, pensent-ils tout

d'abord. On n'avait même pas idée que cela pouvait se faire. Ce serait contraire à la liberté ! Notre profession perdrait par là son caractère libéral ! !

Des arguments victorieux ont depuis longtemps été opposés à ces objections. Je ne m'y attarderai pas dans le *Concours*, dont la plupart des lecteurs ont sans doute franchi cette étape depuis longtemps, mais il faut bien le reconnaître, cette répulsion si marquée n'est pas due simplement à la routine, au misonéisme. Elle a une cause plus sérieuse, plus profonde. Elle est due surtout à l'opposition complète, à la contradiction absolue qui existent bien réellement entre les idées évoquées dans nos esprits par le mot Faculté, et celle qu'y suggèrent les mots concours, limitation.

Depuis leur origine, les Facultés sont des institutions destinées à répandre le plus abondamment possible dans l'intérêt général les bienfaits d'une haute culture littéraire et scientifique. Jusqu'au début du 19e siècle, les Facultés de médecine ne différaient pas sensiblement des autres Facultés. Aujourd'hui, grâce aux belles découvertes qui depuis un siècle ont si complètement et si heureusement transformé la médecine, le parallélisme existant entre les diverses Facultés a disparu. Celles de Droit ou de Lettres n'ont pas subi de changements essentiels, celles de Médecine, pour donner à leurs élèves l'instruction technique devenue nécessaire ont dû, bon gré, mal gré, se transformer en écoles techniques.

Cette transformation effectuée peu à peu, sous la pression des circonstances, n'a pas été aussi complète ni aussi parfaite qu'il aurait fallu. S'y opposaient d'abord la tradition, puis aussi ce fait que nos Facultés, tout en se transformant partiellement en écoles techniques, voulaient quand même et avec raison rester Facultés. Double rôle difficile à remplir.

Dans la Faculté, foyer de progrès scientifique, la liberté la plus entière doit régner ; dans l'école professionnelle, il faut au contraire faire appel à l'autorité, à la réglementation. Cette distinction n'a pas toujours été observée. C'est ainsi que le Dr Lafontaine, critiquant le décret du 11 janvier 1909, dit que cette réforme est orientée non vers la liberté, mais vers l'autorité. C'est très vrai. Il s'en afflige et moi je m'en réjouis. Pour trouver ce décret parfait, je ne demanderais que d'y voir ajouter le concours d'entrée. Nous aurions alors sous le nom de Faculté, mais peu importe le nom si l'on s'entend sur la chose, nous aurions alors une organisation d'école, à peu près semblable aux autres grandes écoles, à l'Ecole centrale en particulier. La liberté indispensable au progrès de la science n'a rien à voir avec l'étude des éléments de la science.

Continuant sa critique du même décret, le Dr Lafontaine fait remarquer l'impossibilité matérielle de l'appliquer à Paris par suite du trop grand nombre d'étudiants. Ceci encore est très vrai. Si l'on veut établir une organisation d'école, il faut commencer par en établir la base, qui est le concours d'admission, afin de n'admettre qu'un nombre d'élèves en rapport avec les ressources en matériel et en personnel de cette école, afin aussi, dans le cas où le nombre des candidats dépasse celui des places disponibles, de n'accepter que les meilleurs. Il est bien entendu d'autre part que les ressources en matériel et en personnel ont dû être calculées en vue des besoins à pourvoir.

En un mot, le concours n'est pas logique dans une organisation de Faculté, il est la base de l'organisation d'une école professionnelle telle que devraient être celles où l'on forme des médecins praticiens.

J'ai cru nécessaire d'insister sur cette considération parce que l'obstacle si formidable à première vue qui se dresse à l'entrée de la route conduisant au but : limitation par concours, se trouve ainsi complètement supprimé. C'est la première étape. Elle est importante. Continuons notre route et voyons si les autres obstacles, qu'on nous signale comme également formidables de loin, ne s'évanouiront pas à leur tour quand nous les examinerons de près.

Le concours n'est plus considéré comme inadmissible en principe, reste à savoir si nous sommes dans la bonne voie, c'est-à-dire si nous arriverons bien par là au but, ou si quelque autre chemin ne nous y conduirait pas plus surement.

Le Dr Wicart a produit au Congrès des Praticiens une profonde impression sur les nombreux confrères qui en sont encore à cette étape par l'argument suivant :

Le concours aura pour résultat de faire créer des circonscriptions médicales et d'entraîner notre fonctionnarisation. Or cette hypothèse est très désagréable à la plupart des médecins, très justement jaloux de leur indépendance.

Le Dr Delpeut, après bien d'autres, avait cependant dit dans son rapport que le concours n'entraînait nullement comme conséquence nécessaire la fonctionnarisation et il avait donné comme exemples typiques l'Ecole centrale ou les Ecoles vétérinaires.

Les membres du congrès avaient sans doute oublié ce passage du rapport.

D'ailleurs si la discussion, malheureusement écourtée, avait pu prendre l'ampleur qu'elle méritait, on aurait certainement précisé l'objection et on aurait dit au rapporteur : Si le nombre des médecins est limité au strict nécessaire, les villes seront encombrées quand même, les campagnes par suite seront abandonnées.

L'intérêt de la santé publique obligera le gouvernement à intervenir, et il le fera comme nous venons de le dire en créant des circonscriptions, en décidant par exemple que dans tel canton il y aura 2 médecins, dans telle petite ville 4, dans telle autre plus importante 10. Admettons pour le moment cette situation. Comment les choses se passeraient-elles. On peut, comme l'indique le Dr Duchesne dans le numéro du *Concours* du 1er mai, concevoir deux systèmes. Dans le premier, le médecin serait un fonctionnaire au sens propre du mot, il serait vis-à-vis

de la population civile ce que le médecin militaire est aujourd'hui vis-à-vis des soldats, et le Dr Duchesne écarte d'emblée ce système avec raison. Dans un autre système, le rôle du médecin vis à-vis de ses clients serait semblable à celui des officiers ministériels, notaires, avoués, etc. Une fois installé dans un poste, il s'y ferait la situation que lui mériteraient son savoir, son activité, son savoir-faire, etc.

Et après avoir si nettement esquissé la situation, le Dr Duchesne la déclare impossible, inacceptable, comme contraire à la liberté de confiance. Le Dr Duchesne semble croire que chaque notaire a une circonscription dans laquelle il est seul à pouvoir exercer. C'est une erreur absolue, le client est libre de choisir n'importe lequel des notaires de son canton ; il n'y en a jamais moins de 2, ou de son arrondissement, il n'y en a jamais moins de 4 ou 5 ; il peut même en sortir pour aller ailleurs, mais je reconnais que cela est plus difficile. Trouvez-vous qu'il n'y a pas assez de liberté.

Alors c'est que vous voulez la liberté illimitée, c'est-à-dire l'anarchie.

C'est au nom de cette conception de la liberté sans limite qu'on a repoussé le concours d'entrée, qu'on a repoussé les examens définitivement éliminatoires et qu'on arriverait logiquement au libre exercice de la médecine. Mais cette conception de la liberté n'étant pas celle du Dr Duchesne, je ne comprends pas du tout la portée de son objection.

Que deviendrait dans ce système l'indépendance du médecin ? Elle serait entière, absolue, bien plus qu'elle ne l'est aujourd'hui. Combien de cas ne connaissons-nous pas où le médecin, pour s'être permis d'avoir des idées politiques autres que celles du parti à ce moment au pouvoir, a été révoqué de fonctions qu'il remplissait très consciencieusement. La petite correspondance du *Concours* est remplie de faits de ce genre. Le Dr Noir faisait tout récemment remarquer combien il était difficile sinon impossible de remédier à cet état de choses. Souvent l'administration ne daigne pas répondre aux réclamations des Syndicats ou bien elle trouve des prétextes plausibles dans de soi-disant négligences de service. Or la situation du notaire, qui ne peut être révoqué, à qui on ne peut susciter de nouveaux concurrents, est certainement beaucoup plus stable, plus solide ; son indépendance est bien plus entière.

Donc le système de circonscriptions médicales n'entraîne pas du tout comme conséquence nécessaire la perte de l'indépendance du médecin ; mais il y a plus, ce système de circonscriptions n'est pas en lui-même une conséquence du concours. Il pourrait être une conséquence de la diminution du nombre des médecins, cela est vrai, mais les adversaires du concours reconnaissent nécessaire cette diminution et diffèrent d'avis avec nous seulement sur le moyen à employer : examens au lieu de concours.

Ou les examens seront inefficaces et ils ne produiront pas la diminution désirée, ou ils seront efficaces, ils produiront la diminution, mais celle-ci entraînera les conséquences si fâcheuses d'après vous dont nous venons de parler.

Donc il n'y a pas lieu d'opposer à ce point de vue les dangers du concours aux avantages des examens.

D'ailleurs, est-ce bien la peine de discuter longuement une hypothèse qui ne se produira pas, si jamais elle se produit, avant 40 ou 50 ans. Cette dernière considération fort importante paraît jusqu'ici avoir été oubliée.

Quand les effets du désencombrement commenceront-ils à se produire en supposant des mesures efficaces appliquées dès aujourd'hui ?

Quand y aura t-il lieu de craindre que les habitants des campagnes soient privés de soins médicaux. Ce n'est évidemment pas de sitôt. Aujourd'hui les campagnes sont partout suffisamment pourvues de médecins, et en bien des endroits surabondamment, et ces médecins sont pour la plupart des jeunes. D'autre part les écoles et facultés de médecine regorgent d'étudiants qui, quoi qu'on dise ou qu'on fasse, seront à peu près tous reçus docteurs d'ici 8 ou 10 ans. Et on peut dire sans exagération que vers 1920 le nombre des médecins sera très vraisemblablement le double de ce qu'il était 30 ans auparavant. Quand même par suite de mesures prises dès maintenant le nombre des nouveaux médecins serait réduit de moitié à partir de 1920, l'encombrement ne subsisterait pas moins jusqu'à ce que la plus grande partie des médecins existant à cette époque aient disparu, c'est à-dire vers 1950 ou 1960.

Que conviendra-t-il de faire à ce moment-là ? Nous n'en pouvons rien savoir puisque cela dépendra des événements accomplis dans l'évolution sociale et que ces événements, nous les ignorons absolument. Donc le péril signalé par le Dr Wicart n'existe pas pour le moment. Il est discutable qu'il se produise un jour, et dans tous les cas la diminution par concours n'y expose pas plus que la diminution par examens.

Or cette diminution par examens est-elle possible, est-elle pratique ?

En théorie, on peut le soutenir, mais l'expérience montre qu'il n'en est rien.

Nous avons entendu au 1er Congrès le professeur Hayem, au 3e, le docteur Ausset, agrégé de Lille, nous dire qu'ils l'avaient essayé, mais qu'ils avaient dû y renoncer.

Aussi le Dr Ausset préconise t-il, comme d'autres avant lui, la création d'un personnel examinateur, distinct du personnel enseignant. Ce pourrait être un progrès, mais sans le concours, cette mesure serait inefficace.

Toutes les tentatives faites dans ce sens depuis une quinzaine d'années ont absolument échoué ; il en sera toujours ainsi, car si vous éliminez en cours d'études un nombre important d'élèves, parmi eux, il s'en trouvera nécessairement quelques-uns de très pistonnés que les examinateurs seront forcés de recevoir, le flot des autres passera par la brèche. L'expérience inverse a été faite et depuis longtemps, plus d'un siècle, dans les grandes écoles. C'est

le concours seul qui leur a permis de maintenir leur niveau, leur prestige.

Et d'ailleurs est-il bien logique de laisser entrer dans une carrière des jeunes gens que vous êtes décidé à ne pas laisser aller jusqu'au bout ? A quoi bon leur faire perdre leur temps, encombrer inutilement les écoles ou facultés ? Ne vaut-il pas mieux pour tout le monde les arrêter au début ?

Le seul argument qu'on oppose est spécieux, mais non convaincant.

Simple épreuve de mémoire, un tel concours ne prouve rien au point de vue des aptitudes médicales. Il ne portera même pas sur des matières médicales. Evidemment. Ce concours sera simplement une épreuve de capacité intellectuelle, c'est-à-dire d'aptitude de la part du cerveau du futur médecin à contenir les innombrables connaissances : anatomie, physiologie, pathologie, etc., etc., nécessaires au plus modeste praticien. Vous me dites : à quoi bon si le cerveau capable de contenir ces notions est incapable de les coordonner, de les mettre judicieusement en usage? Et moi je vous réponds. Arrêtons d'abord au passage ceux dont le concours a montré l'insuffisance de mémoire, de capacité cérébrale. Serait-il vrai que leur jugement, leur bon sens fussent hors de pair, s'ils n'ont pas une mémoire suffisante pour retenir toutes les notions indispensables, jamais ils ne feront de bons médecins ?

Quant aux exceptions, quant à ceux qu'on taxe de psittacisme, ils sont bien plus rares qu'on ne le dit, et les examens ultérieurs les élimineront facilement. Car, je le répète, c'est là le pivot du débat, les examens peuvent bien maintenir le niveau d'une faculté ou école, peuvent bien éliminer quelques jeunes gens, mais ils sont incapables de relever le niveau de cette faculté ou école.

Et ce niveau dépend avant tout du nombre des admis.

C'est donc se leurrer que de compter sur un autre moyen que le concours d'entrée pour arriver à ne conserver que les meilleurs des étudiants et, suivant l'expression du Dr Ausset, « à désencombrer en éliminant impitoyablement les incapables ».

Toutes ces considérations tendent à montrer que la route du concours est la seule qui puisse aboutir au désencombrement. Nous venons d'explorer celle qui prétend y arriver par la voie d'examens plus sévères et nous avons vu que c'était impossible. Nous avons aussi exploré celle du concours et nous avons constaté que les obstacles, les dangers annoncés n'avaient rien de sérieux. Orientons-nous donc franchement vers ce que l'expérience et la logique nous montrent être la bonne direction.

Cependant beaucoup de médecins s'arrêtent encore hésitants, mais j'ai bon espoir qu'ils ne tarderont pas à reprendre la marche en avant dans la bonne voie.

Déjà les progrès accomplis sont considérables et l'orientation des esprits tellement changée que le mot conversion n'a rien d'exagéré.

Rappelons-nous ce qui s'est passé *il y seulement* deux ans, au premier Congrès des Praticiens.

Nous avons vu les congressistes demander que « le nombre des différentes universités provinciales soit augmenté ; qu'on leur accorde les fonds et le personnel nécessaires à leur développement », c'est-à-dire que les impôts déjà si lourds fussent augmentés et qu'aux frais des contribuables, dont nous sommes, l'encombrement dont cependant nous nous plaignons fût encore augmenté dans des proportions indéfinies. Je n'ai pas craint d'écrire dans un article paru dans le *Concours Médical* en 1908 que c'était là de l'incohérence, et, vraiment, il est impossible d'employer une autre expression.

Or pendant ces deux ans les médecins, qui avaient cédé à un entraînement irréfléchi, se sont ressaisis, la logique a repris ses droits et nous avons vu le 3e Congrès émettre le vœu que « le nombre des centres d'enseignement, facultés et écoles, soit diminué».

Dans le même ordre d'idées, le 1er Congrès avait rejeté à la presque unanimité la proposition du Pr Lepage que « tout étudiant refusé 3 fois au même examen fût définitivement éliminé ». Or cette fois, la même proposition a été adoptée sans contestation sérieuse.

Enfin j'attirerai particulièrement l'attention sur le vote des conclusions du rapport Tourtourat : « que le nombre des étudiants admis dans chaque faculté ou école ne dépasse pas sa capacité d'enseignement. » Le corollaire, c'est que si le nombre des candidats demandant à se faire inscrire dans une faculté ou école dépasse celui des places disponibles, et qu'ailleurs il soit inférieur, le concours est le seul moyen de faire une répartition équitable.

Ces propositions sont celles que j'avais données comme conclusions à l'article auquel je viens de faire allusion, aussi je tiens à en préciser la signification exacte. Elle a l'avantage d'offrir une solution logique et non onéreuse à la situation ridicule actuelle d'une faculté telle que celle de Paris, tellement encombrée qu'elle ne peut assurer aux étudiants l'instruction technique nécessaire et malgré cela, les acceptant quand même et plus tard leur décernant quand même le diplôme de docteur.

Au point de vue désencombrement, cette solution est tout à fait insuffisante. Supposons cette mesure appliquée dès aujourd'hui : les jeunes gens refusés à Paris vont se faire inscrire dans les autres facultés, puis dans les écoles secondaires dont la capacité d'enseignement est loin d'être atteinte. Qui empêchera donc ensuite les villes ou les départements sièges de ces facultés ou écoles d'augmenter par de nouvelles dépenses leur capacité d'enseignement. On aurait ainsi amélioré les conditions d'instruction des étudiants mais nullement diminué l'encombrement. Acceptable donc à titre provisoire, comme moyen de faire admettre l'idée de la limitation, du concours, cette mesure n'est encore qu'une étape vers la seule solution logique : concours d'entrée avec nombre d'admis-

sions fixé d'avance pour toute la France. C'est cette dernière solution qui a été préconisée par le Dr Delpeut, dont le projet prête d'ailleurs à de nombreuses et graves objections de détail. Il est inutile et prématuré de les exposer à l'heure actuelle.

Pour le principe en lui-même, je suis d'accord avec le Dr Delpeut. J'en suis depuis longtemps le défenseur. Au dernier Congrès, j'apportais en sa faveur non seulement ma voix, mais celles de tous mes confrères de l'arrondissement de Provins dont j'avais l'honneur d'être le délégué. J'ai constaté à cette occasion et non sans une certaine surprise que les représentants des syndicats de Paris et des grandes villes étaient en général adversaires déterminés du concours et de la limitation, tandis que ceux des syndicats ruraux en étaient en grande partie des partisans convaincus. Cette divergence d'opinion entre Paris et la province n'est pas d'ailleurs bornée à cette question. On l'a bien vu à la réunion des délégués de l'Association générale à propos de la Prévoyance.

Dans tous les cas, il ressort nettement des constatations faites plus haut qu'un changement complet d'orientation s'est déjà produit dans l'esprit du corps médical et je ne doute pas que d'étape en étape, il n'aboutisse promptement à une véritable conversion de la majorité des médecins à ce principe si généralement repoussé autrefois, de la limitation des médecins par concours à l'entrée des facultés de médecine.

Dr E. Dupont,
Villiers-Saint-Georges.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Accidents du travail. — Application du Tarif Dubief. — Le prix des interventions faites pendant la nuit doit être triplé comme l'est celui de la visite de nuit.

Justice de paix du canton de Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure), 9 *avril* 1910.

M. le Dr de La Tour, après avoir pris l'avis du *Sou Médical*, dont il est membre, cita devant le Juge de paix de Rochefort-sur Mer, M. C., patron d'un blessé du travail soigné par lui, qui refusait de payer, conformément au Tarif Dubief, c'est-à-dire à un prix triple du prix normal de jour, les interventions opérées de nuit.

L'adversaire du Dr de La Tour déposa les conclusions suivantes :

Attendu que le Docteur de La Tour réclame au défendeur le paiement d'une somme de 57 francs 50 pour soins par lui donnés au sieur L..., garçon de restaurant victime d'un accident au service de M. C.., à la date du 25 décembre dernier.

Attendu que la réclamation du demandeur est exagérée ;

Attendu qu'aux termes de l'article 5 du tarif officiel le prix de la visite est triple lorsque dans le cas pressant elle doit avoir lieu entre 9 heures du soir et 6 heures du matin ;

Attendu que le Dr de La Tour, a visité le blessé L.., à 9 heures et demie du soir et que par suite l'article 5 lui est bien applicable ;

Mais qu'il est bien évident que le législateur a bien voulu en l'occurrence attribuer au médecin traitant une indemnité de nuit qui est absolument distincte des soins à donner aux blessés ;

Que par suite les articles 10 B, 7 et 10 D, 1 dudit tarif attribuant au médecin traitant en sus du prix de la visite ou consultation une allocation correspondant au prix de deux visites ou consultations dans le premier cas (pansement antiseptique) et de 5 visites ou consultations dans le second cas (réunion par sutures multiples), il ne s'en suit nullement que ledit médecin traitant est autorisé sous prétexte que les soins ont été donnés de nuit par lui à tripler le prix des interventions qu'il a été appelé à faire ; qu'en procédant de la sorte il commet une fausse interprétation du Tarif ; qu'il est bien évident que les soins sont les mêmes en tant que travail qu'ils soient donnés de jour ou de nuit, que d'ailleurs en procédant de la sorte on arriverait à une demande abusive de la part du docteur qui réclame une somme de 36 francs pour un seul jour (4 francs 50 consultation, plus 9 francs pansement antiseptique, plus 22 francs 50 pour sutures multiples) ;

Que le défendeur a offert à différentes reprises de verser la somme de 36 francs 50 pour solde de compte, somme qui a été refusée par le Dr de La Tour ;

Par ces Motifs,

Dire qu'il y a lieu de fixer à 36 francs 50 la note des frais médicaux dus au Dr de La Tour ;

Donner acte au défendeur de ce qu'il a déjà offert et de ce qu'il offre de nouveau à la barre, ladite somme de 36 francs 50, pour solde de ce qui est dû au demandeur ;

Débouter ce dernier du surplus de sa demande et le condamner aux dépens.

En réponse, le Dr de la Tour déposa les conclusions ci-après, dont le *Sou médical* lui avait envoyé le texte :

Attendu que M. C..., défendeur, conteste uniquement dans ses conclusions que le prix de la consultation de nuit, après avoir été fixé par application de l'article 5 du tarif ministériel du 30 septembre 1905, au triple de la consultation de jour (et ce d'accord entre les parties), puisse être pris pour base du prix des interventions faites pendant cette consultation de nuit (pansement antiseptique complet et réunion par sutures multiples) ;

Attendu cependant que l'article 10 du tarif ministériel, qui fixe notamment la rémunération des deux genres d'interventions dont il s'agit est ainsi conçu *parte in qua* : « Les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, en sus du prix de la consultation ou de la visite aux allocations ci-après :

B. Allocation correspondant au prix de deux visites ou consultations.

7. Pansement antiseptique complet ;

D. Allocation correspondant au prix de 5 visites ou consultations ;

1. Réunion par sutures multiples ».

Attendu qu'il résulte bien de ce texte que le prix de la visite ou consultation sert toujours de base pour la fixation de la rémunération; qu'il est bien évident que le prix de la visite ou consultation qui doit servir de base, de prix étalon, doit être celui de la visite ou consultation au même lieu et au même temps auxquels sont effectuées les interventions ;

Qu'il est impossible de comprendre autrement ce calcul ;

Attendu que l'interprétation soutenue par le défendeur aboutirait à traduire ainsi l'article 10 du tarif : « Les soins médicaux, etc. », donnent droit en sus du prix de la consultation ou de la visite de *nuit*, aux allocations spécifiées ci-après : B. Allocation correspondant aux prix de deux visites ou consultations *de jour*, etc. » ;

Attendu qu'il serait absurde de soutenir que dans le même article, une même expression aurait successivement deux sens complètement différents pour ne pas dire opposés ; qu'il apparaît donc que l'interprétation du défendeur est inadmissible puisqu'elle conduirait à une absurdité ;

Attendu que l'argument qui consiste à dire que le calcul du prix des interventions sur le prix de la visite ou consultation de nuit aboutirait à un chiffre de rémunération trop élevé n'est pas concluant ;

Qu'il est certain que pendant la nuit les interventions sont plus difficiles et plus délicates que dans le jour ; que d'ailleurs le texte du tarif est formel :

Par ces motifs :

Adjuger au Dr de La Tour les conclusions de sa demande et condamner M. C..., à tous les dépens.

Le Juge de paix a rendu le jugement suivant :

Attendu que le Dr de La Tour a fait citer M. C..., restaurateur à Rochefort à l'effet de le faire condamner à lui payer : 1° la somme de 57 francs 50 centimes pour soins donnés au sieur L..., victime d'un accident du travail, alors qu'il se trouvait au service dudit M. C... ; 2° celle de 300 francs à titre de dommages intérêts, aux intérêts de droit et en tous les frais et dépens de l'instance ;

Attendu que cette demande est de notre compétence en vertu de l'article 15 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905 ;

Attendu que la somme de 57 francs 50 est réclamée par le demandeur pour une consultation de nuit et 5 consultations de jour avec pansements antiseptiques complets, sutures multiples et certificat initial sommaire accomplis ou délivré par lui en faveur dudit sieur L..., les 25, 26, 27, 29, 31 décembre 1909, et 2 janvier 1910 ;

Attendu que le défendeur conteste et prétend ne devoir que celle de 36 francs 50, qu'il a offert de verser au demandeur ;

Attendu que la contestation du défendeur porte uniquement sur le prix réclamé par M. de La Tour en raison des soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnés ou faites par lui au cours de la consultation de nuit ;

Attendu qu'il est évident que le tarif des frais médicaux tel qu'il est fixé par l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, doit être appliqué d'une façon stricte et que le médecin ne peut réclamer des honoraires supérieurs à ceux qui y sont prévus. Qu'il y a donc lieu d'examiner si M. le Dr de La Tour s'est ou non conformé au dit tarif pour établir le compte de ce qui est dû dans la circonstance ;

Attendu qu'aux termes de l'article 1er paragraphe 1er du susdit arrêté, le prix de la visite faite au domicile du blessé qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, est fixé en principe à deux francs, que c'est ce prix qui est applicable à Rochefort ;

Attendu que d'après l'article 2, le prix de la consultation au cabinet du médecin est inférieur de 50 centimes au prix de la visite ;

Que d'un autre côté l'article 5 dit que le prix de la visite est triple lorsque dans les cas graves et pressants elle doit avoir lieu entre 9 heures du soir et 6 heures du matin ;

Attendu qu'il semble bien qu'il n'a rien été prévu pour la consultation au cabinet du médecin qui, pour les mêmes raisons, peut avoir lieu dans le même laps de temps ;

Que cependant le motif qui a inspiré la disposition de l'article 5 au sujet de la visite se trouve pour la consultation de nuit, qu'il est donc juste de penser que si cette hypothèse avait été prévue elle aurait reçu une solution analogue ;

Que si au point de vue de l'interprétation littérale du texte cette solution peut être contestée, l'équité commande de l'adopter ;

Attendu d'ailleurs que les parties sont d'accord sur ce point puisque le défendeur dans ses conclusions reconnaît que l'article 5 lui est bien applicable, la consultation ayant eu lieu à 9 heures et demie du soir ;

Attendu que ce principe étant admis il s'agit de savoir si c'est le prix triple qui doit servir de base pour l'évaluation des interventions faites entre neuf heures du soir et six heures du matin, ou si au contraire comme le prétend le défendeur, c'est seulement le prix simple de la consultation du jour ;

Attendu que l'article 10 de l'arrêté sus-relaté indique que les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit en sus du prix de la consultation ou de la visite aux allocations spécifiées ci-après : B. Allocation correspondant au prix de deux visites ou consultations ; 7. pansement antiseptique complet. D. Allocation correspondant au prix de cinq visites ou consultations ; 1. Réunion par sutures multiples ;

Attendu que l'intention d'établir un rapport direct entre le prix de la consultation et celui des soins médicaux et opérations de petite chirurgie ressort clairement des termes employés dans ledit article et qu'il doit dès lors être interprété en ce sens que si le prix de la consultation est triplé, c'est bien sur ce prix ainsi triplé qu'il faut calculer le prix des soins médicaux et opérations de petite chirurgie ;

Attendu du reste que ce mode d'interprétation s'explique très bien ; qu'il est évident en effet que si, en raison du dérangement qu'elle occasionne au médecin, la visite ou consultation de nuit doit être payée plus cher que celle du jour, il est également certain que les interventions effectuées au cours de ces visites ou consultations présentent des difficultés plus grandes et sont plus délicates que celles qui sont pratiquées le jour et doivent en conséquence être payées un prix plus élevé ;

Attendu par suite que la somme réclamée par M. le Dr de La Tour à ce sujet lui est bien due, et que dès lors ce chef de sa demande se trouvant justifié, il y a lieu de lui allouer sur ce point les conclusions de sa citation ;

Mais en ce qui concerne les dommages intérêts réclamés par lui,

Attendu que la résistance du défendeur à payer la totalité de la somme qui lui était réclamée ne peut pas être attribuée à de la mauvaise foi de sa part ; qu'elle résulte uniquement d'une fausse interprétation du tarif qui lui est applicable ;

Attendu que le dit sieur C..., avait le droit de défendre ses intérêts, le droit de la défense étant incontestable ;

Que dans ces conditions sa condamnation aux dépens pour tous dommages intérêts sera suffisante ;

Par ces motifs :

Nous Juge de Paix du canton nord de Rochefort jugeant contradictoirement et en dernier ressort :

Condamnons M. C..., dont les offres sont insuffisantes, à payer à M. le Dr de La Tour, la somme de

57 francs 50, qu'il lui doit pour les causes sus-énoncées aux intérêts de cette somme à partir du 17 mars dernier jour de la citation jusqu'au solde ;

Le condamnons en outre aux dépens.

REPORTAGE MÉDICAL

Au sujet des événements du Concours d'Agrégation. — Le *Syndicat des Médecins de la Seine*, qui a pris une part active à tous les Congrès des Praticiens, approuve pleinement ceux de ses Membres qui, au titre de Candidats, ont cherché légalement à protester contre le Concours d'Agrégation condamné à l'unanimité par trois Congrès consécutifs, mais il réprouve énergiquement les actes de violence qui, de quelque côté que ce soit, se sont produits à l'Ecole de Médecine, et est convaincu qu'aucun de ses Membres ne saurait approuver les actes répugnants auxquels se sont livrées, contre les membres du Jury, des personnes qui ne sauraient faire partie à aucun titre du Corps Médical.

Le Président : J. Noir. — Le Secrétaire Général : Tourtourat.

Fête confraternelle. — Un groupe d'élèves et de confrères, amis du professeur Monprofit, a pris l'initiative de fêter son élection comme membre correspondant à l'Académie de Médecine.

Une œuvre d'art sera remise au nouvel académicien à la fin d'un banquet-déjeûner fixé au dimanche 5 juin (pendant la semaine d'aviation d'Angers), à 1 heure de l'après-midi.

Les souscriptions sont reçues par M. le Dr Souvestre, 3, boulevard de Saumur, Angers.

Jurisprudence belge des accidents du travail. — Le législateur a voulu faire rentrer dans le cadre de la loi de 1903 même les accidents qui sont le résultat de coups et blessures volontairement portés par les préposés du patron, dès qu'ils sont survenus dans le cours de l'exercice du travail. (*Tribunal de 1re instance de Charleroi*, juillet 1909).

Il n'est pas nécessaire, pour que soit due la réparation forfaitaire prévue par la loi de 1903, que l'accident soit la cause unique de la mort ; lors même qu'à l'accident s'est jointe l'influence d'un vice de constitution ou d'une maladie antérieure, l'accident n'en doit pas moins être tenu pour la cause efficiente de la mort. (*Justice de paix de Gand*, 1er canton, novembre 1908).

Les frais d'une simple insensibilisation ou anesthésie locale ne peuvent être alloués en sus des sommes portées au tarif. (*Justice de paix de Gand*, 1er canton, novembre 1909).

(*Le Scalpel.*)

Exposition Universelle et Internationale de Bruxelles 1910. — Le Comité d'installation de la Classe 16 (Médecine, Chirurgie, Stérilisation et Orthopédie) organise à l'exposition de Bruxelles une exposition spéciale des principaux instruments de chirurgie, de stérilisation, d'orthopédie et de sciences y afférentes, créés par les docteurs dans ces dernières années. MM. les docteurs jouiront de tous les avantages des autres exposants.

Les instruments, appareils, produits stérilisés étant de volumes variables, le Comité a fixé l'unité d'emplacement à 50 francs (environ 0.25 cent. de large, 0.25 c. de profondeur et 0.30 de hauteur) avec minimum d'un emplacement et maximum de quatre.

Adresser les demandes d'admission au secrétaire de la Classe 16, M. A. Plisson, 68, rue J.-J. Rousseau à Paris.

Une innovation à Martigny. — Il s'agit de la création de deux fours thermo-résineux pour bains de vapeurs sèches térébenthinées au modèle exact des Fours légendaires de la Drôme, pour le traitement du rhumatisme chronique.

C'est une nouvelle spécialisation que Martigny ajoute à son armement thérapeutique, en dehors des deux grandes caractéristiques de sa cure : la richesse en lithine de sa Buvette (gravelle et calculs), et l'action émolliente et décapante de ses bains alcalins silicatés de la « Source Savonneuse » contre les arthritides cutanées.

Microbes et mauvaises odeurs. — Avec la saison chaude, vont se développer les fermentations putrides et qui remplissent l'atmosphère des villes, des cours de fermes, voire des maisons, de gaz malodorants.

Des travaux du Dr Trillat viennent d'établir que les mauvaises odeurs n'ont pas seulement un inconvénient olfactif, et ne se bornent point à causer l'intoxication et l'asphyxie lente.

Il a démontré que les microbes pathogènes, les germes des maladies les plus redoutables, des épidémies : typhoïde, rougeole, grippe, tuberculose, etc., vivent et se multiplient *beaucoup plus vigoureusement dans l'air chargé de gaz malodorants* (ammoniaques, acide sulfhyrique, gaz complexes des fosses d'aisances), *que dans les bouillons de culture les mieux appropriés*.

On pouvait s'en douter à voir, dans les villes, se propager les maladies microbiennes dans les quartiers aux maisons puantes. Il n'est que trop de bâtisses, même modernes, aux évacuations défectueuses, de cours exiguës où croupissent, la nuit, les ordures ménagères — si ce n'est dans l'entrée même des immeubles dépourvus de cours ; — il n'est que trop de rues encombrées de crottin et imprégnées de purin ; il n'est que trop d'usines répandant d'innommables gaz.

C'est une menace perpétuelle pour les citadins surtout. Quand aurons-nous des habitations hygiéniques et quand verrons-nous remplacés tous les chevaux par des automobiles... à essence inodore ?

Edmond Potier. (*Rev. de l'Ens. Prim. sup.*)

Exclusion d'un médecin d'une société professionnelle. — Le docteur Joachim, de Fribourg-en-Brisgau, se vit exclu de la Société médicale de cette ville, par décision de l'Assemblée générale, pour avoir établi, dans sa policlinique, une consultation gratuite réservée aux indigents.

Il protesta contre son exclusion et, après trois instances, vient d'obtenir du Tribunal supérieur de l'Empire un jugement de réintégration.

Ce jugement, très intéressant pour les Sociétés professionnelles, se fonde sur ce motif que la qualité de sociétaire d'une association professionnelle ne peut être retirée à un membre par décision de l'Assemblée générale que si cette décision est prise en vertu d'un article statutaire. (*Rev. d'Aix-les-Bains.*)

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 23 Dimanche 5 JUIN 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : **Le Conseil de Direction.** — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

L'agenda memento du praticien..... 489
Propos du jour
A propos du discours de M. Anatole France aux étudiants et de l'Agrégation en médecine..... 492
Clinique médicale.
Hôpital St-Louis. Le placenta syphilitique..... 493
Clinique gynécologique
Hermaphrodisme et pseudo-hermaphrodisme..... 494
La semaine médicale
Traitement de la couperose. — Malformations scapulaires simulant la paralysie du grand dentelé. — Inhalation d'éther comme antidote de la cocaïne... 496
Revue des sociétés savantes.
Traitement de l'hémophilie. — Le chloroforme chez les ictériques — Anesthésie générale dans les interventions ouvrant la cavité pleurale..... 498
Formulaire raisonné
Lipèca 499
Revue de l'étranger
Le taxis dans le traitement des hernies étranglées. Succès de l'atropine..... 500
Trouvailles et observations du praticien
Observation d'un cas de tétanos d'origine dentaire... 501
Chronique professionnelle.
Les œuvres du Concours médical. Nos comités départementaux de propagande... 502
Chronique syndicale
La cohésion syndicale. — Les sanctions et la mise à l'index..... 504
Chronique de la Prévoyance
Les retraites de la vieillesse médicale..... 505
Chronique des accidents du travail
Les expertises médicales..... 507
Société civile du Concours médical
Extrait du compte rendu de la séance du Conseil de direction..... 508
Sou médical
Procès-verbal du Conseil..... 509
Correspondance
Tout s'explique..... 510
Jurisprudence médicale
Le médecin peut être condamné à une partie des dépens lorsque le litige a eu pour cause l'insuffisance des renseignements contenus dans le certificat... 511
Reportage médical... 511

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

Nous réalisons un rêve longtemps et amoureusement caressé. Sur la table de chacun de ses abonnés présents et futurs, à titre gracieux, tous les ans, à partir de janvier 1911, le journal déposera un gros et précieux volume qui contiendra, au sujet de la pratique médicale, tous ces renseignements qu'ignore le jeune confrère et qu'il lui faut absolument connaître, dès ses débuts en clientèle, sous peine d'accumuler fautes sur erreurs et de compromettre ainsi son avenir professionnel.

Les indications contenues dans ce numéro pages XI, XII, XIII et XIV donneront du livre en préparation une idée plus exacte que ne saurait le faire ici une description même étendue. Nous nous dispensons donc de celle-ci.

Nous nous bornerons à signaler que cet agenda, qui formera un élégant volume de 700 pages, contiendra notamment :

Tous ces renseignements que nos abonnés étaient obligés de nous demander par lettre, en hâte parfois, et souvent par des questions insuffisamment claires et précises ;

Toutes ces connaissances pratiques, indispensables dans la vie professionnelle, **que la Faculté n'a jamais songé à vous donner ;**

Tous ces documents **(lois, décrets, arrêtés, règlements d'administration publique)** qui régissent les actes journaliers du praticien et dont il **doit** connaître textes et commentaires ;

Toutes décisions, tous **jugements** et **arrêts** par lesquels les tribunaux ont fixé sur de nombreux points nos droits et nos devoirs ;

Tous usages, toutes pratiques, tous règlements qui président à la **fixation de nos honoraires, à l'établissement de nos notes,** à leur **recouvrement** amiable ou judiciaire, à la **responsabilité** de ceux qui doivent les payer, à la **prescription** qui peut les atteindre, etc., etc.

Toutes indications et recommandations précises sur ce que nous pouvons dire et écrire et sur ce que nous devons faire dans nos interventions en matière de **médecine publique,** et sur la forme même à donner alors à nos **déclarations, certificats, rapports d'experts, dépositions, etc.,** pour rester en règle avec notre conscience, avec la prudence professionnelle, avec le **secret médical ;**

Tous renseignements sur les carrières de **médecins fonctionnaires** (recrutement, solde, avantages, obligations) ; et de même sur le rôle du praticien dans les **services publics** auxquels

il participe tout en se livrant à la clientèle ordinaire.

Tout ce que le médecin doit savoir au sujet des Sociétés professionnelles qui le couvrent, ainsi que les siens, par l'**assurance,** la **mutualité,** la **prévoyance,** contre la gêne de la maladie, de la vieillesse, du décès, ou qui assurent sa défense individuelle ou par solidarité collective, etc., etc.

Et afin que vous l'ayez toujours sous la main, cette partie documentaire, qui constituera le « *Memento* », encadrera l'« *Agenda* » proprement dit, auquel il vous faut inscrire jour par jour pendant l'année tous vos actes médicaux.

Est-ce à dire qu'après ce travail de longue haleine nous allons nous trouver privés du plaisir de correspondre avec vous et de vous rendre service en répondant à vos questions comme par le passé.

Nous sommes sûrs du contraire, *doctus cum libro*, vous n'en serez que plus à l'aise pour réclamer un supplément d'éclaircissements chaque fois qu'il vous viendra quelque doute. Nous comptons même que nous nous fournirez souvent l'occasion de rectifier, préciser, combler une lacune, ce qui sera faire œuvre de membre convaincu et dévoué du *Concours Médical.*

Nous sommes certains que ce gros effort matériel de propagande agrandira encore la grande famille du *Concours Médical*, qui ne se recrute et ne se consolide que par les liens des bons offices réciproques.

Dès lors que l'abonnement sera remboursé chaque année par l'*Agenda-Memento* soigneusement revu et tenu au courant, nous ne voyons plus vraiment quel argument de résistance opposerait le confrère isolé à celui de nos dévoués lecteurs propagandistes qui viendra lui dire : « Abonnez-vous au *Concours Médical* ».

Chers confrères, pour l'apostolat en faveur de la propagation de nos idées, votre Conseil de Direction vient de faire sa part largement en créant l'*Agenda-Memento.* N'est-il pas en droit de vous crier : A vous de faire la vôtre »?

Le Conseil de Direction.

Stations balnéaires et thermales, etc., Etablissements médicaux spéciaux, Spécialistes, etc.

L'*Agenda-Memento* comprendra la liste de nos adhérents exerçant dans les stations thermales, hivernales, balnéaires, climatiques, etc., ainsi que les listes des membres du *Concours* dirigeant un établissement médical ou exerçant une spécialité.

Nos confrères qui désirent voir leur nom figurer dans l'une de ces rubriques sont priés de nous en informer.

L'Agenda du « Concours » a-t-il sa raison d'être ? Son utilité.

Depuis longtemps, alors que j'étais médecin à Oyonnax, je souffrais de la pénurie de renseignements juridiques ou autres que je ne savais où prendre. Toujours écrire à nos amis du *Concours* pouvait les ennuyer (je connaissais mal leur extrême obligeance) ; d'autre part, il me fallait souvent un renseignement immédiat sur un point de juridiction ou de législation médicales.

Où trouver ces notions ?

Lire des livres de Droit, ou de Jurisprudence, quelle chose ardue, pour nous médecins. Vraiment ce langage juridique et législatif est tellement compliqué que, bien souvent, profanes en basoche, nous comprenons l'inverse de ce qui est écrit.

Quelle lacune pourtant n'existe-t-il pas en cette matière ! Jeune médecin, frais émoulu de la Faculté, à peine installé au milieu de votre nouvelle clientèle, il vous faut connaître les lois sociales. Il vous faut savoir ce que c'est que l'Assistance médicale gratuite ; quel est le règlement préfectoral qui met en vigueur la loi du 15 juillet 1893. Comment savoir s'il est légal, ce contrat que nous fait signer cette mutualité ? Quels sont nos droits, nos devoirs en matière d'hygiène sociale, en fait d'accidents du travail ?

Aucun cours de législation médico-sociale n'est professé à la Faculté, au grand dommage des jeunes praticiens. On nous a fait des cours de médecine légale, alors qu'il faut plusieurs années d'exercice pour pouvoir être nommé médecin au rapport. Mais personne ne s'est occupé d'enseigner la législation sociale, lois de 1893, de 1898, de 1902 de 1905 et *tutti quanti*, lois que vous aurez à appliquer, à respecter, au lendemain de votre installation, lois en vertu desquelles vous ferez des certificats et même des rapports d'expertise. Il est vrai que l'on peut nous opposer qu'en France nul n'est censé ignorer la loi ! Il serait pourtant d'une grande utilité, pour la société, que le médecin puisse apprendre sur les bancs de la Faculté quel sera son rôle social, rôle immense et qui ne pourra que s'accroître par la suite.

Nous avons cherché, au *Concours*, à suppléer dans une certaine mesure à ce défaut d'enseignement. Pour rendre service à nos confrères, pour leur donner des textes de lois et surtout, pour les leur rendre compréhensibles, nous n'avons pas hésité à faire une dépense qui nous entraînera peut-être un peu loin, puisque le devis est de 20.000 francs au minimum. Nous nous sommes mis à l'œuvre pour faire un Agenda-Memento du Praticien ; chacun de nous a pris une partie de la rédaction pour donner l'explication des textes juridiques et législatifs et, de la sorte, nous allons pouvoir livrer à chacun de nos abonnés un petit Code professionnel. Lois, décrets, tarifs, services d'hygiène, de médecine publique et des collectivités, sont tour à tour développés. Nous parlons également des à-côtés de la profession, pour permettre à quelques-uns de s'évader de la

clientèle ordinaire, pour entrer dans des situations connexes ; médecins maritimes, de colonisation, de l'Assistance, etc.

Devons-nous le dire ? Une de nos préoccupations, en établissant le sommaire de cet Agenda, a surtout été d'être utiles aux syndicalistes et aux secrétaires de syndicats. Par notre Agenda, nous avons le désir de faire leur éducation juridique de leur donner les éléments du droit médical. Heureux serons-nous d'intéresser la masse de nos confrères et de leur démontrer que si les médecins ont des devoirs envers la société, ils ont aussi des droits. Le jour où nous saurons les faire respecter, ces droits que beaucoup méconnaissent à notre égard, la misère médicale sera diminuée. Ce jour-là, nous, *Concours*, serons heureux d'avoir réussi, fidèles à notre formule : toujours en avant pour le plus grand bien de la profession médicale et pour l'intérêt supérieur de nos malades.

Est-ce à dire, cependant, que nous avons la prétention d'avoir, du premier coup, fait œuvre parfaite ? Non certes. Beaucoup de points seront à changer, à modifier, à améliorer. L'expérience nous guidera pour les éditions des années suivantes.

Avec chacune d'elles, seront les lois de l'année ; les textes anciens seront complétés, présentés sous une forme nouvelle. Comme toute œuvre qui a de la vie, notre Code devra toujours se transformer pour répondre aux besoins de chaque jour.

Mais grande est aussi notre confiance en vous, nos fidèles abonnés. A vous de ne pas nous ménager vos observations, vos critiques. A vous de nous dire quels sont les points qui vous paraissent obscurs, d'explication défectueuse ; à vous de nous dire les matières à remettre sur le métier pour l'édition de l'année suivante.

N'est-ce pas votre rôle que de nous suggérer ce que nous devons faire pour améliorer votre sort ? N'est-ce pas votre devoir que de nous signaler les réflexions que vous inspirent les événements de votre vie de travail ?

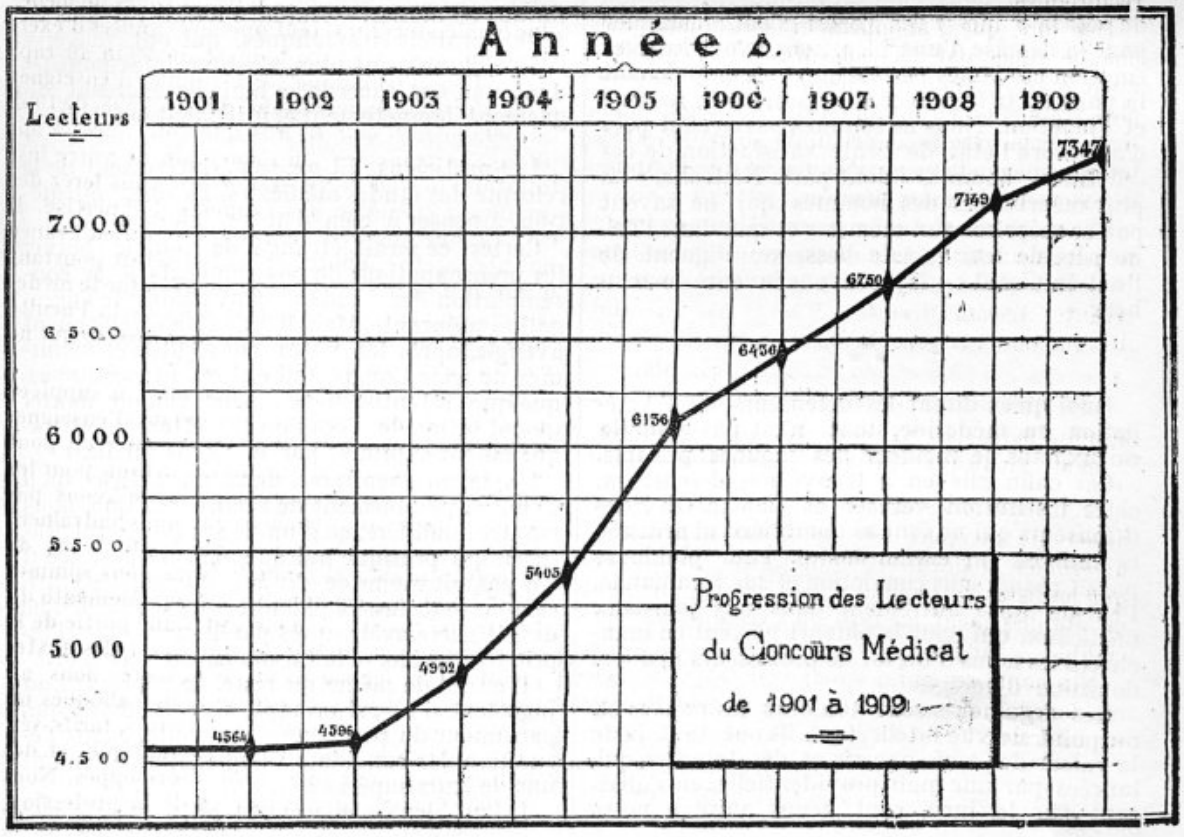
A vous l'idée, à vous la discussion. A nous journal, de grouper les réponses, de les coordonner, puis de tirer profit des enseignements qui s'en dégagent pour aboutir à une conclusion pratique.

Oui, conclusion pratique, voilà ce que nous devons chercher, et non pas nous arrêter à des solutions plus ou moins ronflantes, sentant d'une lieue la surenchère (pas électorale), mais due parfois à l'ardeur de la jeunesse et à la chaleur des discussions.

C'est par vos correspondances nombreuses que vous donnez de la vie à notre *Concours* ; c'est par vos discussions ardentes que vous rendez notre journal intéressant. C'est à vous que nous devons le nombre croissant de nos lecteurs, c'est grâce à vous que nous pouvons fièrement montrer le nombre ci-dessous de nos abonnés.

Amis du *Concours*, merci !

Dr Paul Boudin.



PROPOS DU JOUR

A propos du Discours de M. Anatole France aux Etudiants et de l'Agrégation en médecine

La vieille Faculté de médecine de la rue de la Bûcherie est devenue la Maison des Etudiants. M. Anatole France s'y est rendu samedi dernier et, avec un véritable à propos a dit aux jeunes gens d'excellentes choses. Il a exalté la poursuite d'un idéal, conseillé le courage et la hardiesse, condamné ces gens prétendus raisonnables qui traitent d'utopistes tous ceux qui rêvent de progrès.

« Utopistes ! a-t-il dit, c'est l'injure coutumière que les esprits bornés jettent aux grands esprits et dont les hommes politiques poursuivent les souverains de la pensée ».

« Agissez et rêvez, a t-il ajouté, en s'adressant aux étudiants, et surtout, oh ! surtout ! ne soyez pas trop raisonnables. Ne soyez pas prudents. La prudence est la plus vile des vertus, Rêvez, agissez. Vous aurez beaucoup à faire, il vous faudra renfermer dans un bref espace de temps non seulement, comme dit Horace, de longues espérances, mais aussi une action redoublée contre l'égoïsme, l'ignorance et la peur ».

Et nous, au lendemain de ces journées violentes où nous eûmes l'intime satisfaction de voir la jeunesse des Ecoles s'enthousiasmer pour la défense d'une idée, nous avons lu avec émotion ces mâles paroles qui, tout en prêchant la paix et la tolérance, flétrissaient la routine et l'inaction. Nous ne sommes pas en effet près d'atteindre l'état de béate satisfaction de ces « derniers hommes » dont parle Nietzche, « les plus méprisables des hommes qui ne savent pas se mépriser eux-mêmes » et qui, dans l'immensité de leur égoïste bassesse, clignent de l'œil en disant : « Nous avons inventé le bonheur ».

***

Quoi qu'en disent les défenseurs de l'Agrégation en médecine, tout n'est pas pour le mieux dans le meilleur des mondes possible.

Car enfin elle en a trouvé des défenseurs, cette institution vétuste et falotte. Oh ! des défenseurs qui ne sont ni nombreux, ni ardents, ni habiles, ni enthousiastes. Leur plaidoyer paraît rédigé sans conviction et sur commande. Peut-on faire autrement dans nos journaux médicaux, qui pour la plupart portent en manchette les noms d'un lot de professeurs et d'une douzaine d'agrégés.

Les arguments sont toujours les mêmes et, au point de vue intellectuel, ils ont tout juste la valeur des œufs pourris et des tomates qui, lancées par une main providentielle, en s'abattant sur le jury, sont venus nuire à notre cause et enrayer notre action. Jugez plutôt de ces arguments :

« Les contempteurs de l'Agrégation sont des envieux, des ratés et leur but peut se résumer en la maxime : « Ote-toi de là que je m'y mette ».

« Les médecins ne s'intéressent pas à la réforme des études, ils ont à penser à autre chose. »

« L'érudition enfin est une des qualités principales qui fait la supériorité même de l'agrégé. »

Et c'est tout, absolument tout. Mon Dieu ! combien ces gens raisonnables ont peu d'imagination ! Comment n'ont-ils pu trouver autre chose ?

Nous savons que de tout temps dans notre pays, ceux qui osent déranger au cours de leurs laborieuses digestions des gens de bien, repus et tranquilles, sont des envieux et des jaloux. C'est le banal reproche adressé à tous les esprits indépendants et hardis.

Mais, heureusement, ces envieux n'en continuent pas moins à brûler les idoles dorées et à faire triompher leurs idées. C'est ce langage que tenaient Messieurs nos Maîtres, il y a 25 ans, aux médecins nouvellement syndiqués de la Gironde qui compromettaient ainsi, paraît il, horriblement la Dignité Médicale : « Vous êtes les malvenus, leur disaient-ils en propres termes, dans un sacerdoce que vous allez transformer en métier. » Aujourd'hui, il y a plus de 12.000 praticiens syndiqués, qui ont renversé l'idole, ils ne sont plus, c'est vrai, les pontifes d'un menteur sacerdoce, mais ils exercent dignement, honnêtement et utilement leur métier.

Les praticiens, dit-on, se désintéressent de la réforme des études médicales, ils ont, affirme-t-on, à penser à bien d autres choses.

Certes, ce serait étrange de vouloir borner les préoccupations de nos syndicats à la contemplation des dernières convulsions de l'agrégation mourante. Mais il faut être étrangement aveugle, après les votes consécutifs et unanimes de trois Congrès qui ont eu, pensons-nous, quelque retentissement, pour vouloir douter quand même de l'opinion si nettement et fréquemment exprimée par le Corps Médical.

Un de nos confrères, dans un article qu'il s'efforce péniblement de rendre ironique, nous montre l'indifférence d'un de ses amis, vrai praticien qui pratique puisque, dans sa matinée il n'a pas fait moins de *dix-huit* visites. Ce praticien-là, tout aussi à plaindre que ses clients, ne devait guère avoir, après pareil surmenage, l'esprit très lucide, ni le raisonnement fort clair.

Il en est de même, du reste, de cet agrégé au jugement si sûr, si prompt, si scientifique, qui, par amour du paradoxe sans doute, exalte l'érudition des candidats à l'agrégation et en fait une de leurs supériorités.

Il faut bien qu'elle existe cette prestigieuse

érudition, il faut même qu'elle soit intuitive, car, comment, sans elle, trois agrégés, maîtres estimés en maladies nerveuses, auraient-ils pu occuper tour à tour et sans études préalables, la véritable chaire d'érudition de la Faculté de Paris : la chaire d'Histoire de la Médecine ?

Il faut bien qu'elle existe cette érudition providentielle de M. l'agrégé en médecine, car comment sans elle, à la mort du Pr Ball, un psychiâtre, improvisé le jour même, eût-il pu évincer de la chaire de clinique mentale un aliéniste, dont la réputation était et est encore universelle ? Comment sans cette érudition, sans doute d'inspiration divine, encore tout récemment, plusieurs savants connus, qui avaient secondé et suppléé le Pr Cornil, auraient-ils pu être éloignés de l'enseignement de l'anatomie pathologique à laquelle ils avaient consacré toute une vie d'études et de labeur ? Il fallait, il est vrai, permettre à un neurologiste éminent de devenir aussitôt professeur.

L'agrégation en médecine, que dédaignent au fond de leurs consciences, mais sans oser l'avouer, le plus grand nombre de ses membres, n'a plus pour la défendre que l'esprit de caste. Nous savons ce qu'il est, cet esprit de caste, dans le monde médical officiel.

Demandez à MM. les accoucheurs des hôpitaux, ou à ceux qui connaissent leur histoire, comment furent accueillis leurs débuts, quand le scandale que provoqua Budin permit à Bourneville de faire créer par le Conseil municipal de Paris les services d'accouchements et les maternités des hôpitaux ? Demandez-leur comment un agrégé, aujourd'hui professeur, représentant les chirurgiens des hôpitaux au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, accueillit cette utile réforme ? Demandez à MM. les aliénistes des hôpitaux de Paris quelle sympathie on témoigna longtemps dans les milieux officiels à ceux qui, tant à Bicêtre qu'à la Salpêtrière, succédèrent aux Pinel, aux Parchappe, aux Moreau de Tours, aux Falret, aux Delasiauve ?

Et une fois qu'on aura répondu à ces questions, nous conviendrons sans peine que les contempteurs de l'Agrégation détiennent le monopole de la jalousie odieuse et le record de l'envie mesquine.

***

Mais revenons, pour terminer, au beau discours d'Anatole France. Nous y trouvons une anecdote tout à fait symbolique :

En 1784, l'éditeur Panckouke loua à la Faculté de médecine la salle du premier étage de son vieil hôtel de la rue de la Bûcherie pour y abriter les volumes de l'Encyclopédie. La maison n'était guère solide et l'Encyclopédie était lourde, le doyen d'alors dut faire étayer le plancher qui menaçait ruine.

Ce plancher, s'affaissant sous le poids de l'Encyclopédie, n'est-il pas l'image des vieilles institutions s'effondrant sous la pression de l'Idée moderne.

Les projets de réformes de l'enseignement médical sont bien peu de choses en regard de l'Encyclopédie, mais la Faculté actuelle, celle de l'Agrégation, fait bien petite figure à côté de la vieille Faculté aux traditions séculaires, et cela n'empêche qu'elle aussi à son tour s'écroulera bientôt sous la poussée des idées nouvelles.

Un meeting, réunissant environ 500 personnes a eu lieu à la salle de la Société d'Agriculture, rue de Grenelle, le vendredi 27 mai, sous la présidence de M. le Dr Variot. Le Dr Lafontaine, récemment libéré, a, avec une vigueur peu commune ,prouvé que les arrestations et les poursuites, loin d'affaiblir ses convictions, n'avaient fait qu'accroître son énergie. Inutile de décrire les ovations enthousiastes et unanimes qui lui ont été faites.

J. Noir.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le Professeur Gaucher.

Le placenta syphilitique.

Les causes de l'avortement et de l'accouchement prématuré dans la syphilis sont de deux ordres. Les unes tiennent à de la débilité naturelle du fœtus, les autres dépendent de lésions des annexes, amnios et placenta. Je vous ai parlé déjà des lésions de l'amnios, de l'hydramnios. Nous allons maintenant aborder l'étude du placenta syphilitique.

Deux mots d'anatomie normale, d'abord. L'œuf humain fécondé arrive dans la cavité utérine et s'y fixe du douzième au quinzième jour. La partie qui l'entoure, ou caduque sérotine, donne naissance au placenta maternel. D'autre part, les villosités choriales produisent le placenta fœtal.

Quelles altérations va subir le placenta sous l'influence de la syphilis ? Certaines de ces altérations sont macroscopiques ; d'autres sont microscopiques.

Les altérations macroscopiques portent sur le poids, le volume, la consistance et la couleur. Le placenta syphilitique est augmenté de volume, en diamètre et en épaisseur, surtout quand le fœtus vient mort ou avec des lésions syphilitiques. L'augmentation de poids est, aussi, nettement accusée, surtout par comparaison avec le poids du fœtus. Alors que, normalement, le rapport du poids du placenta au poids du fœtus est de 1/6, dans la syphilis, ce rapport atteint, à terme, 1/4 et s'élève à 2/7 pour les fœtus âgés de 7 mois à 8 mois 1/2.

L'hypertrophie doit être mise sur le compte de l'hypertrophie des villosités. Le placenta aug-

mente de volume, comme le font la rate ou le foie. Lorsque le placenta appartient à un fœtus mort ou macéré, un autre élément intervient, l'œdème.

Quelle est la consistance du placenta syphilitique ? Il est mou et friable si le fœtus est mort et macéré. Au contraire, si le fœtus est vivant — et c'est dans ces cas-là où l'examen du placenta est important — il est dense, et plus ferme, plus dur que normalement. Il est presque toujours adhérent et nécessite souvent une extraction artificielle.

La couleur est également modifiée. Le plus fréquemment, sa teinte est pâle, ressemblant à de la matière cérébrale.

Voyons les altérations microscopiques. Je serai bref sur elles, car elles ont moins d'intérêt pour le praticien. Elles ne font que confirmer le diagnostic établi d'après l'examen macroscopique. Ces altérations microscopiques sont constantes et spéciales. C'est une véritable cirrhose, une sclérose atteignant le placenta fœtal et le placenta maternel. La première lésion en date est une lésion vasculaire, autour de laquelle le processus évolue.

Cette syphilis placentaire accompagne ordinairement la syphilis fœtale héréditaire. D'autres fois, plus rarement, quand il s'agit par exemple d'une syphilis maternelle contractée longtemps après le début de la grossesse, on peut observer des altérations syphilitiques du placenta, alors que l'enfant est sain.

Trouve-t-on dans le placenta le parasite de la syphilis ? On a cherché le tréponème, et les constatations ont été positives dans certains cas, négatives dans d'autres. Cela montre qu'il ne faut pas conclure de l'absence de tréponème à l'absence de syphilis. En réalité, ce qu'il y a de plus important à constater, ce sont les lésions macroscopiques. Il est des services d'accouchements, celui de M. Pinard en particulier, où l'on pose en règle générale que tout enfant à placenta lourd ne doit pas être allaité par une autre femme que sa mère. Sans affirmer d'une façon absolue la syphilis, on la soupçonne alors assez pour prendre cette précaution.

La transmission du spirochète, de la mère au fœtus, se fait par rupture vasculaire. On a trouvé le tréponème dans les vaisseaux, les villosités choriales, dans les veines. Je vous ai dit, en parlant du placenta normal, qu'il existait un placenta maternel et un placenta fœtal. Peut-on observer une localisation des lésions suivant leur origine ? On a dit : si la syphilis vient de la mère, le placenta maternel est surtout atteint. Si la syphilis vient du père, il serait possible que les lésions portent principalement sur le placenta fœtal. Voilà la théorie. Frœnkel a affirmé que dans la syphilis d'origine maternelle, c'est le placenta maternel qui est seul lésé. Si la syphilis est d'origine à la fois maternelle et paternelle, les deux placentas sont intéressés. Eh bien, en fait, cette théorie n'est pas exacte. Quelle que soit l'origine de la syphilis, toutes les parties du placenta sont frappées. Ce qui est vrai, c'est qu'il y a habituellement prédominance des lésions sur l'un ou l'autre placenta, suivant la source de la syphilis.

Les altérations placentaires contribuent, pour une part, à provoquer les avortements de la syphilis. Je vous ai signalé l'influence heureuse du traitement sur ces avortements. Le traitement influence également les lésions du placenta. On peut observer des femmes, soumises à la cure mercurielle, qui donnent naissance à des enfants sains, avec un placenta normal ou presque. Le traitement agit sur le placenta, comme il agit sur les lésions de l'hydramnios.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Hôpital Broca : M. le Professeur Pozzi.

Hermaphrodisme et pseudo-hermaphrodisme.

Je désire vous présenter un jeune enfant sur le sexe duquel j'ai eu récemment à me prononcer. Son observation est intéressante à divers points de vue pathologique, clinique et médico-légal. Il est des cas où le sexe est absolument douteux et où, au moment de la naissance en particulier, il est difficile de déterminer d'une façon catégorique s'il s'agit d'un garçon ou d'une fille.

Vous savez qu'à une certaine période de la vie intra-utérine, les organes génitaux externes offrent une quasi-identité dans les deux sexes. La portion pénienne de l'urèthre reste ouverte, d'où l'aspect clitoridien de la verge. C'est la soudure ultérieure des bords de la gouttière uréthrale qui va différencier la verge du clitoris. Supposez qu'il y ait arrêt de développement, que la soudure ne se fasse pas, bien que le sexe évolue intérieurement du côté masculin, par les testicules. La verge offrira l'apparence d'un clitoris, l'enfant sera femme par l'extérieur, mais homme en réalité. Cette malformation existe précisément chez notre petit malade. A la naissance, on le rangea parmi les garçons. Puis plus tard, en l'examinant de plus près, on eut des doutes. Sa nourrice remarqua que l'enfant n'urinait pas par sa verge et qu'au-dessous de celle-ci existait une dépression, un orifice, comme une sorte de vulve. Un médecin consulté crut à une erreur de sexe, et

c'est dans ces conditions que l'enfant nous fut soumis.

Examinons-le. Je vais écarter la petite verge. Elle appuie sur deux replis séparés. L'enfant, ai-je dit, urine par un orifice placé à deux centimètres et demi de l'extrémité du gland, orifice d'où part une bride. La bride en question se voit chez les hypospades.

La verge, bien développée comme volume, a un aspect masculin quand l'enfant a simplement les jambes écartés, et un aspect clitoridien quand on la relève. De même, les replis situés au-dessous ressemblent au scrotum quand ils sont rapprochés — ils offrent des petits plis comme le scrotum — et plutôt à des lèvres vulvaires quand ils sont écartés. Ils ne contiennent rien, pas de testicules. L'enfant urine en bavant quand les replis sont réunis et en jet quand ils sont séparés. Au-dessous de la verge, on trouve une espèce de vestibule avec un seul orifice, d'où sort l'urine. On ne voit pas, comme cela existe quelquefois, d'infundibulum vaginal.

Notre petit malade est, à part sa malformation génitale, parfaitement développé. Il ne demande, malgré l'apparence féminine de ses organes génitaux externes, qu'à devenir un homme. On pourra, d'ailleurs, lui faire plus tard une opération pour l'hypospadias. De toutes façons son sexe restera masculin.

Je profiterai maintenant de cette occasion pour vous dire quelques mots sur ce genre de cas, dont j'ai observé un grand nombre d'exemples.

La question de l'hermaphrodisme est entrée de nos jours dans une phase différente de celle où les anciens auteurs l'avaient rangée. Vous savez combien les anciens étaient friands de choses extraordinaires. Ils parlaient volontiers des mystères, des merveilles de la nature. Des hommes comme Ambroise Paré, même, accordaient crédit à des opinions vraiment étranges. Rien d'extraordinaire, dès lors, que l'hermaphrodisme fût, autrefois, une notion répandue et adoptée. Les modernes également, jusqu'au milieu du siècle dernier, ont cru à la réalité de cette anomalie génitale.

L'hermaphrodisme est la coexistence des deux sexes. Or, le sexe est principalement constitué par la présence de l'organe essentiel, masculin ou féminin, le testicule ou l'ovaire. Les anciens ont cru trouver cette coexistence. Mais ils faisaient des examens imparfaits, des examens microscopiques surtout, mauvais. A la vérité, on ne connaît qu'une seule observation d'hermaphrodisme assez bien contrôlé. C'est celle publiée par Blaker dans le journal le *Lancet*, il y a cinq ou six ans. On a trouvé dans ce cas un ovotestis, organe intermédiaire entre le testicule et l'ovaire.

Je vous rappelle que l'ovostestis existe d'une façon normale chez divers animaux. Les crapauds sont hermaphrodites. Ils ne se servent pas, il est vrai, de leur ovotestis. La partie féminine de l'ovotestis est pour le crapaud un luxe sans utilité. Ce n'en est pas moins un organe de transition intéressant.

Eh bien, l'hermaphrodisme n'a donc été signalé qu'une fois dans l'espèce humaine. Toutes les autres observations citées sont des erreurs, des apparences, du pseudo-hermaphrodisme.

Que constitue donc le pseudo-hermaphrodisme ? Il en est plusieurs variétés.

Je signale d'abord, le pseudo-hermaphrodisme féminin. Ce sont des femmes qui simulent les hommes par hypertrophie de leur clitoris. C'est la grande exception.

Dans l'immense majorité des cas, le pseudo-hermaphrodisme est masculin. Il s'agit de sujets de sexe masculin, chez lesquels il y a eu arrêt de développement des organes génitaux, ou plutôt de l'urèthre qui est atteint de la malformation connue sous le nom d'hypospadias. Le conduit urinaire, au lieu de s'ouvrir à l'extrémité du gland, s'ouvre en un endroit variable au-dessous de la verge. Suivant le point où débouche le canal uréthral, l'hypospadias est pénien, scrotal, périnéo-scrotal. La verge n'a pas de fourreau entier ; elle a un capuchon seulement, et pas de canal complet. L'enfant que nous venons d'observer rentre dans cette catégorie. C'est d'ailleurs là le type de beaucoup le plus commun d'hermaphrodisme.

Je vous disais tout à l'heure que généralement vous avez alors un seul orifice, par où se fait l'écoulement de l'urine. L'aspect simule une vulve. Ce n'est pas une vulve, ce n'est pas non plus un simple orifice urinaire : c'est une sorte de petit cloaque, un vestibule génito-urinaire. Quand on fait la séparation des parties de l'organe, on voit qu'il y a un orifice vulvo-vaginal et au-dessus l'orifice uréthral. On peut introduire une sonde en haut dans l'urèthre, en bas dans le vagin.

Comment se termine l'orifice inférieur ? Il est dû au développement incomplet et aberrant du canal de Müller. On peut trouver un vagin et un utérus. Le véritable hermaphrodisme n'existe pas, parce qu'il n'y a pas coexistence chez un même sujet de l'ovaire et du testicule. Mais si la femme était caractérisée par l'utérus et le vagin, l'hermaphrodisme serait au contraire fréquent, car assez souvent on trouve un utérus et un vagin en même temps que des testicules. Vous observerez quelquefois en effet chez les hypospades un vagin avec un petit utérus rudimentaire.

Dans cette variété de pseudo-hermaphrodisme, il existe tous les degrés possibles. D'abord, le simple hypospadias périnéo-scrotal avec arrêt de développement des organes génitaux externes, aspect vulvaire du scrotum. Puis, le même, avec vagin borgne. Puis, le même avec

vagin constitué, avec vagin terminé par un petit utérus. Il y a parfois des règles, de véritables règles, d'origine utérine, sans ovaire. Le sujet a, en outre, des testicules.

Il existe une autre variété plus atténuée de pseudo-hermaphrodisme. Il s'agit d'individus qui ont l'aspect absolument féminin. On constate un clitoris d'apparence et de développement normaux, avec un orifice vulvaire tout à fait féminin. Mais, par suite d'une circonstance fortuite, on arrive à découvrir des testicules. C'est généralement au moment d'une opération pour accidents herniaires que l'on trouve le testicule inclus à l'intérieur de l'abdomen. On a vu des sujets considérés comme des femmes, qui avaient eu à ce titre des rapports sexuels. L'opération d'une hernie fit constater chez eux un testicule, reconnu tel à l'examen microscopique. Ces cas spéciaux, où la vulve a un aspect régulier, peuvent être appelés pseudo-hermaphrodisme régulier.

Il reste autre chose encore. Il est des individus chez lesquels il y a une simple petite malformation des organes génitaux, mais avec des mamelles très développées. Le sujet a des seins de femme et est masculin par ses organes génitaux J'ai dénommé ces individus des gynécomastes.

Donc, si je reprends en sens inverse les variétés de pseudo-hermaphrodisme, j'y trouve :

Un degré atténué, la gynécomastie, c'est-à-dire des seins féminins et des organes génitaux masculins. Ce sont les moins hermaphrodites des pseudo-hermaphrodites.

Un deuxième degré, le pseudo-hermaphrodisme régulier, une vulve de femme régulière, avec des testicules.

Enfin, une troisième catégorie, la plus commune, le pseudo-hermaphrodisme irrégulier. C'est la catégorie où l'hésitation est la plus grande. Les organes génitaux externes ont partiellement l'aspect féminin. Il y a un orifice pseudo-vulvaire, un pénis clitoridien, avec ou sans vagin, avec ou sans utérus. A la naissance, où le pénis est peu développé et où l'on prend facilement la fente interscrotale pour une vulve, on croit volontiers au sexe féminin. Ces sujets-là sont souvent déclarés de sexe féminin à l'état-civil. Ils peuvent se marier, avoir des rapports sexuels. Dans les rapports conjugaux le pénis dilate l'orifice, et va parfois jusque dans la vessie. J'ai eu ainsi à modifier un jour l'état-civil d'un garçon de 25 ans. Il se présenta à la clinique habillé en femme. Ayant reconnu l'erreur de son sexe, je la fis rectifier. Il revint nous voir, dans un nouveau costume, cette fois bien en homme, fumant gaillardement un beau cigare, au grand étonnement de ceux qui l'avaient connu auparavant.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la couperose.

M. le Dr H. Girard a étudié récemment dans sa thèse le traitement de l'acné rosée ou couperose par les scarifications et les courants de haute fréquence. Voici la technique qu'il recommande :

1° Soins préliminaires. — On débarrassera soigneusement la surface à traiter des croûtes qui pourraient la recouvrir, à l'aide de pulvérisations d'eau bouillie douce. Puis, avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'éther, on décapera minutieusement la peau ; obtenant en même temps par ce procédé une légère anesthésie locale.

2° Scarifications linéaires quadrillées. — Les scarifications seront faites selon le procédé habituel, avec un scarificateur en forme de fer de lance, à lame unique et fine, tranchante sur ses deux bords et pointue à son extrémité. Très courtes et très rapprochées les unes des autres, elles seront menées perpendiculairement ou obliquement à la direction des petits vaisseaux perceptibles, pour les couper et les recouper en tous sens, se croisant entre elles de façon à former une sorte de quadrillage comme des hachures de dessin et dépassant d'un centimètre environ la zone malade. On évitera enfin de les faire trop profondes, ce qui risquerait d'amener des cicatrices apparentes et disgracieuses.

3° Application directe et immédiate des courants de haute fréquence. — Aussitôt les scarifications terminées, on soumettra le malade à l'action des courants électriques, car il importe avant tout de ne point laisser le sang extravasé se coaguler. Pourtant, dans le cas où l'on aurait plusieurs sujets à traiter à la fois, il suffirait, comme l'indique M. Loust, de recouvrir la région scarifiée d'un tampon d'ouate hydrophile préalablement imbibé d'une solution de nitrate de soude à 6 pour 100.

Pour l'application directe des courants de haute fréquence, on se sert d'une électrode condensatrice particulière, en forme de crosse, terminée par une surface plane et circulaire : l'électrode de Bürger. Cette électrode, tout en verre, facilement aseptisée et directement reliée au résonnateur du docteur Oudin réuni à la bobine, est excitée de telle manière que l'on obtienne une aigrette électrique d'intensité moyenne et bien fournie. Le manchon de verre est alors promené pendant quelques minutes sur toute l'étendue de la surface scarifiée que l'on dépasse même largement, jusqu'à ce que le sang, perlant des solutions de continuité, prenne une coloration brune caractéristique, indiquant une modification de l'hémoglobine. La peau de la région traitée est alors fortement congestionnée ; lisse et violacée, elle se recouvre de petites gouttelettes d'un liquide séreux, riche en fibrine, pauvre en éléments figurés. Cette turgescence peut persister un ou deux jours.

Ces séances, peu douloureuses d'ailleurs, sont

répétées tous les huit jours et même tous les quinze jours jusqu'à la guérison complète: le plus souvent cinq ou six suffisent.

Dans l'intervalle, on pourra, si l'on veut, recommander de faire quotidiennement sur les régions atteintes des applications de pommades inertes ou de lotion soufrée ordinaire.

C'est en 1894, avec Oudin, que ce mode de traitement fit son entrée dans la pratique dermatologique et depuis,les heureux résultats obtenus dans plusieurs affections cutanées par son emploi lui ont définitivement conquis une place dans l'arsenal thérapeutique des dermatoses. L'action trophique sur les tissus malades a été maintes fois constatée ; par lui, le processus de fibrose se trouve puissamment excité, la cicatrisation marche plus rapidement et surtout se fait d'une façon beaucoup plus esthétique, atteignant même la perfection. Or, par la scarification préalable, qui crée à la surface des régions atteintes autant de solutions de continuité, on permet à l'aigrette électrique de pénétrer plus profondément au sein des tisus malades. On porte, pour ainsi dire, le remède au cœur même du mal, et les propriétés précieuses des courants de haute fréquence trouvent, par ce moyen, à s'exercer dans de meilleures conditions et, par conséquent, d'une façon bien plus efficace, partant, plus énergique. La durée du traitement se trouve donc abrégée d'autant par contre-coup.

Enfin, il semble démontré que l'étincelle électrique soit un puissant modificateur de la sécrétion sébacée. Sous son influence, en effet, celle-ci ne tarde pas à diminuer dans de notables proportions, et cette propriété rencontre bien ici son utilité puisque dans l'acné rosée les glandes sont fréquemment hypertrophiées.

Il ne faut pas oublier de mentionner l'action analgésiante locale des courants de haute fréquence, ce qui réduit à peu de chose les phénomènes douloureux que pourrait provoquer leur application.

Malformations scapulaires simulant la paralysie du grand dentelé

M. le Dr Arm. Roux, de Courtalain (Eure-et-Loir), a étudié dans sa thèse un certain nombre de cas de malformations de l'omoplate ayant simulé une paralysie du muscle grand dentelé :

« La région scapulaire, dit l'auteur, présente parfois des malformations qui, très souvent, peuvent être causes d'une modification des mouvements du membre supérieur correspondant.

« Or, il existe une *malformation scapulaire simulant la paralysie du grand dentelé*, ainsi caractérisée :

« *Dans le mouvement d'abduction avec élévation du bras* :

« *L'angle inférieur et le bord spinal de l'omoplate se décollent de la paroi thoracique sus-jacente* ;

« *L'angle inférieur se porte, soit en dehors*, déformation en aile ouverte; *soit en dedans*, déformation en aile fermée.

« Le bord spinal limite avec la paroi sous-jacente une dépression de volume variable, dont l'ouverture est dirigée en dedans vers la colonne vertébrale.

« *Les mouvements du bras dépassant l'horizontale sont pour le moins très difficiles.*

« Il n'y a ni troubles moteurs, ni troubles sensitifs.

« Il n'y a pas d'anomalie dans la configuration et l'architecture de l'omoplate.

« Cette malformation peut n'apparaître qu'à l'occasion d'un mouvement violent.

« Le diagnostic est facile à faire à condition de s'aider des examens électriques et radiographiques.

« Il s'agit certainement d'une malformation, mais certains traumatismes peuvent produire une déformation de mêmes symptômes d'où l'importance de ce diagnostic au point de vue médico-légal.

« Le traitement doit être simplement orthopédique, au moyen d'une cuirasse postérieure ne gênant pas les mouvements respiratoires.

« Cette cuirasse embrasse la partie antérieure du thorax par deux étroites ceintures rigides,dont la supérieure prend surtout son point d'appui sur les clavicules, passant en bretelle sur l'épaule, et l'inférieure, passant sous les bras, pour s'appuyer de même sur les clavicules : les mouvements respiratoires du thorax ne sont donc nullement gênés. La cuirasse postérieure embrasse les deux régions scapulaires postérieures, pour maintenir, collée au thorax, l'omoplate en cause, surtout son angle inférieur ; le dispositif est celui d'un coussin à ressorts, moulé sur la région.

« L'appareil doit être maintenu en place longtemps, et il ne faut le retirer que s'il se produisait des adhérences musculaires assez solides pour remplir le même office, adhérences qui ne sont d'aucune gêne dans le mouvement de sonnette scapulaire, puisqu'elles ne peuvent se produire qu'entre le grand dentelé et le plan sous-jacent ».

Inhalations d'éther comme antidotes de la cocaïne.

La *Semaine médicale* rapporte qu'un médecin américain, le Dr Engstad, a eu l'idée de recourir aux inhalations d'éther sulfurique pour combattre les accidents graves d'intoxication par la cocaïne.

L'éther stimule, en effet, le système vasomoteur, l'activité des centres respiratoires, du cerveau et du nerf pneumogastrique, en même temps qu'il constitue un tonique énergique du muscle cardiaque. A tous ces égards, par conséquent, il agit en antagoniste de la cocaïne, qui, elle, déprime l'activité cardiaque, notamment celle du cœur droit, et exerce une action inhibitrice sur les centres respiratoires (la mort peut survenir au milieu de phénomènes respiratoires rappelant le type de Cheyne-Stokes).

Sous l'influence d'inhalations d'éther, on verrait aussitôt le pouls devenir plus plein et récupérer sa tension normale, l'excitation mentale et

✦✦✦

tous les symptômes d'intoxication disparaître rapidement.

« Pour obtenir ce résultat, il importe de ne pousser l'éthérisation qu'à un faible degré de narcose. Il convient, d'ailleurs, d'administrer l'éther *goutte à goutte* (Voir *Semaine médicale* 1901, p. 40), sans quoi on riquerait d'augmenter encore le danger d'asphyxie, en empêchant l'accès d'air aux poumon déjà engorgés de sang veineux. En procédant comme nous venons de le dire, l'auteur a pu sauver des malades dont l'état paraissait tout à fait désespéré.

« M. Engstad estime que le procédé en question pourrait aussi être avantageusement appliqué dans les cas d'empoisonnement par la stovaïne. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement de l'hémophilie. — Le chloroforme chez les ictériques. — Anesthésie générale dans les interventions ouvrant la cavité pleurale.

A propos de trois cas d'*hémophilie* présentés par M. Guillot (du Havre), une courte discussion s'engage à la *Société de Chirurgie* sur la valeur des traitements préconisés contre cet état morbide.

Dans deux cas sur trois, M. Guillot note l'échec du chlorure de calcium et des injections de sérum frais.

M. Walther a obtenu de bons effets des injections de sérum physiologique et de sérum frais de cheval, non chauffé, recueilli aseptiquement.

M. Tuffier a constaté que la plupart des médications sont inefficaces contre l'hémophilie. Selon lui, les injections sous-cutanées de sérum gélatiné n'ont aucune valeur hémostatique. Il en est de même du chlorure de calcium. Seules, les injections de sérum frais doivent être considérées comme ayant une réelle action au point de vue chirurgical, et encore ne donnent-elles pas toujours des succès constants. Il n'existe pas une hémophilie, mais des hémophilies : à côté des hémophilies plasmatiques, il y a place pour certaines formes d'hémophilie par troubles vasculaires, contre lesquelles on conçoit l'échec de toutes les méthodes tendant uniquement à modifier la composition du sang.

M. Fontoynot, dans l'hémophilie acquise d'origine paludéenne, a pu pratiquer des opérations sans ennuis, en faisant prendre préventivement par la bouche du sérum desséché, et en pratiquant, le soir de l'opération, une injection d'un sérum frais quelconque (anti-diphtérique, antitétanique ou autre).

M. Legueu a observé un cas d'hémophilie musculaire caractérisée par des hématomes considérables se faisant dans les muscles psoas-iliaques. L'intervention au bistouri fut suivie d'hémorrhagies intenses et le malade n'a pu guérir que grâce à une série d'injections quotidiennes de sérum frais, suivant la méthode de Weill.

M. Ricard a vu chez une jeune fille hémophile, survenir un hématome et des hémorrhagies à la suite d'une opération d'appendicite. L'hémorrhagie continua malgré le chlorure de calcium, l'injection de sérum physiologique et de sérum gélatiné. Deux injections sous-cutanées de 5 centimètres cubes de sérum anti-diphtérique firent cesser les accidents.

Les injections de sérum frais semblent donc constituer la partie la plus efficace du traitement.

— M. Quénu fait à la *Société de chirurgie* une communication sur le *danger spécial du chloroforme chez des hépatiques ictériques*, sur l'ictère grave post-chloroformique et les avantages de l'éthérisation dans les cas d'ictère.

M. Quénu a remarqué depuis longtemps que chez les ictériques opérés pour lithiase ou pour toute autre affection hépatique, il est d'observation courante que l'ictère s'accentue dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'acte opératoire, et non seulement l'ictère, mais aussi les accidents d'intoxication biliaire, les hémorrhagies en particulier. Le pronostic opératoire des lithiasiques ictériques peut recevoir du chloroforme une aggravation notable. On peut observer une sorte d'ictère grave post-chloroformique. Des cholécystostomies pour cancer du pancréas et pour cancer des voies biliaires, faites par l'auteur à la cocaïne, ne lui ont plus donné d'accidents cholémiques post-opératoires. De même, dans quatre opérations à l'éther chez des ictériques les suites ont été excellentes.

« Il me paraît suffisamment ressortir de mes observations, dit M. Quénu, que le chloroforme est un agent anesthésique dangereux chez les malades atteints d'ictère et qu'il serait prudent d'y renoncer chez eux. Le contraste entre les suites du chloroforme et de l'éther au point de vue hépatique semble net et significatif. Sans méconnaître que tous les agents anesthésiques sont des toxiques, et sans nier que l'éther puisse lui aussi avoir quelque action nocive sur les reins et le foie, cette action nocive étant infiniment moindre que celle du chloroforme, je me sens encouragé à employer désormais l'éther dans toutes les opérations chez les ictériques, et peut-être d'une manière plus générale chez tous les hépatiques, tandis que, au moins chez les premiers, l'usage du chloroforme me paraît absolument condamnable ».

Ce travail de M. Quénu soulève à nouveau la question des accidents éloignés de la chloroformisation, accidents difficiles à préciser puisqu'on peut les confondre avec les états infectieux post-opératoires. Depuis quelques années, les physiologistes ont montré, en provoquant par des inhalations de chloroforme chez les animaux sains, des lésions graves du foie et du sang, la réalité d'une intoxication expérimentale par le chloroforme. De même, certains auteurs ont admis la possibilité d'une mort tardive par intoxication chloroformique, à la suite d'opérations.

La communication de M. Quénu appuie, quant

aux hépatiques tout au moins, l'opinion de ceux qui croient aux accidents éloignés de la chloroformisation.

M. Lucas-Championnière voit un danger dans ces accusations portées un peu à tort et à travers contre le chloroforme. Les physiologistes tendent volontiers à accuser le chloroforme de tous les troubles observés sur les opérés après des mois et des années. En fait, les chirurgiens voient le contraire, et il ne faut pas mettre au compte du chloroforme toutes les septicémies dont on n'a pu déterminer les lésions, ce qui est le propre des septicémies à forme rapide.

M. Tuffier pense également qu'il convient d'être très circonspect avant d'admettre la nocivité à longue échéance du chloroforme. En face d'accidents post-opératoires, la première pensée doit être pour une infection chirurgicale. On ne doit abandonner cette opinion qu'après l'avoir soumise à la critique la plus sévère.

M. Potherat, bien que partisan de l'éther, qu'il emploie de préférence au chloroforme depuis longtemps, estime néanmoins que la conclusion de M. Quénu (« l'usage du chloroforme chez les hépatiques paraît absolument condamnable ») constitue une formule trop lapidaire, et qu'il serait bon de la rendre moins catégorique.

— A la *Société des Chirurgiens de Paris*, M. Huguier fait un rapport sur un travail de M. Rigollot-Simonnot relatif à l'*anesthésie générale dans les interventions ouvrant la cavité pleurale*. Le travail en question a pour point de départ une pneumotomie pour abcès du poumon. Vingt-trois jours après l'intervention, alors que le patient était presque complètement guéri, survint brusquement un pneumothorax par suite de la rupture tardive des adhérences pleuro-pulmonaires en un point très limité.

M. Simonnot fait suivre cette observation de considérations intéressantes sur le pneumothorax opératoire. Il montre que, chez son malade, le pneumothorax total produit sous anesthésie fut parfaitement bien supporté tandis que le pneumothorax spontané s'accompagna de symptômes graves allant jusqu'à la syncope. D'après M. Rigollot-Simonnot, l'anesthésie générale, à condition qu'elle soit complète, agirait en supprimant les réflexes pleuraux, c'est-à dire la cause des accidents nerveux et syncopaux.

Finalement, l'auteur arrive à cette conclusion, contraire à l'opinion classique, que dans l'opération de l'empyème pour pleurésie purulente, le meilleur moyen d'éviter les accidents mortels dus aux réflexes pleuraux, c'est d'opérer sur des malades complètement anesthésiés et d'employer pour la narcose l'éther de préférence au chloroforme qui est plus toxique.

M. Brochin n'hésite pas, en pareil cas, à recourir au chloroforme. Il est étonné des méfaits de toutes sortes dont on accuse aujourd'hui cet agent anesthésiant. Il le défend comme étant encore le plus sûr des anesthésiques, ce que lui permet d'affirmer une pratique de près de 40 ans d'emploi du chloroforme sans un seul cas de mort. P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

L'ipéca,

Par le Dr André Lombard.

C'est un médicament sans lequel la médecine infantile serait certainement impossible et celle des adultes bien difficile. Car, il y a en lui plusieurs médicaments selon que l'on considère ses propriétés vomitives, purgatives, expectorantes ou ses effets hypotenseurs, lesquelles correspondent, du reste, à un mode d'administration et à une posologie différents.

La racine, seule partie utilisée de la plante, contient une huile volatile, un tannin et deux alcaloïdes : l'un vomitif : la céphéline, l'autre expectorant : l'émétine. L'action vomitive est due à l'excitation du centre bulbaire, puis de la muqueuse gastrique ; c'est par cette muqueuse que se fait l'élimination. D'une façon générale, l'ipéca ralentit la circulation et la respiration, exagère et fluidifie les sécrétions nasales et bronchiques ; il provoque une hypersécrétion des glandes intestinales et des glandes annexes du tube digestif, et modère le système nerveux. Il est contre-indiqué chez les vieillards, les artério-scléreux, les cardiaques et chez les individus de tout âge débilités par une maladie aiguë ou chronique.

On ne le prescrira pas en même temps que les sels de mercure et de plomb, les alcaloïdes, les acides végétaux, le tannin et les substances astringentes : le tannate d'émétine qui se formerait est insoluble.

On se souviendra aussi que l'action vomitive est annihilée ou supprimée par l'acide cyanhydrique (eau de laurier-cerise), le bismuth, les narcotiques, les aromatiques, les stimulants, le froid.

Cette action vomitive est moins rapide, mais plus prolongée que celle qu'on obtient avec l'émétique et on le doit préférer à cette substance chez les enfants et les malades débilités. Pour obtenir l'effet maximum, on le prescrit à petites doses répétées à de courts intervalles ; une dose trop forte serait immédiatement rejetée sans avoir provoqué le résultat désiré.

Comme *vomitif*, l'ipéca se prescrit en poudre à la dose de un à deux grammes chez l'adulte ; à celle de dix centigr. par année d'âge chez l'enfant.

Dans le premier cas, on formule :

Poudre d'ipéca..... 1 gr. 0 à 1 gr. 50

à diviser en 3 paquets, à prendre de cinq en cinq minutes avec une cuillerée d'eau tiède ; dans le second, on l'associe à du sirop d'ipéca (celui de la Conférence de Bruxelles), dont on fait prendre autant de grammes que de centigrammes de poudre. On donnera à un enfant de trois ans :

Poudre d'ipéca	0 gr. 30
Sirop d'ipéca	30 gr.

à prendre par cuillerées à café de cinq en cinq minutes jusqu'à effet vomitif énergique.

Il est ainsi le remède de la vulgaire indigestion, de l'embarras gastrique fébrile, de celui qui précède souvent les amygdalites, de la grippe, et surtout celui des empoisonnements par ingestion s'ils sont assez récents pour que le poison soit encore dans l'estomac.

Les *effets purgatifs et cholagogues* sont recherchés dans la diarrhée des pays chauds et la dysenterie (Délioux de Savignac), cette méthode consiste à faire prendre toutes les heures une cuillerée **à soupe** de :

Poudre de racines d'ipéca	4 gr.

faire bouillir cinq minutes dans :

Eau	300 gr.

filtrer, ajouter :

Sirop d'opium Hydrolat de cannelle	àà 30 gr.

Cette formule peut être ainsi modifiée (Marini) :

Racine d'ipéca de Rio	5 gr.

faire une décoction de cinq minutes dans :

Eau	300 gr.

filtrer et ajouter :

Menthol	0 gr. 20
Teinture de cannelle Julep gommeux	àà 30 gr.

à prendre par cuill., à soupe d'heure en heure. Le menthol a pour but de calmer les vomissements et les coliques et de désodoriser les selles.

On peut aussi bien prescrire les pilules de Segond :

Ipéca pulvérisé	0 gr. 40
Calomel à la vapeur	0 gr. 20
Extrait d'opium	0 gr. 05
Extrait de rhubarbe ou sirop de nerprun	q. s.

pour 6 pilules, à prendre de deux en deux heures, en un jour, et pendant cinq jours.

Le mérite de ces médications a été un peu exagéré et elles ne conviennent pas au début de la maladie. Mais dans la forme dysentérique de la colite chronique, les lavements d'ipéca (infusion de 10 gr. dans 250 gr. d'eau) ne sont pas sans avantages.

L'ipéca, à doses beaucoup plus faibles, jouit de *propriétés excito-motrices du tube digestif* : dans la flatulence, l'hypopepsie avec atonie gastrique, on fait utilement prendre après les repas, et en deux ou trois prises espacées d'une demi-heure, soit 2 à 5 pastilles d'ipéca (dosées à un centigr. chacune), soit deux à cinq centigr. de poudre en cachets, pure ou associée à du bicarbonate de soude, soit la teinture, associée à d'autres teintures apéritives (Lyon) :

Teinture d'ipéca	20 gr.
Teinture de colombo Teinture de gentiane	àà 10 gr.

dont on prendra quinze à vingt-cinq gouttes après les repas, dans un peu d'eau, en deux ou trois fois, à une demi-heure ou une heure d'intervalle ;

ou :

Teinture d'ipéca	5 gr.
Teinture de gentiane	5 gr.
Teinture de noix vomique	5 gr.

dont on prendra quinze à vingt-cinq gouttes en deux fois à une heure d'intervalle, dans un peu d'eau, ou :

Teinture d'ipéca	1 gr.
Teinture de noix vomique	6 gr.
Teinture de badiane	5 gr.

dont on prendra six à dix gouttes après chaque repas.

Les lavements à conserver d'une infusion de 4 à 5 gr. d'ipéca dans 150 gr. d'eau ont été quelquefois utilisés pour combattre la constipation, surtout chez la femme ; il faut les prendre plusieurs jours de suite.

(*A suivre.*)

REVUE DE L'ÉTRANGER

Le taxis dans le traitement des hernies étranglées,

Par le docteur GEORGES.

I. — SUR SES INDICATIONS.

Le Dr VAN ASSEN (d'Amsterdam) n'est pas partisan du taxis. Pour lui, toute hernie étranglée doit être opérée aussitôt que possible, car les résultats de cette opération atteignent presque l'idéal, alors que les essais de taxis peuvent être dangereux, même dans les premières heures. La chose est nettement démontrée par l'observation d'un de ses malades, qui présenta une perforation intestinale consécutive au taxis, mais néanmoins put avoir la vie sauve grâce à l'intervention et à la suture. De plus, ayant réuni 100 observations personnelles de hernies étranglées (40 inguinales, 60 ombilicales), cet auteur insiste particulièrement sur 6 cas, dans lesquels le taxis ne semblait pas à coup sûr contre-indiqué, et pour lesquels cependant une intervention démontre tout le danger qu'eût entraîné semblable pratique.

D'une manière générale, il faut donc opérer les hernies étranglées, — de préférence sous l'anesthésie locale.

Van Assen admet cependant qu'il peut y avoir une exception à cette règle :

a) Pour les cachectiques, pour les hernies datant de quelques jours ou bien étranglées depuis peu de temps — lorsqu'il est impossible en quel-

ques heures de les transporter à l'hôpital, et d'avoir à sa disposition des aides stylés;

b) Quand il y a syphilis floride, ou infection du champ opératoire ; dans ces conditions il est permis de tenter le taxis (s'il n'est pas spécialement contre-indiqué) avant de faire l'opération ;

c) Chez les petits enfants, pour lesquels on essaye, quand ils ne présentent pas d'excitation nerveuse, d'obtenir la réduction spontanée par la surélévation du bassin.

II. Sur son application infructueuse.

L'atropine donne des succès.

Quelques observations d'un médecin australien Robl montrent tous les avantages que l'on peut dans certains cas retirer de l'emploi de l'atropine dans les hernies étranglées, *quand le taxis échoue*. Les voici d'ailleurs brièvement résumées :

Observation I. — C'est un enfant de 3 ans, qui un soir, vers 6 heures, présenta les symptômes d'une hernie inguinale étranglée. Taxis sans résultat. La hernie grosse comme un œuf de pigeon a la dureté d'une pierre. On fait une injection sous-cutanée de 3 milligrammes d'atropine.

Le soir à 10 heures, délire furibond, contractions cloniques, peau sèche, tachycardie. On donne un bain chaud d'une heure et demie; on fait des enveloppements froids de la tête.

A minuit, la hernie et le délire ont disparu. Le patient est enroulé dans une couverture de laine et il s'endort profondément. Guérison définitive.

Observation II. — Un garçon de 12 ans présente à 11 heures 1/2 du matin une hernie inguinale gauche étranglée. Le taxis est rendu impossible par suite de la présence, dans l'anneau, du testicule sous la hernie ; il s'y trouvait d'ailleurs fixé depuis quelques mois sans occasionner de douleurs. A midi, on fait une injection sous-cutanée d'atropine (un milligramme) dans la région du pubis. A 4 heures 1/2 du soir, la hernie est réduite. Le testicule est resté dans sa situation primitive, il reste encore sensible durant quelques jours. Guérison.

Observation III. — Un sujet de 35 ans est amené à l'hôpital un jour, à 5 h. 1/2 du soir, avec une hernie scrotale droite étranglée. La tumeur est indurée ; le taxis reste sans résultat. On injecte 6 milligrammes d'atropine sous la peau de la région pubienne. Le lendemain matin, la hernie a disparu ; le malade ne souffre plus.

Observation IV. — Un homme, âgé de 81 ans, se présente avec une hernie scrotale droite étranglée, qui est indurée. Taxis sans résultat, à 3 heures de l'après-midi on injecte 3 milligrammes d'atropine dans la région iliaque. De 3 h. à 5 heures, les douleurs augmentent. A 8 heures du soir, même état : injection sous-cutanée de 2 milligrammes d'atropine. A 11 heures, la hernie avait diminué de moitié ; le lendemain matin elle avait disparu. Cependant, bientôt apparut une parésie vésicale, qui ne céda à aucun traitement. Un mois plus tard, ce vieillard mourait d'asthénie générale.

***

L'atropine semble donc constituer, quand le taxis échoue, ou même primitivement, un remède précieux pour le médecin de campagne dans le cas de hernie étranglée, à la condition toutefois qu'il n'en soit pas donné des doses trop faibles. Chez l'adulte il est bon de faire d'emblée une injection sous-cutanée de 3 milligrammes d'atropine.

TROUVAILLES ET OBSERVATIONS
DU PRATICIEN

Observation d'un cas de tétanos d'origine dentaire,

Par le Docteur Molly
Médecin-consultant à Bourbonne-les-Bains

Nous avons observé un cas de tétanos consécutif à une *ostéo-périostite suppurée du maxillaire* supérieur. Cette origine du tétanos est rare. D'où l'intérêt de cette observation.

Il s'agit d'une jeune fille de 26 ans, occupée à des travaux de culture.

Comme antécédents, nous notons, à l'âge de 17 ans, une scarlatine suivie d'une néphrite grave, au cours de laquelle survinrent de grands œdèmes et une congestion pulmonaire.

Cette personne eut une ostéo-périostite de la première zone molaire supérieure droite.

Brusquement, elle vit la mastication devenir difficile, et une raideur douloureuse empêcher les mouvements de la mâchoire inférieure. La jeune fille parlait les dents serrées, elle avait de la fièvre.

Aussi pensions-nous, tout d'abord, qu'allait évoluer l'une des trois affections aiguës, causes habituelles du trismus : accidents de la dent de sagesse, phlegmon de l'amygdale, arthrite temporo-maxillaire. L'âge de la malade et les irradiations douloureuses parties du maxillaire supérieur faisaient penser à la première d'entre elles.

Deux jours après, survenait la contracture des muscles de la face, puis de la nuque. Enfin apparurent de grands accès tétaniques, l'opisthotonos, la contracture des membres inférieurs, puis supérieurs et celle des muscles et de l'abdomen.

La température oscillait entre 37°5 et 38°5.

L'examen ne révélait aucune plaie des téguments.

Le traitement classique fut institué. Ce furent le régime lacté, de grandes injections de sérum antitétanique, l'emploi du chloral et du bromure.

Localement, on traita la lésion dentaire par l'eau oxygénée.

La durée des accidents fut de 4 semaines et la guérison survint.

L'examen de la lésion causale, fait après disparition du trismus, démontra que l'évolution de la dent de sagesse était faite depuis longtemps et qu'elle était saine.

L'ostéo-périostite suppurée était limitée au niveau de la 1re zone molaire. Le sinus était sain.

Cette origine du tétanos est intéressante à signaler ; sans doute il est connu que toute plaie à l'abri de l'air, suppurante et anfractueuse prédispose au tétanos, mais l'origine dentaire de cette affection est rare, quand on songe à la fréquence des lésions dentaires négligées.

Il est intéressant de voir que, malgré une ancienne lésion rénale grave, les injections de sérum furent bien tolérées.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les Œuvres du " Concours Médical ".

Prévoyance et défense professionnelles : tel a été, dès les premiers jours, le programme du *Concours médical*, tel il est aujourd'hui, et nous croyons pouvoir nous rendre cette justice que jamais nous n'avons failli à notre tâche.

En matière de prévoyance, le *Concours* s'est préoccupé tout d'abord des retraites médicales et a fondé la *Caisse des retraites du Corps médical français.*

Cette caisse s'adresse à tous les médecins français, légalement autorisés à exercer en France, et aussi à leurs femmes. Moyennant une cotisation annuelle variable avec l'âge d'entrée, elle assure, à partir de 60 ans d'âge et après une participation minimum de 15 années, ainsi que l'exige la loi, une pension viagère dont le type est de 1.200 fr. Faculté est d'ailleurs laissée aux membres, non seulement de verser deux, trois, quatre cotisations pour recevoir deux, trois, quatre fois la retraite, mais encore de souscrire la demi-cotisation pour s'assurer la demi-retraite. Enfin, moyennant le versement d'une somme fixe de 155 francs — ou de la demie, soit 77 fr. 50 — le médecin peut s'assurer une retraite — ou une demi-retraite — proportionnelle au capital qu'à 60 ans, il aura constitué. Les adhérents peuvent d'ailleurs contre-assurer leurs versements pour, dans le cas où ils viendraient à mourir avant d'avoir touché la première annuité de leur pension, assurer à leurs ayants droit le remboursement des sommes versées par eux.

Au 31 décembre 1909, la Caisse possédait un avoir de 1.076.834 fr. 17. Elle avait encaissé dans l'année écoulée 77. 441 fr. 65 de cotisations et avait payé 35.407 fr. de pensions.

Quelques années plus tard, le *Concours* créait l'*Association Amicale des Médecins Français* qui assure l'indemnité journalière en cas de maladie ou d'accident, la retraite à 65 ans, enfin les pensions viagères aux veuves et aux orphelins mineurs.

La combinaison A, moyennant le paiement d'une prime annuelle fixée à l'entrée d'après l'âge, donne l'indemnité journalière de dix francs pendant soixante jours, à partir du cinquième ; et au-delà, l'indemnité mensuelle de cent francs quelle que soit la durée de l'incapacité de travail.

La combinaison A C donne les avantages assurés par la combinaison A et de plus, moyennant le paiement d'une prime supplémentaire, également fixée à l'entrée d'après l'âge, à 65 ans, c'est-à-dire au moment où cesse le bénéfice de la combinaison A, la jouissance d'une pension annuelle et viagère de 1.200 francs. Dans cette combinaison, le sociétaire peut, comme à la caisse des pensions, contre-assurer ses versements.

La combinaison A D donne également les avantages assurés par la combinaison A et de plus, moyennant le paiement d'une prime supplémentaire, toujours fixée à l'entrée d'après l'âge du mari et celui de la femme, en cas de décès du mari, une pension annuelle et viagère de 600 francs à la veuve ou, à défaut, aux enfants mineurs.

La combinaison ACD assure la réunion de tous les avantages précédents.

Au 31 décembre 1909, l'Association Amicale avait encaissé au cours de l'année précédente 136.779 francs 75 de cotisations et payé 95.191 francs 45 d'indemnités représentant 6.225 journées à dix francs et 10.283 journées à cent francs par mois.

En matière de défense, le *Concours* s'est intéressé à la création des Syndicats médicaux et de leur Union, a poursuivi la lutte contre les collectivités de plus en plus envahissantes, étudié tous les problèmes posés depuis trente années devant le corps médical, contribué à toutes les œuvres dont l'action était parallèle à la sienne.

Mais comme la défense collective ne pouvait suffire, il a créé le « *Sou Médical* » pour venir en aide au médecin que son isolement pouvait faire succomber.

Le « *Sou Médical* » est à la fois une œuvre de défense et de prévoyance : de défense puisqu'il aide le médecin de ses conseils juridiques et de son appui pécuniaire, de prévoyance puisqu'il l'assure contre les cas de responsabilité civile où peut l'entraîner l'exercice de sa profession.

Moyennant une cotisation annuelle de vingt francs, il assume ce double rôle, qui s'est traduit par plus de deux mille interventions près de toutes les juridictions, par un nombre quintuple de consultations, d'arbitrages, de conseils de toute sorte.

Le « *Sou Médical* » ne capitalise pas, il emploie ses ressources au fur et à mesure des besoins reportant à l'exercice suivant les sommes qui peuvent être disponibles en fin d'année.

Ces œuvres diverses groupent actuellement trois mille confrères ; ce nombre serait certainement plus grand si tous voulaient bien réfléchir aux avantages qu'ils en peuvent tirer, soit actuellement, soit dans un avenir plus ou moins prochain.

Nos Comités départementaux de propagande.

La relation de mon voyage dans le Sud-Est m'a valu de nombreuses lettres. « Que demandez-vous à ces Comités ? Comment les nommez-vous ? Que dois-je faire pour en faire partie ? En ferez-vous dans tous les départements ? En avez-vous déjà établi beaucoup ? »

Je tiens donc à définir, une fois encore, le but de nos Comités départementaux. En les créant, nous avons eu le légitime désir de pousser nos confrères dans la voie de la prévoyance et de la défense professionnelle bien organisée. Pour cela faire, nous groupons les actifs d'un département en un Comité.

Ce choix nous est facilité par les résultats d'un referendum, fait l'an dernier ; mais avec quel plaisir n'accueillons-nous pas ceux qui viennent nous proposer de s'organiser eux-mêmes. Sur place, ils connaissent mieux leurs hommes, savent les petites questions locales qui font que tel ou tel a mieux l'oreille de ses confrères, etc.

Aussi faisons-nous tout ce qui est en notre pouvoir pour aider ces initiatives.

Mais, pour les départements qui ne manifestent pas pareille intention, nous nous reportons aux résultats du referendum et nous demandons à certains confrères s'ils veulent faire partie du Comité de leur département. Chacun d'eux doit être abonné au *Concours*, pour être en rapports constants avec nous, ne serait-ce qu'en lisant le journal chaque semaine.

Autant que possible, nous choisissons ceux qui font partie de nos Filiales, car, seuls, les adhérents de ces caisses peuvent en apprécier le fonctionnement et les avantages ; seuls ils peuvent donc faire de la bonne propagande en leur faveur.

A côté de ces confrères, nous désirons que le syndicat local désigne un délégué ; que l'Association locale en fasse autant. De même faisons-nous lorsqu'il existe dans un département un groupement similaire à l'une de nos Filiales : pour nous, l'essentiel c'est que le médecin fasse œuvre de prévoyance.

La présence de délégués des syndicats dans ces Comités départementaux prouve notre désir de voir ces derniers ne s'occuper que de propagande et laisser le syndicat faire sa besogne d'action et de défense professionnelle. Comités et syndicats ne devront jamais être en concurrence.

Bien au contraire, tout en reconnaissant à chaque groupement son entière initiative, nous émettons le désir que tous les membres des Comités donnent leur adhésion à leur syndicat local, s'ils n'en font pas déjà partie.

Combien de membres dans ces Comités ? Cela dépend des régions. En règle générale, nous choisissons un confrère par arrondissement ; mais lorsque la ville est importante, ou l'arrondissement très étendu, ou de communications difficiles, nous prenons plusieurs représentants, selon les circonstances.

Quelles sont les attributions de ces Comités ? Ils doivent s'occuper de la propagande pour le Syndicat, l'Association, le Concours et ses filiales et, en général, pour toute œuvre susceptible d'intéresser le médecin et de lui être utile.

Comment faire cette propagande ? Toute latitude est laissée à nos Comités qui font pour le mieux, selon leur initiative. Mais c'est surtout à l'occasion des réunions des syndicats, que cette propagande peut le mieux se faire, soit par des conférences, soit au cours des conversations particulières, etc.

Ces Comités seront créés partout, dans chaque département. Mais, à l'heure actuelle, leur nombre n'est pas encore grand, car, personnellement, je n'ai pas pu voyager autant que je l'aurais voulu, retenu que je l'ai été par beaucoup de travail, pour me mettre au courant de mes fonctions au *Concours* et au « Sou ».

Mais maintenant, je puis dire à tous mes confrères : « Voici l'époque des réunions de syndicats. Ecrivez-moi quelque temps d'avance, si vous voulez bien me faire l'honneur de m'inviter à votre réunion ».

Connaissant d'avance ces invitations, je puis les grouper, en provoquer d'autres dans les régions voisines, pour qu'ainsi, je puisse visiter chaque région, l'une après l'autre, au lieu de faire des quantités de petits voyages.

Au cours de ces assemblées générales de syndicats, je pourrai exposer ce que sont nos différentes œuvres de défense et d'assistance professionnelles ; je pourrai ensuite créer le Comité du département.

Mais l'avantage le plus considérable de ces voyages que je vais faire, c'est de prendre contact avec mes confrères, de leur expliquer nos programmes syndicaux, de causer avec eux pour connaître les besoins et aspirations de chacun. Rentré à Paris, je puis mieux être le porte-parole de tous les médecins en général. Je suis plus à même de défendre leurs intérêts.

De leur côté, ayant pu causer avec un représentant du *Concours*, ils n'hésitent plus à nous écrire pour nous exposer leurs doléances, leurs desiderata. Nous tenons à ce qu'ils se trouvent, au Concours, en pays de connaissance.

Vous pouvez donc compter sur nous, mes chers confrères : le *Concours* ne faillira pas à la tâche qu'il s'est tracée : améliorer la situation matérielle et morale du praticien, avec ordre, méthode et esprit de suite. Nous savons où nous voulons aller et où nous vous menons, car notre ligne de conduite nous vient de vous par la nombreuse correspondance que vous nous envoyez. Et, pour être encore en communion d'idées plus intime avec vous tous, nous avons créé ces Comités départementaux, pour que, par leur intermédiaire, nous puissions augmenter le nombre et, partant, la force de nos groupements professionnels.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE SYNDICALE

La cohésion syndicale. Les sanctions et la mise à l'index.

Un des reproches que l'on adresse le plus souvent aux syndicats médicaux est leur impuissance à faire respecter leurs décisions.

Leur action, disent les antisyndicalistes, n'a aucun effet contre les personnes étrangères au corps médical (collectivités ou individualités). Elle est nulle sur les médecins qui ne sont pas syndiqués et est précaire auprès des syndiqués eux-mêmes.

Comme dans toute critique, il y a dans ce reproche une part de vérité, mais cette part est beaucoup moins importante qu'elle ne le paraît tout d'abord. Nous allons essayer de le démonter en exposant comment les Syndicats peuvent devenir une force et maintenir la cohésion de leurs adhérents,

Une association syndicale ou autre, pour être puissante, a en effet besoin de cohésion, et pour que cette cohésion existe, il importe que des liens solides maintiennent unis les associés.

Ces liens peuvent être matériels ou moraux. Nous pensons que les uns et les autres sont fort utiles, sinon indispensables.

Les liens matériels consistent dans les ressources de l'Association et dans les avantages matériels qu'elle assure à ses adhérents. On abandonne sans difficulté et parfois sans raison un groupement sans ressources et qui n'assure aucun avantage matériel immédiat à ses membres. Si l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France ne possédait pas de gros capitaux, il y a beau temps qu'elle se serait désagrégée peu à peu. Mais ceux qui à tort ou à raison se sont plaints de la marche qu'elle a suivie, retenus par sa fortune, dont ils sont en fait copropriétaires, ont cherché, au lieu de l'abandonner sottement, à la modifier par une action persistante et utile et à y faire triompher leurs idées. Il résultera fatalement des progrès de ces échanges d'opinions et de cette lutte d'idées.

Aussi avons-nous toujours désiré que nos syndicats fussent possesseurs d'assez fortes réserves, non par esprit de thésaurisation, non pour accumuler sou par sou, en avares, un trésor, mais parce que la possession collective d'une réserve est un lien puissant capable d'empêcher les syndiqués de démissionner sous le coup d'un accès de mauvaise humeur. Au-dessus du capital social, comme lien matériel nous mettrons les institutions utiles. On désertera difficilement nos syndicats quand ils fourniront des avantages réels à leurs membres ; un bon office de recouvrements, un service de contentieux sérieux et honnête, une caisse de prêts gratuits bien gérée et abondamment pourvue, une Caisse de défense, seront autant de liens pour retenir au Syndicat les plus tièdes.

Le jour où tous les Syndicats auront le droit de faire du commerce et où nos syndicats médicaux pourront assurer à leurs membres certains avantages dans l'acquisition de fournitures professionnelles ou autres ; le jour, qui est sans doute éloigné, mais qui viendra, nous en sommes convaincus, où les syndicats pourront mettre à la disposition de leurs membres et pour leur seule clientèle, des hôpitaux payants, des maisons de santé à prix modérés, des laboratoires d'analyses chimiques et bactériologiques, des ateliers de photographie et radiographie, etc., ce jour-là, le médecin syndiqué hésitera avant d'abandonner une Société qui, pour une cotisation modique, met entre les mains de ses adhérents de tels avantages. On nous objectera que l'on fera disparaître ainsi toute une catégorie de spécialistes. Peut-être ; à moins que les syndicats formés par ces spécialistes eux-mêmes n'assurent par un contrat équitable aux praticiens syndiqués les avantages qu'ils réclament.

Mais ces avantages matériels, qui maintiendront sans doute dans l'avenir le plus puissamment la cohésion syndicale, ne se réaliseront qu'à la longue et il est nécessaire dès à présent de donner une base solide à l'action syndicale.

Pour cela nous en sommes, à l'heure actuelle, réduits à la vertu du *Pacte syndical*.

Ce pacte syndical, qui est défini par les statuts, doit être respecté par tous les adhérents d'un Syndicat. L'entrée du Syndicat étant libre, le pacte étant accepté volontairement, celui qui le viole ne saurait avoir aucune excuse. Mais comme la parole donnée n'est pas, il faut l'avouer, sacrée pour tout le monde, il est nécessaire, il est indispensable d'en imposer le respect aux caractères irrésolus et faibles, et aux transfuges qui sont toujours prêts à déserter une cause pour peu que leur petit intérêt personnel y trouve son compte. Les statuts peuvent imposer le respect de leurs prescriptions en s'appuyant sur les *articles* 1142 *et suivants du code civil sur les obligations et leurs sanctions*, et nous voyons certains syndicats porter jusqu'au taux de 1000 francs les amendes dont ils peuvent statutairement frapper les défaillants, sans préjudice des actions judiciaires en dommages et intérêts qu'ils entendent exercer s'ils considèrent qu'un préjudice a pu leur être causé (*Statuts du Syndicat médical de l'arr. de Versailles*). Cette menace n'est pas simplement pour la forme, ni purement platonique, elle repose sur un principe de droit indiscutable ; c'est que les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites. La jurisprudence est, sur ce point, établie. Est-il nécessaire de rappeler le *jugement du tribunal de Bourgoin du* 21 *juin* 1901, maintenu par la *Cour de Grenoble* dans un *arrêt du* 6 *mai* 1902, condamnant à des dommages-intérêts, pour indemniser le syndicat, un médecin syndiqué qui avait accepté les propositions d'une compagnie d'assurances dont il soignait les blessés à un tarif inférieur à celui adopté par le syndicat.

La décision, prononcée conformément aux statuts, affirme M. Perreau, dans ses *Eléments de jurisprudence médicale*, est souveraine et le syndiqué ne peut avoir recours devant les tribunaux que pour faire vérifier si les statuts

sont légalement établis, ne sont pas contraires à l'ordre public, et si leur application a été faite par une saine interprétation de leur texte, car les décisions syndicales ne sont sujettes à aucun appel.

Mais pour que l'application des sanctions soit à l'abri de tout reproche, il est indispensable de ne jamais prononcer une peine sans appeler l'intéressé à se défendre (*Art. 14 des Droits de l'homme et du citoyen, du 24 juin* 1793), et il est nécessaire que les décisions ne reçoivent qu'une publicité légitime en dehors du Syndicat.

Les conventions cependant ne sauraient avoir d'effet qu'entre les parties contractantes et un syndicat ne saurait en imposer le respect aux personnes qui ne sont pas syndiquées, ou à celles qui ont démissionné en ne voulant plus se plier aux obligations statutaires décidées par le syndicat.

C'est ainsi qu'un jugement du *Tribunal civil de Château-Gontier du 13 novembre* 1906 condamnait les administrateurs de la Chambre syndicale des ouvriers ardoisiers de Renazé à 3000 fr. de dommages-intérêts au profit d'un non-syndiqué mis à l'index, que le syndicat avait mis ainsi dans l'impossibilité de vivre de sa profession dans la région. « Attendu, dit le jugment, que nul ne peut être contraint de faire partie d'un Syndicat professionnel, que la loi du 21 mars 1884 a entendu respecter la liberté individuelle des ouvriers ; qu'elle a même proclamé leur indépendance en permettant, dans son article 7, à tout membre d'un syndicat professionnel de se retirer à tout instant de l'Association nonobstant toute clause contraire, etc. ».

Cela ne veut pas du tout dire qu'un syndicat n'ait pas le droit de mettre à l'index une personne non syndiquée, mais la mise à l'index doit être limitée aux membres même du syndicat et ne doit pas recevoir de publicité en dehors du Syndicat lui-même. Nos lecteurs ont certainement à la mémoire le *jugement du 14 avril* 1910 *rendu par le tribunal de Toulouse*, jugement que nous avons tout récemment publié, où il est écrit en propres termes, à propos de la mise à l'index d'un médecin non syndiqué qui avait tenté de faire échec à une action syndicale dirigée contre les mutualistes : « *L'interdit prononcée par le syndicat est licite comme pris dans la sphère de son action et de ses attributions* ».

Si le syndicat peut légalement mettre à l'index en respectant certaines formes les non syndiqués de même profession, il peut, à plus forte raison, mettre en interdit les autres personnes (individualités ou collectivités) contre lesquelles s'exerce directement l'action syndicale. Les conditions de la mise à l'index ont été très nettement exposées dans les attendus d'un *jugement du tribunal civil d'Avignon du 31 janvier* 1906, et dans ceux d'un *arrêt de la Cour d'appel de Nîmes, du 30 janvier* 1907, réformant en partie le jugement du Tribunal d'Avignon.

Il s'agissait de la mise à l'index d'un patron par la puissante Fédération des travailleurs du Livre, mise à l'index publiée par voie d'affiches.

« Attendu, disait le Tribunal d'Avignon, que la mise à l'index, portée à la connaissance du public par voie d'affiches, constitue de la part d'un syndicat un abus de ses droits ; qu'il lui suffit de faire connaître cette mise à l'index soit dans une réunion de ses membres, soit par un avis du comité adressé à chacun de ses adhérents, que l'opinion publique n'a pas à être tenue au courant des faits qui relèvent seulement du syndicat ; que le syndicat n'a pas à exercer de pression sur des ouvriers ne faisant pas partie du syndicat, ce qui arrive par la force même des choses, lorsqu'il y a publicité de la mise à l'index, etc. ».

Mais la Cour d'appel de Nîmes ne fut pas tout à fait de cet avis, car, visant cet attendu, elle inscrivit dans son arrêt ;

« Attendu que la mise à l'index n'aurait ni but appréciable, ni portée utile, si elle demeurait ignorée des ouvriers syndiqués, que sans doute, pratiquement, il n'est pas nécessaire pour la leur faire connaître de recourir à la voie de l'affichage, mais qu'en définitive, en usant de ce procédé de publication, on ne fait qu'employer un mode licite d'exécution d'une résolution qui trouve elle-même son fondement dans la loi ; attendu qu'en pareil cas le droit d'affichage a sa source et sa limite dans l'exposé pur et simple des prétentions et des griefs respectifs des parties, et que si on l'accompagne de manœuvres dolosives ou si l'affichage contient des imputations diffamatoires, calomnieuses ou injurieuses, on transforme ainsi, de toute évidence, un acte légitime dans son principe en un délit ou en un quasi-délit, etc. »

On le voit donc, il n'est pas douteux qu'un syndicat professionnel, même médical, soit en droit de mettre à l'index non seulement ses membres défaillants, mais les non-syndiqués qui cherchent à faire échouer l'action syndicale. Il peut de même mettre en interdit toute personnalité individuelle ou collective contre laquelle il agit et *cela même par voie d'affiche, mais en y mettant les formes* et en y évitant l'injure et la diffamation.

Conclusion : Les syndicats médicaux, comme tous les Syndicats professionnels, sont armés pour se défendre ; mais il leur convient de faire de leurs armes un emploi judicieux, modéré et correct et d'éviter de tomber dans la diffamation, l'injure et la calomnie. J. Noir.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Les retraites de la vieillesse médicale.

Depuis que la question est à l'ordre du jour, de nombreuses lettres nous sont parvenues : malheureusement elles ne sont guère faites pour avancer la question. La plupart de nos correspondants récriminent sur l'organisation de l'A. G., demandent sa modification, mais n'indiquent ni les moyens par lesquels il serait possible de réaliser les réformes, ni même la nature de ces réformes.

Certains parlent de chambardement général des statuts, d'autres ont des idées plus modestes et se contenteraient de tirer de la vieille organisation tout le parti possible.

Dois-je l'avouer ? Mes préférences seraient plutôt pour la solution radicale : je suis bien obligé de reconnaître que le Dr de Champeaux a raison quand il écrit :

Que l'Association générale, malgré la haute valeur scientifique et intellectuelle de ses dirigeants, est restée trop longtemps figée dans son but primaire pour lequel elle a été créée, c'est-à-dire le secours à l'indigence ; elle n'a pas pensé qu'entre la pauvreté et la richesse il y avait une classe intermédiaire, celle des prolétaires médicaux dont l'âge pouvait diminuer les facultés, que la clientèle pouvait abandonner, qu'une maladie passagère pouvait gêner et qui sans être réduits au dénûment, pouvaient difficilement subsister ; elle n'a pas su voir l'immense mouvement qui s'était fait dans le pays en faveur des œuvres d'assistance. Aussi ne faut-il pas s'étonner que, en dehors de celle qui concerne l'indigence, les œuvres qui intéressent la classe moyenne du corps médical se soient fondées en dehors d'elle : Amicale, Caisse des pensions de retraite du Corps médical français, Mutuelle médicale de Saumur, Prévoyance médicale, etc.., toutes ont prospéré en dehors de l'A.G. qui n'a pensé à en créer d'analogues que quand elle les a vues prospérer et n'a songé à se les assimiler que lorsqu'elles n'avaient plus besoin de tuteur...

Je suis bien obligé de reconnaître que l'A.G. n'a de société de secours mutuels que le nom, et que ce titre, loin de lui être de la moindre utilité, n'est pour elle que source de difficultés et de gêne dans son fonctionnement et dans ses traditions de bienfaisance.

Je dois enfin reconnaître que l'A.G. n'est, en aucune façon, organisée pour la défense professionnelle et que son action, toujours tardive, est peut être inutile si elle est conforme à celle des syndicats médicaux, et serait nuisible si elle était divergente.

C'est ce qui fait que je verrais sans regrets son organisation modifiée de fond en comble,... mais il faut tenir compte des difficultés et convenir que cette transformation radicale, quelque désirable qu'elle puisse paraître, serait sinon impossible, du moins extrêmement longue, complexe et peut-être onéreuse.

Il ne faut pas oublier en effet que l'A G. n'est qu'une fédération de sociétés autonomes et que la réforme devrait commencer par les sociétés locales qui seules peuvent l'accomplir dans leur sein propre... Et qui pourrait répondre que toutes les sociétés soient disposées à révolutionner leur organisation ? Que plusieurs sociétés résistent, que même une seule d'entre elles se refuse à l'évolution qu'on réclame, voilà les difficultés, les retards, les impossibilités mêmes, car ces sociétés sont liées à la fédération par un pacte bilatéral qui leur impose des obligations, mais leur assure aussi des droits, droits que la volonté d'une majorité ne peut faire disparaître.

S'il fallait attendre une modification complète pour songer aux retraites de la vieillesse médicale, plusieurs générations sans doute auraient disparu avant qu'on pût entrevoir une solution prochaine... et ce n'est pas ce que nous voulons.

Comment donc aboutir plus rapidement ? En se rangeant à la seconde opinion et en tâchant de tirer de l'organisation actuelle le meilleur parti possible.

Cela ne veut pas dire qu'il faille renoncer à tout espoir de changements dans l'A.G.; ces changements viendront à leur heure s'ils sont véritablement voulus par le Corps médical ; mais, en attendant l'évolution des idées qui imposera la révision générale des statuts, il n'est pas interdit de songer à quelques améliorations plus prochaines et plus facilement réalisables.

La solution pratique, immédiate, serait de provoquer la création de Caisses autonomes à côté des sociétés locales qui pourraient venir en aide à ceux de leurs membres qui entreraient dans ces Caisses, l'A. G. subventionnant à son tour les Sociétés en doublant, par exemple, l'allocation que celles-ci accorderaient.

Et si l'on objectait que nombre de sociétés sont trop peu importantes pour provoquer à côté d'elles la création d'une Caisse autonome, je répondrais que rien n'empêcherait de créer de telles Caisses par régions qui grouperaient huit, dix, douze sociétés locales de manière à assurer dès le début un recrutement suffisant. Que si des sociétés locales se refusaient à entrer dans cette voie, il s'en trouverait toujours d'autres pour accueillir des confrères intéressants, car je comprends de moins en moins la nécessité de parquer les médecins dans une société départementale unique — il faut sortir des vieux moules. Un peu plus de libéralisme en ce qui concerne la création de sociétés locales nouvelles, c'est tout ce qu'il conviendrait d'introduire dans les statuts.

De même, il conviendrait de créer sans doute pour la Caisse des fonds généraux un léger supplément de ressources qui lui permettrait de faire face aux obligations nouvelles qui lui incomberaient — tout cela ne serait ni bien compliqué ni bien difficile.

Il ne faut pas oublier qu'un délai de quinze années s'écoulera forcément entre la constitution des Caisses de pensions de droit et le moment où les premières pensions devront être servies : c'est un laps de temps suffisant pour qu'on puisse se rendre un compte exact des conditions de fonctionnement de l'œuvre nouvelle et y apporter toutes modifications, toutes améliorations qui seraient reconnues nécessaires. Mais, dès demain, satisfaction serait donnée aux aspirations nouvelles du Corps médical, las de se heurter à un éternel *non possumus*.

A. Gassot.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les expertises médicales.

Je déclare, tout d'abord, qu'au cours de cet article, je laisse entièrement de côté la question des expertises médico-légales : je n'entends m'occuper que des seuls accidents du travail.

Pour l'application de la loi de 1898, des expertises sont ordonnées par le juge, ou demandées par les parties (patron, assureur ou ouvrier) à l'effet de renseigner, soit sur la véracité de la blessure ou de son degré de gravité, soit pour apprécier le quantum d'incapacité permanente partielle, soit enfin pour vérifier le bien fondé d'une note d'honoraires médicaux.

Ces expertises sont ordonnées :

1° En vertu du paragraphe 3 de l'article 13 de la loi du 31 mars 1905, qui dit : « Lorsque le certificat médical ne lui paraîtra pas suffisant, le juge de paix pourra désigner un médecin pour examiner le blessé ».

2° En vertu de la fin du 1er paragraphe de l'article 16... « il peut, du consentement des parties, commettre un expert, dont le rapport doit être déposé dans le délai de huitaine ».

«.. En cas de désaccord (dit le paragraphe 3 de l'art. 16), les parties sont renvoyées à se pourvoir devant le tribunal, qui est saisi par la partie la plus diligente et statue comme en matière sommaire, conformément au titre XIV du livre II du code de procédure civile ».

Que dit ce titre XIV ? Art. 303 : L'expertise ne pourra se faire que par trois experts, à moins que les parties ne consentent qu'il soit procédé par un seul. » C'est en vertu de cet article 303 que Diverneresse a fait voter par plusieurs assemblées générales le principe de l'expertise contradictoire.

Enfin, le dernier paragraphe de l'article 17 ordonne que : « Toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée, soit par le juge de paix, soit par le tribunal ou par la cour d'appel, l'expert ne pourra être ni le médecin qui a soigné le blessé, ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la Société d'assurances à laquelle le chef d'entreprise est affilié. »

Voyons comment sont appliquées ces prescriptions légales. Disons de suite que cet article 17 est constamment violé, car, dans beaucoup de cas, c'est un médecin d'une assurance voisine que les compagnies font nommer comme expert. L'ouvrier, mal renseigné, accepte l'expert qu'on lui propose et ce n'est qu'après qu'il s'aperçoit qu'il a été trompé. Cet article 17 serait donc, dans l'intérêt du blessé, partiellement à modifier.

Par raison d'économie pour la compagnie d'assurance, celle-ci ne demande qu'un seul expert, et non trois ; elle désigne son candidat, met tout en œuvre pour le faire agréer par le juge ; elle le fait ainsi imposer à l'ouvrier, ignorant de ses droits et de la procédure. Une fois le rapport d'expertise déposé, la Compagnie demande au juge de statuer selon les conclusions de l'expert dévoué à sa cause.

Il nous faut actuellement faire une division entre les expertises de Paris et dans certaines grandes villes, avec les expertises qui ont lieu dans la plupart des petites localités.

A Paris, certains médecins, inféodés aux compagnies d'assurances, se sont spécialisés dans cet ordre d'exercice. Ils se font des revenus très appréciables en expertisant à tour de bras. Certains même, chirurgiens des hôpitaux, font venir les blessés dans leur service, les font examiner par leurs élèves, puis se contentent de signer le rapport. Ils peuvent ainsi faire des fournées d'expertises dans une matinée.

Chaque rapport leur est payé cent francs : c'est un prix fait pour eux.

Conséquences : 1° un seul expert, au lieu de trois, le tribunal hésitant devant une dépense de 300 fr., à raison de 100 fr. par expert ;

2° Expertises monopolisées par des pontifes ou des gens à la solde des compagnies, les gros honoraires attirant les pontifes qui trouvent ces prix dignes d'eux ;

3° Praticiens de quartier soigneusement exclus de ces expertises ;

4° Honoraires royaux pour une simple signature au bas d'un rapport, ou pour une visite faite superficiellement, ou même pas faite du tout.

En province, les choses se passent un peu mieux. Beaucoup de tribunaux nomment comme experts du travail chaque médecin à tour de rôle ; mais cela n'est pas toujours ainsi, car, bien souvent, hélas ! les compagnies agissent comme à Paris, en faisant nommer leurs créatures. Il n'y a qu'une seule différence, c'est que les honoraires sont loin d'être royaux.

Le praticien, peu versé en matière judiciaire, demande, suivant le tarif d'expertises civiles : 8 fr. pour une visite et 5 fr. pour rédaction de rapport. Total : 13 fr. Il y a loin des cent francs parisiens. Bien heureux encore lorsqu'on ne lui envoie pas, au bout d'un an, comme cela m'est arrivé, une note émanant de la Cour des Comptes, pour qu'il ait à restituer 45 centimes, qu'il avait portés sur son mémoire, pour l'envoi par la poste, de son rapport d'expertise.

Lorsque le médecin a été mieux renseigné, il peut augmenter ces honoraires dérisoires, par le jeu des vacations ; mais encore ne peut-il arriver, par ce moyen, qu'à faire un mémoire d'honoraires variant de 35 à 45 fr.

Avouez que 13 fr., c'est peu, pour une ou plusieurs visites, lorsqu'on veut les faire consciencieusement, avec des recherches dans des livres, des examens complets, avec mensurations, etc. ; enfin rédaction d'un rapport, au bas duquel on doit expertiser un dommage ; la conscience d'un honnête homme est souvent émue devant cette responsabilité.

Pour conclure, honoraires trop élevés à Paris et dans certaines grandes villes, trop maigres en province. Cependant, invoquant des économies à faire et ne voulant pas engager des dépenses qu'il juge inutiles, le ministère du Travail, d'accord avec les compagnies d'assu-

rances, refuse des honoraires au médecin qui a émis la prétention d'assister son malade lors de l'expertise. L'assistance judiciaire non plus ne paye pas ces frais d'assistance, car ces dépenses sont jugées ne pas rentrer dans les frais de justice. Notre confrère Diverneresse veut essayer de porter remède à ces abus. Il vient de faire voter, par l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine, à la presque unanimité des 230 médecins présents la motion suivante : « En fait d'accident du travail, il est interdit à un médecin expert de demander plus de 50 fr. pour l'expertise d'un blessé » (in *Bulletin du Syndicat des médecins de la Seine*, 5 mai 1910, p. 353 et suivantes).

Et il a exposé les raisons suivantes :

1° Actuellement, cent francs sont bons à prendre pour un pontife ; lorsqu'il n'y aura plus que cinquante francs d'alloués, ces gros accapareurs d'expertises ne courront plus autant après.

2° Alors, le médecin praticien pourra avoir sa part et toucher des honoraires qu'actuellement il n'a jamais, pour la bonne raison qu'il n'est jamais désigné comme expert ;

3° Le médecin de petite localité sera heureux de toucher 50 fr. pour son expertise. En conséquence, à Paris, comme ailleurs, c'est le prolétariat médical qui gagnera à ce changement et à cette suppression de monopole.

4° L'expert n'étant plus payé que 50 fr, le juge aura moins de raisons pour oublier les termes du Code de procédure civile et pourra plus facilement désigner les trois experts au lieu d'un seul.

5° Enfin, on trouvera de la sorte de l'argent pour rémunérer l'assistance du médecin traitant lors de l'expertise, en lui donnant, par exemple une vacation de 10 à 15 fr.

Résultats :

1° Trois experts, au lieu d'un : c'est la diminution de la responsabilité qui émeut un peu les médecins consciencieux et bien pénétrés de la gravité de leur tâche.

2° Le médecin traitant sera sûr, étant présent lors de l'expertise, qu'il n'y aura plus d'insinuations malveillantes ou des observations déplacées visant son traitement.

3° Le blessé sera mieux examiné : l'intérêt supérieur du malade, qui constitue le vrai côté moral de notre défense professionnelle, sera de la sorte sauvegardé.

4° Trois experts au lieu d'un, ça fera 150 fr. partagés entre trois praticiens et non pas cent francs accaparés par un seul, parce qu'il est l'homme des compagnies d'assurances, ou fils d'archevêque ou de commissaire de police.

Au cours de la même séance, Diverneresse a fait encore voter les propositions suivantes :

« Il y a incompatibilité entre les fonctions de chirurgien des hôpitaux et celles de médecin de compagnies d'assurances, imitant en cela la mesure prise par M. le Président Ditte ».

« Il est interdit aux médecins experts de faire leurs expertises à l'hôpital, le budget de l'Assistance judiciaire étant distinct de celui de l'Assistance publique ».

« Il est interdit syndicalement à tout médecin expert de demander plus de 25 fr. pour l'expertise d'une note d'honoraires en matière d'accidents du travail ».

Cette motion était pour réprimer certains abus qui font demander par quelques experts 50 fr. et plus pour apprécier une note de 40 à 60 fr.

« Il est interdit syndicalement aux médecins experts de demander des provisions à leurs confrères ».

En effet, certains experts craignant d'avoir des difficultés de payement de leurs propres honoraires, demandaient au médecin intéressé une somme d'argent comme provision, avant de commencer tout travail. Ils agissaient tels que les avoués. Jamais un médecin n'avait osé, jusqu'à ce jour, faire payer, à un confrère, un service médical.

Enfin, Diverneresse fit bien remarquer à l'assemblée qu'il n'avait, en tout cela, envisagé que le seul examen du blessé ; il ajouta même que beaucoup d'interventions et de moyens d'investigation auraient besoin d'être majorés comme prix, entr'autres, les autopsies devraient être portées à 200 fr. en raison du danger que font courir ces sortes d'opérations et des manifestations répugnantes qui en sont les conséquences.

Pour terminer, nous serions heureux que nos confrères veuillent bien nous soumettre leurs opinions sur cette question des expertises en matière d'accidents du travail.

Dr Paul Boudin.

Société civile du " CONCOURS MÉDICAL "

Extrait de la séance du 21 mai 1910.

Présents : MM. Gassot, Jeanne, Maurat, Diverneresse, H. Cézilly, Boudin et Noir.

La ligne de conduite du « Concours ».

Le Conseil prend attentivement connaissance, de divers articles et documents, d'allure tendancieuse, parus depuis trois mois dans quelques journaux médicaux, et attribuant au Conseil de Direction du « Concours » des attitudes ou des opinions que l'on croit pouvoir déduire de tels ou tels gestes, paroles ou écrits qui ne furent que le sentiment individuel de l'un ou l'autre des membres de ce Conseil.

Ces affirmations « que le *Concours médical* pense ou dit cela » parce qu'un des sept directeurs de la Société civile a tenu tel langage, sont énoncées dans un but qui n'a rien de bienveillant. Elles ne trompent pas ceux qui nous connaissent, mais leur inexactitude voulue peut en imposer aux autres.

Soucieux, avant tout, d'écarter toutes discussions et polémiques nuisibles à l'accord dans la

défense professionnelle, le Conseil décide de tenir pour ce qu'elles valent ces fautes de journalisme confraternel et de ne les point relever.

Mais il tient à définir nettement ce que nos amis, et aussi nos adversaires (puisqu'il y en a), peuvent considérer comme étant l'*opinion du Conseil de direction du Concours Médical* dans les questions qui se débattent chaque jour

Directeurs, rédacteurs, etc., et, en conséquence membres particulièrement actifs d'une Société *d'études*, d'un journal d'*études*, nous avons individuellement droit et devoir de lancer des idées et propositions à titre personnel, de lutter pour leur réalisation, soit dans la Société du Concours, si elle les agrée, soit dans d'autres groupements, s'ils sont plus vite préparés. Nous avons droit (et devoir si on nous l'offre) d'entrer dans les Conseils de ces groupements expérimentateurs ou réalisateurs de nos projets individuels, puisque c'est là que s'en termine l'*étude* par la mise en pratique.

Ainsi le Dr Diverneresse, à l'occasion de l'entrée du Syndicat national de médecine sociale dont il fait partie, à la Bourse du Travail, nous a offert sa démission. Le Conseil a refusé cette démission et a décidé que chacun de ses membres peut garder son entière indépendance, toutes les fois qu'il n'agit pas comme membre du Conseil de direction, mais individuellement, et que dans ce cas sa conduite n'engage aucunement la direction du *Concours*.

Mais, de ce que l'un ou l'autre d'entre nous aura fait ainsi prévaloir une vue personnelle dans une Société voisine, s'ensuit-il que le Conseil de direction du *Concours médical*, pris dans son ensemble, range aussitôt cette opinion personnelle au nombre de celles qui constituent son *credo* et dont il accepte la responsabilité ?

Non, évidemment.

L'opinion du Conseil n'est donnée pour le journal que par les procès-verbaux, articles, communications qui sont suivis de la signature « Le Conseil de Direction, ou, pour le Conseil de direction, Dr un tel ».

De même, dans les réunions, celui des membres du Conseil qui prend part à une discussion, ne parle que pour son compte personnel à moins qu'il n'ait spécifié être le porte-parole du Conseil.

Le Conseil de Direction.

SOU MÉDICAL

Extrait du registre des procès-verbaux du Conseil.

Séances des 28 *avril*, 12 *et* 19 *mai* 1910.

Présents : MM. Maurat, Vimont, Diverneresse Noir, Boudin, Levassort, Gatineau et Dumesny.

Admissions.— Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les docteurs :

1639 Mano, à Sales (Gironde).
1640 Truchet, à Chambéry (Savoie).
1641 Dorte, à Capestang (Hérault).
1642 Blain (André), à Bernay (Eure).
1643 Bérard, à Oyonnax (Ain).
1644 Pinard, à la Cluse (Ain).
1645 Saint-Pierre, à Coligny (Ain).
1646 Chauve, à Saint-Etienne (Loire).
1647 Eviot, à Chambéry (Savoie).
1648 Blain, à la Motte-Servolex (Savoie).
1649 Riche, à Jeumont (Nord).
1650 Peyre, à Bordeaux.
1651 Gros, à Vienne (Isère).
1652 Fournal, à Beauvais (Oise).
1653 Poissonnier, à Beauvais (Oise).

Le Dr M., d'A. auquel le « Sou » avait accordé un crédit de 50 francs pour les honoraires de son avocat dans une affaire venant en justice de paix sur opposition formée contre un jugement qu'il avait obtenu par défaut contre une puissante compagnie, a obtenu encore une fois gain de cause. Mais son adversaire, continuant à user contre lui de la chicane procédurière, vient de porter en appel cette nouvelle décision.

Conformément aux usages admis, le Conseil accorde au Dr M., l'appui pécuniaire du « Sou » devant la juridiction d'appel.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr Renault contre le Syndicat des Commerçants et Industriels de France, qui vient de faire appel du jugement du Tribunal de Saint-Calais.

L'appui pécuniaire est également accordé au Dr F., sur un appel interjeté par son adversaire contre un jugement de paix qui lui donnait gain de cause dans une question de choix du médecin par le patron d'un accidenté du travail.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr L., d'une somme de 10 fr. 50, coût de l'expédition d'un jugement de paix qui admet un durillon forcé comme accident du travail

Séance du 26 *mai* 1910.

Présents : MM. Maurat, Vimont, Diverneresse, Noir, Boudin et Dumesny.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les Docteurs :

1654 Poueydebat, à Aramits (Basses-Pyrénées).
1655 Santelli, à Saint-Quentin (Aisne).
1656 Nolot, à Ouroux (Nièvre).
1657 Keranguyader, à Crozon (Finistère).
1658 Lissonde, aux Essarts-le-Roi (Seine-et-Oise).
1659 Robert, à Laigle (Orne).
1660 Alison, à Sannois (Seine-et-Oise).
1661 Guérillon, à Haumont (Nord).

1662 Bernard, à Chauny (Aisne).
1663 Cat, à Marignane (Bouches-du-Rhône).
1664 Salducci, à Châteauneuf-les-Martigues (B.-du-Rhône).

En réponse à une demande du Dr S., Me Gatineau a indiqué la marche à suivre pour s'opposer à l'exercice illégal par un non-médecin qui fait des annonces dans les journaux. Il faut réunir plusieurs journaux contenant l'annonce, faire photographier la plaque qui est à la porte de cet illégal et constater, par huissier, son existence, puis intenter une action civile pour concurrence illicite et déloyale, tendant à la suppression de la plaque et des insertions sous une astreinte. On pourrait, en rédigeant la demande d'une certaine façon, rester dans la compétencedu juge de paix.

Le procès dans lequel est intervenu le Dr X., avec l'appui du « Sou Médical », à l'effet d'empêcher qu'il soit porté atteinte à la considération dont il jouit, a été porté en appel par l'un de ses adversaires, ce qui fait renaître le risque qu'il a pu éviter en première instance.

Conformément à l'avis de Me Gatineau, le Conseil accorde au Dr X. l'appui pécuniaire pour former appel incident, de manière à lui permettre d'intervenir devant la Cour comme il l'a fait devant le Tribunal.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr St-M. d'une somme de 165 francs qu'il a payée pour honoraires d'huissier, d'avoué et d'avocat, dans une affaire d'accidents du travail solutionnée à sa satisfaction, après jugements de justice de paix et du tribunal civil jugeant en appel et expertise favorable de trois maîtres officiels.

CORRESPONDANCE

Tout s'explique.

Wizernes, 3 mai 1910.

Mon cher Confrère,

Ci-inclus une lettre que je me fais un devoir de vous communiquer, lettre dernière d'une longue correspondance entre la Compagnie et moi sur divers points litigieux, correspondance au cours de laquelle je repoussais dédaigneusement une proposition de forfait, croyant pouvoir m'autoriser de l'exemple de mes confrères.

Vous voyez la réponse : si elle est exacte, je serais donc le seul — rara avis — ou presque le seul à appliquer le Tarif dans les régions industrielles, comme la mienne, d'une part : Lille; Roubaix, Tourcoing, etc., d'autre part.

Mais alors, pourquoi dans les Syndicats de Lille et autres lieux, ces exemples de solidarité, ces appels à l'élévation des tarifs syndicaux dont les journaux viennent chaque semaine couvrir la table de mon bureau ? (je parle des journaux de Lille).

Bien à vous, mon cher confrère, et veuillez faire de ce papier l'usage que vous voudrez.

Dr J. Declety.

Cie d'Assurances X....

Lille, le 27 avril 1910.

Monsieur le Docteur Declety,
Wizernes.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 21 avril que j'ai lue avec intérêt et à laquelle je m'empresse de répondre en dehors de la correspondance officielle du Syndicat.

Certainement le tarif de 1905, œuvre d'un législateur bien intentionné, mais complètement oublieux des contingences pratiques, est légal mais je ne lui accorderai mes sympathies que lorsqu'il sera appliqué avec l' « esprit dans lequel il a été conçu ».

Deux exemples entre autres :

Une personne de ma famille a été brûlée au pied, elle a dû s'aliter pendant quinze jours et n'a pu marcher qu'après un mois. Le médecin, dont nous aurions désiré plus souvent la visite, est venu la voir cinq fois et nous nous sommes conformés à ses indications pour les soins. Nous n'avons pas encore reçu sa note d'honoraires, mais je l'évalue de 15 à 20 francs.

Le même accident survenu chez un ouvrier au cours de son travail aurait donné lieu neuf fois sur dix à des visites et pansements presque journaliers justifiant une note d'honoraires d'environ cents francs.

Pour une jambe cassée, j'ai également un exemple personnel : d'un côté quelques visites après la pose d'un appareil plâtré, de l'autre une surveillance journalière dudit appareil.

Je ne viens pas dire que cette dernière était absolument inutile, mais je crois bien que le zèle du praticien était quelquepeu stimulé par un sentiment trop vif de son intérêt personnel.

En somme, je veux dire que l'application des dispositions légales réclame du praticien une conscience vraiment trop scrupuleuse et que les pouvoirs publics ont eu le tort, qu'ils regrettent vivement aujourd'hui, d'oublier que, pour être médecin, on n'en est pas moins homme.

C'est pour ces motifs que le corps médical lui-même, dans sa généralité, préfère aujourd'hui le tarif forfaitaire, contrairement à ce que vous paraissez croire.

A *Lille*, les Syndicats médicaux ont fixé au prix *élevé* de 15 francs *le tarif forfaitaire*. A *Roubaix, Tourcoing*, à 15 et 30 francs, *suivant que les accidents ont eu ou non une durée de plus de trente jours.*

Seuls, trois médecins à Roubaix appliquent le tarif ministériel et nous adressent des notes d'honoraires que réduit le juge de paix souvent dans une proportion de 75 %; inutile de vous dire de quelle considération ils jouissent.

A Lille et aux environs je n'ai pas reçu en 1909 *plus de* 30 *notes conformes au tarif légal sur* 600 *accidents.*

Le médecin le plus indépendant, secrétaire des Syndicats ouvriers, m'adresse depuis un an des notes au tarif forfaitaire. Seuls quelques jeunes médecins, en attendant la clientèle, et ne pouvant compter que sur celle des blessés du travail trou-

vent dans une large application de ce tarif un moyen de soutenir une situation difficile.

Je ne vous donne cette explication que pour vous montrer combien l'application du tarif forfaitaire, loin de devenir de plus en plus rare, remplace presque toujours maintenant le tarif légal même chez les spécialistes.

En ce qui concerne l'indemnité kilométrique et pour répondre enfin à une opinion manifestée dans votre lettre, je persiste à croire qu'elle ne vous est favorable qu'en l'interprétant dans le sens de la lettre et non dans l'esprit qui a présidé à l'élaboration du tarif.

Il est en effet évident qu'un médecin visitant régulièrement une commune et y soignant plusieurs blessés ne peut, sans une interprétation abusive, faire supporter à chaque visite le prix d'un déplacement unique.

J'ai tenu à vous présenter ces observations en réponse à certains points précis soulevés dans votre lettre et je reste convaincu que l'harmonie de nos intérêts ne sera pas troublée si vous voulez bien la régler d'après les règles de la simple équité, base beaucoup plus sûre qu'une légalité plus ou moins contestable.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

N. D. L. R.— Sans vouloir diminuer la saveur de cette lettre d'un représentant de Cie d'Assurances, qui peut-être n'espérait pas pareille publicité, nous l'abandonnons aux méditations de nos lecteurs du Nord.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le durillon forcé doit être indemnisé comme accident du travail lorsqu'il a été déterminé par un traumatisme. Le médecin peut être condamné à une partie des dépens lorsque le litige a eu pour cause l'insuffisance des renseignements contenus dans son certificat de constatation de blessure.

JUSTICE DE PAIX DE LAMOTTE-BEUVRON
(Loir-et-Cher).

3 *mai* 1910

Entre M. le Dr Larré, demandeur ;

Et 1° M. R., ouvrier.
2° M. B., patron,
3° L'agent de la Compagnie le S., non cité, mais intervenant au nom de ladite Compagnie à laquelle est assuré M. B.

Attendu qu'il résulte des explications fournies à l'audience par M. R..., que son accident est survenu par suite du choc sur son durillon d'une brique qu'il recevait dans ses mains ;

Attendu que ce qui constitue l'accident de travail ce sont les circonstances, M. R..., a bien reçu un coup dans sa main et le fait de recevoir un coup, de subir un traumatisme sur un endroit quelconque du corps fût-ce sur un cor ou sur un durillon constitue, lorsque ce coup est reçu en travaillant, un accident de travail ;

Attendu que le durillon forcé est un accident de travail lorsque les circonstances qui l'accompagnent font nettement ressortir l'influence du traumatisme sur l'inflammation consécutive ;

Attendu que le peu d'explications fournies par M. le Dr Larré dans son certificat est la cause du procès actuel, qu'il y a un peu négligence de sa part et qu'il doit supporter dans une certaine mesure les conséquences de sa faute

Par ces motifs

Et par jugement en dernier ressort, condamnons le S., a payer à M. le Dr Larré la somme de 23 fr., pour soins donnés au nommé R... ;

Disons que les frais seront supportés un cinquième par M. le Dr Larré et les quatre cinquièmes par la Compagnie le S...

REPORTAGE MÉDICAL

Mutualistes et médecins à Millau. — Les mutualistes de Millau exploitaient les huit médecins de cette ville à tel point que l'accord devint matériellement impossible.

L'Union mutualiste millavoise trouva deux jeunes médecins — que l'esprit de confraternité ne paraît pas gêner beaucoup — et les installa pour faire échec au Syndicat médical de Millau.

L'affaire fut portée devant la *Société des médecins de l'Aveyron* qui vient de voter l'ordre du jour suivant :

« Les médecins de l'Aveyron considérant

1° Que les confrères de Millau ont toujours fait preuve à l'égard de la Mutualité de leur ville d'un dévouement et d'un esprit d'abnégation exceptionnels ;

2° Que l'Union mutualiste millavoise, dans un esprit de guerre, dont le vrai mobile paraît peu avouable, a donné congé à tous ses anciens médecins et, après avoir essuyé le refus de tous les médecins du département, les a remplacés par les docteurs P..., de Montpellier et P...., de Nancy ;

3° Que dans un esprit d'entente des plus louables, les médecins de Millau ont proposé à l'Union mutualiste l'arbitrage par le Conseil supérieur de la Mutualité et que l'Union mutualiste a refusé même de proposer cet arbitrage à ses adhérents ;

4° Qu'au surplus, les tarifs de visites et d'abonnement proposés à l'Union mutualiste par les médecins de Millau étaient particulièrement réduits et inférieurs à la quasi-unanimité des tarifs médico-mutualistes en vigueur, ainsi que l'a démontré une enquête sincère et minutieuse faite dans toute la France ;

Adressent aux médecins de Millau l'expression de toute leur sympathie, s'engagent à n'avoir aucun rapport avec les docteurs P... et P... et, par esprit de solidarité, s'interdisent toute concession nouvelle aux différentes mutualités aveyronnaises auxquelles ils rappelleront en toute circonstance l'incorrection de l'Union mutualiste millavoise. »

Les choses s'arrangeront — comme elles se sont généralement arrangées ailleurs en pareil cas. Les mutualistes reviendront aux médecins qui avaient leur confiance et les honoreront mieux... et les deux « renards » — pour employer le langage du jour — s'apercevront à leurs dépens que tout n'est pas qu'agrément dans le rôle de mauvais confrère.

Substitution de médicament dans une potion. — Un pharmacien de Paris ayant jugé à propos de remplacer, dans une potion formulée par un médecin, 0 gr. 50 de musc par de la teinture de musc, le signataire de l'ordonnance a fait la preuve de la substitution et poursuivi le pharmacien responsable.

Voici les principaux considérants du jugement rendu par la 8e chambre du tribunal correctionnel de la Seine :

« Attendu qu'au mépris des règles les plus élémentaires de la profession, X... a remplacé le musc par la teinture de musc n'ayant pas, et à beaucoup près, les mêmes propriétés :

« Qu'il a ainsi, arbitrairement, dénaturé l'élément principal du médicament ordonné, de manière à pouvoir le livrer à un prix beaucoup inférieur à celui qu'auraient pu demander d'autres pharmaciens ;

« Qu'il est défendu aux pharmaciens, non seulement de délivrer un médicament sans ordonnance, mais qu'il leur est absolument *interdit de substituer une drogue à une autre*, ou même de modifier arbitrairement soit la nature, soit les proportions des éléments devant composer le médicament ;

« Par ces motifs,

« Condamne R... (le pharmacien) et L. H... (l'élève) à chacun 500 francs d'amende.

« Les condamne en outre aux dépens ».

(*Prov. médic.*)

Vieux-neuf. — L'estimation des incapacités partielles au XVIIIe siècle. — La Hollande, nation à la fois guerrière et commerçante, savait estimer, et cela d'après un tarif officiel, les incapacités totales ou partielles, résultant des accidents du travail, quand ce travail, le service sur mer en l'occurrence, avait été effectué pour la patrie.

Voici comment s'exprime le Recueil des Ordonnances pour le service de mer, d'après un vieil auteur.

« Ceux qui sont blessés en faisant leur service, ou dans un combat, sont pansés aux dépens de la République. S'ils restent hors d'état de gagner leur vie, ils ont à leur choix ou une somme une fois payée, ou un ducaton par semaine, lequel vaut à peu près six livres dix-huit sols de notre monnaie ; s'ils sont estropiés pour toujours, on les paye à raison de l'importance du membre ou de la partie qu'ils ont perdue. Ainsi ils ont pour la perte :

des deux yeux.....	1.500 florins
d'un seul œil.....	350 —
des deux bras.....	1.500 —
du bras droit.....	450 —
du bras gauche.....	350 —
des deux mains.....	1.200 —
de la main droite.....	350 —
de la main gauche.....	300 —
des deux jambes.....	700 —
d'une seule jambe.....	350 —
des deux pieds.....	450 —
d'un seul pied.....	200 —

Et ainsi de suite, à proportion, pour la privation des autres parties.

(*Rev. d'Aix-les-Bains.*)

Les délégués des médecins aliénistes au ministère de l'intérieur. — Un décret du 2 février 1910 a institué au Ministère de l'Intérieur une commission spéciale qui donnera son avis sur toutes les questions concernant le recrutement, l'avancement, la discipline et les traitements du personnel des asiles publics d'aliénés, et le concours de l'adjuvat, ainsi que sur toutes affaires qui lui seront renvoyées, soit par le ministre, soit par le directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques. Cette commission comprend sept membres, dont trois médecins directeurs ou médecins en chef, élus annuellement par leurs collègues, qui sont, en outre, appelés à élire un suppléant.

Un vote par correspondance, au scrutin secret, en vue de la nomination de ces trois médecins a eu lieu au ministère de l'intérieur. MM. les Drs Lallemand (Rouen), Vallon (Paris), Charon (Amiens), et Viallon (Lyon) sont élus pour l'année 1910, ce dernier à titre de suppléant.

Pour les affaires disciplinaires intéressant les médecins adjoints, les trois médecins directeurs ou chefs seront remplacés par un même nombre de médecins adjoints.

MM. les Drs Dromard, Lépine, Vernet et Olivier ont été élus pour l'année 1910, ce dernier à titre de suppléant.

(*Bull. méd.*).

Annonces et réclames médicales. — Ces annonces seront dorénavant soumises à la censure... en Russie.

Les autorités médicales exerceront une surveillance sur toutes les publicités concernant les médicaments, instruments accessoires (cosmétiques et hygiéniques), l'exercice de la profession de médecin, de dentiste, d'accoucheuse, de masseuse, de pharmacien, etc.... les villes d'eaux et les eaux minérales.

Toutes ces annonces doivent être soumises aux censeurs avant leur insertion. Une fois approuvées, elles ne peuvent plus être modifiées. Il est défendu d'annoncer des moyens abortifs ou anticonceptionnels, de publier des éloges mensongers ou exagérés de médicaments dans une pharmacie. Il sera interdit d'annoncer les produits qui ne peuvent être vendus que sous un nom qui implique une indication, tels que eczéma, rhumatisme, etc. De même, ils ne peuvent être recommandés pour le traitement d'une maladie. Les annonces des médecins, etc.., ne peuvent contenir aucun commentaire. Dans les cas douteux, on consultera l'inspecteur médical principal.

Voilà, certes, une réglementation qui serait, au moins, aussi nécessaire en France qu'en Russie et surtout en Turquie !

(*Revue médico-pharmaceutique*, de Constantinople, 15 janvier 1910.)

Etude de crânes. — A l'Institut royal d'anthropologie, le professeur Gustaf Retzius, célèbre savant suédois, a fait une conférence sur l'avenir des diverses races qui peuplent notre globe.

Une longue étude des crânes, dit-il, lui permet de conclure que la race des hommes bruns, à petite taille et à tête courte, « brachycéphales », refoule de plus en plus celle des blonds à haute taille et à tête oblongue « dolichocéphales ».

Ces derniers, paraît-il, ne sont pas capables de s'adapter au progrès rapide de l'industrie de notre civilisation moderne.

C'est donc à tort que l'on proclamerait que la loi d'évolution sociale veut que les petits soient mangés ou absorbés par les grands ! Heu ! Heu !

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 24 Dimanche 12 JUIN 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Toujours autour du Concours de l'Agrégation. — Les intermèdes comiques : Le plaidoyer pro domo de M. le professeur agrégé Marion. La comédie du Malade Imaginaire dans l'amphithéâtre de la Faculté. L'Union des Etudiants et des Praticiens ou l'avenir de notre syndicalisme..... 513
Clinique médicale.
Complications cardio-vasculaires de la diphtérie..... 515
La semaine médicale
Traitement du pied bot congénital. Formes malignes de la diphtérie. Les farines de céréales et légumineuses (hordéo-maltine). — Le traitement de la scoliose..... 517
Revue des sociétés savantes.
Le séro-diagnostic de l'actinomycose. — Le lever précoce des laparotomisées. Intra-dermo-réaction à la tuberculine et à la syphiline. — Crises gastriques des oxaluriques..... 519
Formulaire raisonné
L'ipéca..... 521
Ophtalmologie
Traitement et prophylaxie de l'ophtalmie purulente. Supériorité des sels organiques d'argent..... 523
Pédiatrie
L'enfant et son médecin..... 524
Thérapeutique
Traitement de la bronchite aiguë chez l'enfant..... 525
Chronique des accidents du travail
A propos des rapports entre médecins d'assurances et médecins indépendants. — Encore un médecin marron..... 526
Chronique de l'assistance médicale gratuite
Médecins étrangers et Assistance médicale gratuite... 528
Etudes et Projets
A propos de la cure-taxe..... 529
Chronique judiciaire du Sou médical
Poursuites intentées par un médecin en détournement de clientèle. Arrêt de la Cour d'appel de Paris... 529
Variétés
Souvenirs d'un médecin de campagne. Un cas de conscience..... 532
Reportage médical..... 533
Nécrologie..... 534

PROPOS DU JOUR

Toujours autour du Concours de l'Agrégation. — Les intermèdes comiques : Le plaidoyer pro domo de M. le professeur agrégé Marion. La cérémonie du malade imaginaire dans l'amphithéâtre de la Faculté. — L'Union des Etudiants et des Praticiens ou l'avenir de notre syndicalisme.

Le Concours de l'Agrégation n'est déjà plus un sujet d'actualité : tout ce qui nous en reste est le souvenir d'une pièce héroï-comique.

Si l'on en excepte, en effet, les émotions réelles de l'échauffourée et des arrestations, la condamnation du Dr Lafontaine et de ses camarades, condamnation qui aurait pu être fort sérieuse, si le tribunal s'était laissé impressionner par le ministère public qui avait, nous a-t-on affirmé, reçu l'ordre de se montrer tout particulièrement sévère, si l'on en excepte la ridicule occupation de la Cour de la Faculté, devenue par l'ordre de son doyen un camp retranché et la transformation de l'amphithéâtre, par MM. les présidents des jurys Landouzy et Reclus, en corps de garde ou en poste de police, si l'on excepte ces constatations vraiment pénibles, les scènes qui se sont déroulées au cours des épreuves ont plutôt une véritable saveur burlesque.

Signalons d'abord dans ce genre amusant la défense de l'Agrégation par M. le Professeur agrégé Marion publiée dans l'*Eclair*.

L'argumentation de M. Marion est simpliste : elle consiste à accuser ceux qui attaquent l'agrégation de jalousie et à vanter la haute érudition des agrégés.

Nous avons dernièrement dit ce que nous pensions de ce pauvre plaidoyer, auquel le Dr Le Fur a eu, à notre avis, le tort d'attacher une importance.

Il faut être réellement susceptible pour prendre au sérieux une opinion de M. Marion, qui est coutumier de ces mouvements irréfléchis, si non inconscients, que l'on doit évidemment lui pardonner.

Il semble qu'à l'exemple de la monade de

Leibnitz, l'esprit de cet agrégé n'a ni porte ni fenêtre ouvertes sur l'extérieur, tant il se confine en lui-même et veut ignorer ce qui se passe autour de lui.

M. Le Fur s'indigne quand M. Marion prétend que ceux qui attaquent l'agrégation n'osent revendiquer leurs opinions, tandis que lui les signe. Il n'est pas douteux que M. Marion a ignoré la campagne de presse menée par le *Radical* où plus de dix médecins *désignés* ont donné leur avis sur la question ; il n'a certainement pas eu connaissance des articles signés Leredde et Le Fur dans le *Temps*, le *Matin* et beaucoup d'autres journaux tout aussi largement répandus ; il n'a point eu vent de l'arrestation du Dr Lafontaine, et si diverses personnes, comme M. Variot entre autres, ont pris la parole sur l'Agrégation dans des meetings devant plusieurs centaines de médecins et d'étudiants, il est certain qu'elles se sont couvertes du masque d'un lâche anonymat. Il n'en est pas de même dans le monde des Agrégés ; les membres du Comité d'action peureusement se cachent, tandis que lui, Marion, il signe. Laissons-le en paix, soyons tolérant ; reconnaissons son audace, il a osé défendre l'agrégation. Elevons-lui par souscription un monument expiatoire où nous inscrirons : Honneur au courage malheureux !

Mais, outre M. le professeur agrégé Marion, nos confrères Gérard et Patry et surtout Bérillon ont su donner une note gaie dans ce concours saugrenu.

La « leçon » du Dr Bérillon a été un véritable chef-d'œuvre de sanglante ironie et de méprisante facétie. Notre confrère a dépassé Molière, il a osé jouer lui-même devant Diafoirus furieux et ébahi, le fameux intermède du Malade Imaginaire et (*horresco referens* !) sur les bancs même de la Faculté.

La cérémonie fut pourtant quelque peu différente. Comme au Français, les *savantissimi doctores*, *medicinæ professores*, étaient vêtus de la toge et coiffés du bonnet professoral. Mais (admirons les progrès de la mise en scène) les huit porte-seringues et les six apothicaires, figurants, étaient avantageusement remplacés par une compagnie de la Garde et quelques brigades de M. Lépine. Le chœur des médecins et des étudiants, restreint de ce chef, a néanmoins vigoureusement acclamé du traditionnel : *Bene, bene respondere*, les traits mordants qu'avec un calme, un sang-froid et une correction imperturbables, Bérillon a décochés au malheureux doyen désemparé. En pareille circonstance, il eût fallu à M. le doyen Landouzy, pour riposter au coup droit de l'attaque, infiniment d'esprit. Brouardel y eût sans doute réussi, peut-être même M. Debove eût trouvé la réplique, mais M. le doyen Landouzy est le gardien fidèle du noble decorum et des antiques traditions, et l'esprit n'est guère compatible avec l'exercice de ses hautes fonctions.

***

Arrivons à un côté plus important, au résultat, le meilleur pour nous, des événements. De cette lutte mi-sérieuse, mi-plaisante, contre l'agrégation, il s'en suit un rapprochement des étudiants et des médecins praticiens. A ce rapprochement, que nous voudrions voir transformer en relations intimes, Lafontaine et moi-même avons consacré déjà plusieurs années d'efforts et, tant à l'Union des Syndicats médicaux de France qu'au Syndicat des médecins de la Seine, nous avons toujours désiré vivement voir prospérer cette entente entre les Associations Corporatives d'Etudiants en médecine et nos Associations professionnelles.

Ces Sociétés corporatives doivent être les Ecoles normales des militants de nos Syndicats médicaux. Ce seront leurs membres qui, dans un avenir prochain, instruits sur le Syndicalisme médical et ses avantages, vierges de parti pris, dépourvus de situations acquises à défendre, viendront donner une vie active, énergique et toute nouvelle à nos groupements en sommeil. Quand d'ici dix ans, quelques centaines de jeunes docteurs énergiques et bien éduqués seront dispersés un peu partout en France, le Syndicalisme médical deviendra la puissance qu'il devrait être, et qu'il serait dès ce jour, si ses adeptes, par trop pusillanimes, voulaient bien prendre conscience de leur force et faire un peu plus le sacrifice de leurs petits et mesquins intérêts privés.

Mais, pour arriver à ce but, il faut songer à l'éducation syndicale de nos amis de l'Association corporative, il faut surtout faciliter la vie et le développement de cette utile association. La franchise avec laquelle les étudiants sont venus à nous a porté un coup sérieux à leurs finances, les membres honoraires ont démissionné en masse, ils étaient presque tous, de loin ou de près, attachés à la Faculté, et chacun avait l'arrière-pensée d'accaparer à son profit cette force vive de l'intelligente et studieuse jeunesse.

A nous, praticiens, à nous syndiqués, de combler ces vides, d'aider nos jeunes camarades à faire prospérer leur Association. Le Syndicat des médecins de la Seine n'a pas failli à ce devoir, à chacun de nous de suivre individuellement l'exemple.

Faisons tout pour la prospérité des Associations Corporatives d'Etudiants en médecine, elles sont l'avenir du Syndicalisme actif, utile et conscient qui sera le salut de la Profession médicale.

J. Noir.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Prof. agrégé GOUGET

Complications cardio-vasculaires de la diphtérie.

Je vais vous parler aujourd'hui d'un cas intéressant et instructif à différents points de vue. Il concerne une femme de 33 ans qui fut admise dans le service il y a deux semaines. Elle était à ce moment malade depuis un mois. Son affection avait commencé par des hématémèses répétées et de la diarrhée. Puis, quinze jours plus tard, les hématémèses avaient cessé, en même temps que survenaient des douleurs et une augmentation de volume de l'abdomen.

L'examen de la malade, le jour de son entrée à l'hôpital, ne laissait pas place à l'incertitude, quant au diagnostic. Elle avait le facies hépatique que caractérisent les varicosités du nez et des pommettes, la teinte sub-ictérique. L'abdomen était distendu par une ascite abondante, libre dans la cavité abdominale. Les urines étaient rares, foncées, de coloration rouge brique. L'amaigrissement était notable. Etant donné cet ensemble symptomatique, on pouvait évidemment porter le diagnostic de cirrhose, dont l'origine tenait aux habitudes éthyliques avouées de la patiente. Le seul doute qui persistait était relatif au volume du foie, difficile à préciser du fait de la tension de l'abdomen.

Le traitement habituel, repos au lit, régime lacté, théobromine pour faciliter la diurèse, fut institué sans grand résultat. Aussi, comme la malade se plaignait depuis quelques jours de gêne abdominale et d'une certaine dyspnée, on pratiqua une ponction de l'ascite. Après évacuation de 3 litres de liquide, l'écoulement s'étant arrêté, on essaya de désobstruer la canule. N'y ayant pas réussi, on s'en tint là. Dès le lendemain, survinrent de volumineuses hémorrhoïdes qui se rompirent et donnèrent issue à une quantité notable de sang. Les jours suivants, comme cela se produit souvent, un suintement eut lieu par l'orifice de la ponction.

La situation ne s'améliora pas. Les vomissements, la diarrhée, l'oligurie (malgré la théobromine), persistèrent. Huit jours après l'entrée de la malade, quatre jours après la ponction de l'ascite, notre attention se trouva attirée par plusieurs particularités. A ce moment, le pouls était rapide, à 140, et petit, la petitesse du pouls contrastant avec l'éréthisme du cœur dont les battements étaient forts. La carotide offrait également des battements exagérés. Il y avait éréthisme cardio-vasculaire. A l'auscultation, on trouvait un souffle systolique à la pointe, presque piaulant à certains moments. Nous avions ausculté la malade à son entrée et nous avions alors constaté simplement un très léger prolongement soufflant du premier bruit, assez léger pour que nous ayons mis en doute sa nature organique. Huit jours après, au contraire, le souffle avait tous les caractères du souffle organique.

Donc, le huitième jour, on constate un souffle cardiaque. Il existe, en outre, une tendance à l'élévation de la température qui se maintient entre 37°5 et 38°. Ces symptômes et ces signes nous font poser le diagnostic d'endocardite infectieuse. Reste à savoir à quelle cause rattacher l'endocardite. La cirrhose n'a aucune raison de déterminer une telle complication sur le cœur. En interrogeant la malade, nous finissons par apprendre qu'elle souffre un peu de la gorge depuis son entrée. On aperçoit, sur l'amygdale droite, un dépôt blanchâtre légèrement saillant, assez consistant, donnant l'aspect de l'angine lacunaire. Un frottis montre des bacilles gardant le Gram et l'on fait un ensemencement sur sérum ; mais, avant même d'en avoir le résultat, on pratique une injection de 30 cent. cubes d'électro-palladium. Dix centimètres cubes de sang prélevés dans une veine du coude sont ensemencés avec résultat négatif. L'ensemencement de l'exsudat amygdalien montre des colonies diphtériques. Il s'agit donc d'une angine diphtérique, assez atypique, il est vrai. On injecte 40 cent cubes de sérum de Roux. Malgré l'espoir mis dans la sérothérapie, l'état général décline, et le lendemain, 11 jours après l'entrée de la patiente dans les salles, une hématémèse abondante survient, à laquelle la malade succombe.

A l'autopsie, on trouve de l'ascite, un foie nettement cirrhotique, une rate augmentée de volume. L'estomac renferme une grande quantité de sang noir et il offre des varices ainsi que l'extrémité inférieure de l'œsophage. Le cœur a son volume normal, et tout ce qu'on peut découvrir, c'est un petit nodule arrondi sur la mitrale, et, sur les valvules aortiques, une plaque gélatiniforme, lésion initiale de certaines aortites subaiguës. L'examen bactériologique de ces lésions reste négatif.

Telle est l'observation de la malade. Je désire revenir sur différents points intéressants de cette observation.

J'ai eu l'occasion de vous faire récemment une leçon sur les hémorrhagies du tube digestif dans la cirrhose. Souvent, vous ai-je dit, ces hémorrhagies sont précoces, et constituent le premier symptôme de la maladie. Quelquefois, elles présentent une sorte de balancement, d'alternance, avec l'ascite. Assez fréquemment, elles sont abondantes et peuvent par leur intensité entraîner une mort foudroyante. Enfin, à l'autopsie, on constate des varices à la partie inférieure de l'œso-

phage et sur l'estomac. Notre malade est, à ce point de vue, un cas type. L'hématémèse fut le premier symptôme. Elle a précédé l'ascite. Quand l'ascite s'est accusée, les hématémèses ont cessé. Autre phase d'alternance : dès le lendemain de la ponction, des hémorrhoïdes sont apparues, qui ont saigné abondamment. Il semble que l'ascite exerce une pression sur les veines. Enfin, la patiente a succombé à une hématémèse foudroyante et l'autopsie a montré des varices œsophagiennes et stomacales.

On doit peut-être se demander si la diphtérie n'est pas intervenue pour provoquer la mort, d'autant que la toxine diphtérique est hémorrhagipare. La diphtérie a certainement pu contribuer, pour une part, à déterminer l'hémorrhagie mortelle.

Les conditions d'apparition de cette diphtérie sont également intéressantes à envisager. C'est en multipliant les questions que nous avons été amenés à examiner la gorge. Les troubles fonctionnels étaient pour ainsi dire nuls. Vous savez que, chez les enfants, il est de règle de toujours examiner la gorge en présence d'un état morbide aigu mal défini. Cette règle mériterait d'être étendue à l'adulte.

De plus, la diphtérie en question a été assez anormale. Certes, on ne doit pas identifier la diphtérie avec l'angine pseudo-membraneuse. On a dit que la diphtérie peut simuler toutes les angines. C'est peut-être exagéré. Il est néanmoins certain que bien des angines blanches, pultacées, lacunaires, herpétiques ou encore phlegmoneuses d'aspect relèvent du bacille diphtérique. L'angine diphtérique se masque parfois sous l'apparence d'une angine lacunaire, d'une angine pultacée. Dieulafoy a apporté à l'Académie toute une série de cas d'angine herpétique de nature diphtérique. Martin, a, d'autre part, publié des observations où la diphtérie avait revêtu la physionomie d'une angine phlegmoneuse. Il ne s'agit pas d'angine avec phlegmon, suppuration, mais d'un aspect phlegmoneux. J'ai, moi-même, eu l'occasion d'observer ici un cas de diphtérie assez irrégulier. Il concernait une femme arrivée avec les signes d'une fièvre typhoïde. Elle était bien, effectivement, atteinte de dothiénentérie. Elle se plaignait, en même temps, d'aphonie et nous nous demandions si elle n'allait pas faire un laryngo-typhus, complication heureusement rare, mais redoutable de la fièvre typhoïde. Toutefois, le laryngo-typhus s'observe tardivement, vers le 3e ou le 4e septénaire. Ici, l'aphonie était précoce, étant survenue dès la première semaine. Je recherchai s'il ne s'agissait pas d'une complication surajoutée. L'examen de la gorge montra un léger exsudat où l'épreuve bactériologique révéla du bacille de Löffler. Le pronostic de cette laryngite diphtérique, malgré l'insignifiance des lésions du pharynx, était grave et la malade succomba. Ces angines diphtériques atypiques, en effet, malgré leur bénignité apparente, peuvent être graves, et peuvent être cause de contagion.

Retenez donc, qu'en face d'une angine blanche persistante, état général assez sérieux, on doit penser à la diphtérie et se renseigner par l'épreuve bactériologique. Il ne faut pas dire cependant qu'il est impossible de fixer le diagnostic d'une angine sans le laboratoire. Il en est des angines comme de la fièvre typhoïde. Vous pourrez dans la majorité des cas faire le diagnostic d'une fièvre typhoïde par la clinique. Dans les cas difficiles et douteux, le séro-diagnostic viendra vous éclairer. De même, pour les angines, avec de l'habitude, on arrive à différencier cliniquement les angines diphtériques des pseudo-membranes non diphtériques par exemple.

J'arrive maintenant aux accidents cardiaques et aortiques présentés par notre malade. Vous savez que dans la diphtérie, l'atteinte du cœur, du myocarde, est fréquente. Par contre, l'endocardite est moins connue et plus discutée.

En 1893, Bouchut et Labadie-Lagrave déclarèrent que l'endocardite diphtérique est une lésion des plus communes. Labadie-Lagrave ayant trouvé, à l'examen nécroscopique du cœur, chez un très grand nombre d'enfants morts de diphtérie, des nodules valvulaires, attribua ceux-ci à l'endocardite. Si ces résultats avaient été confirmés, ils auraient fait considérer la diphtérie comme la cause la plus fréquente de l'endocardite et des maladies valvulaires du cœur. Mais, les recherches de Parrot vinrent démontrer que les nodules constatés par Labadie-Lagrave étaient simplement des lésions banales.

A partir de ce moment, à part quelques observations éparses, il ne fut plus question d'endocardite diphtérique, tout au moins dans la forme valvulaire. Marfan décrivit une endocardite pariétale n'ayant aucun rapport avec l'endocardite végétante des valvules. On peut conclure en somme que l'endocardite diphtérique existe, tout en étant très rare. Peut-elle évoluer vers la chronicité ? Des auteurs ont signalé après la diphtérie la présence de souffles cardiaques, qu'ils ont pu suivre des années. Il est infiniment probable qu'il s'est agi d'états organiques d'ailleurs rares, presque exceptionnels.

La diphtérie n'atteint pas exclusivement le cœur. Elle frappe aussi l'aorte, et, avec une certaine prédilection, les branches des coronaires. Les altérations qu'elle détermine intéressent généralement les tuniques moyennes, musculaire et élastique, de l'artère, produisant de véritables foyers de nécrose.

Ces lésions cardio-vasculaires, sont-elles dues à la toxine diphtérique ? On a admis que le bacille de Lœffler ne pénètre jamais dans la circulation.

Comme règle générale, c'est exact, mais il existe des exceptions. On a trouvé le bacille quelquefois dans le sang. On peut penser que l'endocardite est due aux bacilles ou à des infections secondaires. Avec la toxine diphtérique, comme avec les autres toxines bactériennes,on n'a jamais réussi à déterminer d'endocardite. Divers auteurs italiens se sont attachés à cette question sans obtenir de résultat positif. Il semble bien que, pour provoquer l'endocardite, il faille la présence de l'agent microbien lui-même. Il n'en est plus ainsi de l'aortite. On peut la créer par des injections de bacilles, mais on l'a rencontrée aussi chez des lapins soumis à des injections de toxine diphtérique. Boinet en a constaté chez un cheval préparé pour le sérum.

J'aborde le dernier point : l'évolution clinique de l'endocardite. Vous avez été frappé, chez notre malade, du contraste entre les signes d'auscultation (souffle intense, piaulant même), et le faible degré des lésions constatées à l'autopsie. Celles-ci se réduisaient à un petit nodule de la grosseur d'une tête d'épingle. Ce fait, qui n'est pas exceptionnel, est difficile à expliquer. On a parlé d'insuffisance mitrale fonctionnelle, de végétations qui se seraient dégagées. En réalité, nous ignorons les raisons de ce désaccord. Ce qui est plus fréquent, d'ailleurs, c'est l'éventualité inverse, les grosses végétations de l'endocarde sans signe d'auscultation. Il existe toute une série d'observations de végétations de la grosseur d'une noisette constatées sur les valvules à l'autopsie, alors que l'auscultation du cœur pendant la vie n'a révélé aucun signe anormal. J'ai eu l'occasion d'en voir un cas à l'hôpital Tenon, chez une malade atteinte de pleuro-péritonite tuberculeuse. L'autopsie montra de grosses végétations sur les sigmoïdes aortiques, les mitrales, la triscupide. Pendant la vie, nous n'avions constaté qu'un peu d'excitation cardiaque. On a expliqué ces faits en disant qu'il s'agit de sujets cachectiques, ne réagissant plus. Cette explication ne concorde guère avec l'éréthisme observé chez notre malade. Ducastel et Barié ont fait également des expériences au moyen de tubes qu'ils obstruaient partiellement avec des diaphragmes. Là où le diaphragme était spongieux, le souffle (qui est une vibration de la colonne liquide passant au travers d'un orifice rétréci) ne s'entendait plus. Ce mécanisme ne s'applique pas à tous les cas, et il est plus simple, en définitive, de constater le fait et d'avouer notre ignorance quant au mécanisme de sa production.

De ceci, retenez une notion. Puisqu'il existe des endocardites végétantes sans signes d'auscultation, il faut savoir se passer au besoin, de ces signes, souffles ou autres bruits, pour diagnostiquer l'endocardite infectieuse. Lorsque vous constatez des symptômes infectieux d'embolie, si les autres phénomènes plaident en faveur de l'endocardite, vous ne devez pas vous arrêter à l'absence de signes d'auscultation pour poser le diagnostic d'endocardite.

(*Leçon recueillie par le Dr* P. Lacroix.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement du pied bot congénital.

M. Judet, de Paris, a fait au Congrès de chirurgie une communication sur le traitement du pied bot congénital par l'hypercorrection sous chloroforme.

« Quelle que soit la théorie pathogénique admise, l'examen des faits montre que le pied bot est une luxation congénitale permanente et progressive des os du tarse les uns sur les autres. En ce qui concerne le pied bot varus équin, variété de beaucoup la plus fréquente, on constate que : 1° l'astragale, du fait de l'équinisme, est luxé sur le tibia, de telle sorte que toute la partie antérieure de la poulie astragalienne est située hors de la mortaise ; 2° le calcanéum, du fait du varus, est subluxé en dedans sur la face inférieure de l'astragale, de telle sorte que sa face externe regarde plus ou moins en bas ; 3° le tarse antérieur (cuboïde et scaphoïde), du fait de l'abduction, est luxé en dedans sur le tarse postérieur ; le pied, dans son ensemble, s'enroule autour de son bord interne.

« Ces déplacements fondamentaux vont engendrer des lésions osseuses secondaires, dont l'importance ira en croissant avec l'âge du sujet. Ces malformations obéissent à une loi aujourd'hui bien connue et qui n'est autre que la *loi des pressions* : les régions autrefois articulaires, une fois privées des pressions qui les modelaient, s'hypertrophient ; les régions devenues articulaires s'aplatissent, en raison de ces mêmes pressions ; de telle sorte que, peu à peu, entre les deux, s'élèvent des crêtes qui créeront un obstacle de plus en plus grand au retour de l'os à sa place normale (Broca).

« Guidé par la loi des pressions, il est facile de se rendre compte des diverses lésions osseuses secondaires. On comprend qu'au niveau de l'astragale toute la partie antérieure de la poulie astragalienne s'hypertrophie et perd peu à peu droit de domicile dans la mortaise tibio-péronière, d'autant mieux que celle-ci, étant en partie déshabitée, cesse de s'accroître dans sa partie postérieure. On comprend de même qu'au niveau du calcanéum, la face externe se développe davantage que la face interne, de telle sorte que l'os s'incurve sur lui-même, exagérant la concavité de sa face interne. De même, au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, qui est décomprimée, il y a hypertrophie de la grande apophyse du calcanéum et hypertrophie du bord externe du cuboïde, de telle sorte que celui-ci, en totalité, tend à prendre

la forme d'un coin dont la base est tournée en dehors tandis que son sommet regarde en dedans. Phénomènes inverses au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne qui est comprimée : atrophie du scaphoïde et de la face intéro-interne de l'astragale : hypertrophie de la partie supéro-externe de la tête astragalienne devenue non articulaire.

« En quelques années, si l'on n'intervient pas, toutes ces lésions osseuses secondaires deviennent un obstacle presque invincible à la réduction. Il faut y ajouter celui apporté par les parties molles, tendons et ligaments. En ce qui concerne ces derniers, tous les ligaments situés le long du bord interne du pied se rétractent ; tous ceux situés dans la région externe s'allongent.

« Pour enrayer d'une façon définitive cet accroissement irrégulier du tarse, il faut surcorriger l'attitude vicieuse. C'est ainsi que, pour un pied bot varus équin, il faut pousser les manœuvres jusqu'au moment où l'attitude est devenue talus valgus. Un deuxième point, non moins important, est que l'hypercorrection doit être maintenue dans un appareil strict, un temps assez long pour que les modifications osseuses aient le temps de se produire. Si deux mois, temps classique, suffisent pour que muscles et ligaments devenus trop longs se rétractent et pour que muscles et ligaments devenus trop courts s'allongent, ce laps de temps nous paraît insuffisant pour que, d'une part, les os atrophiés aient le temps de s'accroître sous l'effet de leur décompression ; pour que, d'autre part, les os hypertrophiés soient retardés dans leur accroissement par l'effet de leur compression. De même que pour la luxation congénitale, il faut un minimum de cinq à six mois pour que la réduction soit solide par l'action réunie des ligaments rétractés et du cotyle approfondi ; de même pour le pied bot, nous croyons que les luxations des os du tarse une fois réduites demandent cinq à six mois d'immobilisation sous peine de récidive.

« L'hypercorrection du pied bot doit être entreprise le plus tôt possible. Comme c'est une opération laborieuse, assez longue, nécessitant l'anesthésie, il ne serait peut-être pas sans danger de l'entreprendre pendant la première année de la vie. Aussi jusqu'à un an ou deux ans, suivant la vitalité de l'enfant, nous sommes partisans, par des massages et des bandages amovibles, de commencer la correction de la difformité. On atteint ainsi l'âge, qui nous paraît le plus favorable (quinze mois à deux ans), alors que, l'enfant étant propre, il est facile de faire tolérer l'appareil plâtré. De plus, à ce même âge, l'enfant éprouvant le besoin de marcher, on lui permettra la station debout avec son appareil, ce qui favorise encore la correction. »

Formes malignes de la diphtérie.

D'après M. le Dr Casses, d'Entraygues-sur-Truyère (Aveyron), les diphtéries malignes sont caractérisées par les symptômes suivants :

« *Troubles circulatoires* : hypotension artérielle, tachycardie, dilatation paralytique du cœur, arythmie, tendance au collapsus, à la syncope et à la mort subite.

« *Troubles digestifs* : anorexie, vomissements, exceptionnellement douleurs abdominales.

« *Troubles nerveux* : asthénie, phénomènes paralytiques, localisés ou généralisés.

« *Troubles généraux* : pâleur, abattement, modifications de la température : d'abord hyperthermie, puis hypothermie.

« Ces phénomènes se superposent trait pour trait à ceux de l'insuffisance surrénale expérimentale ou spontanée. Mieux que les autres théories (troubles nerveux organiques ou fonctionnels), la théorie de l'insuffisance surrénale rend compte de la pathogénie, de même que la théorie de la surintoxication explique au mieux leur étiologie.

« La thérapeutique des diphtéries malignes doit être ainsi résumée : sérothérapie intensive, administration d'adrénaline ou d'extrait surrénaux. Et la seule question qui reste en suspens est la suivante : peut-on, sans inconvénient pour les malades, prescrire l'adrénaline aux sujets atteints, au cours de la diphtérie, d'albuminurie massive ? »

Les farines de céréales et légumineuses (hordéo-maltine).

D'après les recherches spéciales de M. Imbert, de Lyon, la tisane de farines de céréales et le potage de farines de céréales et de légumineuses diastasées ont un effet diurétique certain.

De plus, elles ont une action tonique grâce au phosphates naturels, aux sels de chaux et aux hydrates de carbone assimilables, qui y sont contenus en très notable quantité.

Il faut aussi tenir compte de la facile absorption et de la digestion rapide de ces farines par suite de la liquéfaction et de la semi-digestion obtenue par l'adjonction de la diastase du malt.

Voici les formules employées par M. Imbert :

« 1° Tisane de céréales diastasées :

Farine de gruau de blé....	5	grammes
— de riz.....	5	—
— d'orge	5	—
— de maïs.....	5	—
— d'avoine douce...	5	—

Eau q. s. p. 1 litre tisane.

« Ce mélange est bien divisé dans un peu d'eau froide pour éviter la formation de grumeaux, puis jeté dans un litre d'eau bouillante. Après une cuisson de dix minutes, on ajoute 0 gr. 25 de maltine qui liquéfie complètement la gelée obtenue habituellement par refroidissement.

« Cette tisane doit être donnée pure, sucrée ou salée, coupée avec son volume de lait bouilli.

« On peut donner un à deux litres par jour pour un adulte, et pour les enfants, suivant l'âge, de un demi-litre à un litre, soit à la tasse, soit au biberon avec ou sans lait.

« 2° Potage de céréales et légumineuses diastasées :

Farine de riz	5 gr.
— d'orge	5
— de maïs	5
— d'avoine	5
— de gruau de blé	5
— de fèves de marais	5
— de pois verts	5
— de lentilles vertes	5
— de haricots verts	5
Tapioca	5

(environ une cuillerée à café de chaque).

Maltine du codex 1908,0 gr. 50 ajoutée après cuisson.

Eau bouillante q. s. pour obtenir 250 c. c. environ.

« A préparer comme ci-dessus et saler ou sucrer suivant les indications. Donner ensuite coupée avec parties égales de lait ou de bouillon léger.

« Pour un adulte, trois potages par jour seront une bonne alimentation dans la convalescence.

« Afin d'obtenir ensuite un aliment complet on ajoute un œuf, que l'on émulsionne dans le potage chaud, au moment de servir : cela donne une véritable crème savoureuse.

« Pour les enfants, il y aura lieu de donner une quantité variable, avec l'âge ; les proportions ci-dessus pourraient, au début d'une convalescence, suffire pour vingt-quatre heures.

« Ces deux préparations, dont on peut d'ailleurs varier les proportions, suivant le goût du malade, seront une ressource très utile pour maintenir la nutrition pendant la maladie et la convalescence immédiate et même médiate.

« Grâce à ces préparations, on arrive à faire prendre et tolérer du lait à des malades qui le digèrent mal et ne l'acceptent qu'avec crainte et dégoût. »

Le traitement de la scoliose

Au IIIe Congrès international de Physiothérapie M. le Dr René MESNARD (de Paris), assistant d'orthopédie à l'Hôpital Trousseau, a lu un intéressant *mémoire* sur le *traitement kinésithérapique de la scoliose.*

Pour les uns, la gymnastique suffit à guérir toutes les scolioses, pour les autres, il n'y a de salut que dans les corsets ; l'auteur, s'appuyant sur une expérience de quinze années déjà, conseille l'éclectisme. Partant d'une classification des scolioses basée sur le pouvoir de redressement volontaire en station debout et sur la souplesse plus ou moins grande des courbures, il explique sa façon personnelle d'appliquer la gymnastique aux scolioses d'attitude. Il faut tenir compte du caractère de l'enfant qui, souvent, manque totalement d'énergie et de volonté, ou du moins a totalement négligé d'employer une partie de cette énergie à se constituer une attitude correcte. C'est donc une véritable rééducation de l'attitude qu'il s'agit de faire, et pour cela, il faut apprendre à ces jeunes malades, d'abord à respirer, puis à commander à leurs muscles ; il faut leur faire acquérir le sens de l'équilibre et les enseigner à dissocier leurs mouvements. L'auteur préconise des séances individuelles, courtes mais fréquentes, avec un petit nombre d'exercices, mais dont il exige l'exécution minutieuse. Il convient de rééduquer l'attitude, non seulement en station debout, mais encore en position assise et aussi pendant la marche.

Quant aux autres périodes de la scoliose, elles ne sont plus du domaine exclusif de la kinésithérapie ; les manœuvres passives de redressement forcé et les appareils de soutien, soit fixes, soit amovibles, deviennent indispensables.

En résumé, à toutes les périodes de la scoliose, la kinésithérapie sera nécessaire sous une forme ou sous une autre ; mais c'est seulement dans la scoliose d'attitude qu'elle pourra, à elle seule, constituer un traitement suffisant.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le séro-diagnostic de l'actinomycose. — Le lever précoce des laparotomisés. — Accident grave de l'intra-dermo-réaction à la tuberculine. — Intra-dermo réaction à la syphiline. — Les crises gastriques des oxaluriques. — Le diabète.

M. WIDAL communique à l'*Académie de médecine* un travail sur le *séro-diagnostic de l'actinomycose.*

Le diagnostic de l'actinomycose est souvent difficile, alors même qu'il s'agit de lésions ouvertes. Il n'est pas rare de voir manquer dans le pus des foyers fistulisés les grains jaunes caractéristiques ; la culture du parasite, d'autre part, est longue et parfois incertaine. Ce diagnostic est cependant important puisque l'affection ne guérit que par un traitement approprié, l'iodure de potassium.

M. Widal a recherché la possibilité d'un séro-diagnostic de l'actinomycose. Les essais avec l'actinomyces ayant été négatifs, l'auteur s'est adressé à des espèces voisines, au sporotrichum Beurmanni. Les spores du sporotrichum Beurmanni fournissent, au contact du sérum des actinomycosiques, des phénomènes d'agglutination qui peuvent être utilisés pour le diagnostic. Ce sont là des « réactions de groupe, de famille » qui s'exercent à l'égard des parasites appartenant à des espèces voisines et qui sont bien connues aujourd'hui.

En clinique, la constatation d'une agglutination positive pour le sporotrichum ne permet évidemment pas de porter un diagnostic spécifique, mais elle indique qu'il s'agit d'une mycose appartenant à un groupe dont l'actinomycose fait partie. Elle restreint ainsi le diagnostic à une catégorie particulière d'affections (actinomycose, sporotrichose, muguet) que l'examen clinique permettra de différencier.

— M. HENRY REYNÈS (de Marseille) lit à l'*Académie de médecine* une étude sur le *lever précoce des laparotomisés.*

Innové par Morris, Ries, Boldt, le lever précoce des grands opérés du ventre, très peu pratiqué en France, a rallié des partisans de plus en plus nombreux en Amérique et en Allemagne.

Les avantages de ce lever sont : l'amélioration de l'état général, la reprise rapide des fonctions de l'intestin et de la vessie, l'accélération de la guérison. On a objecté qu'il pouvait s'ensuivre une éventration, des douleurs, des hémorrhagies, des phlébites et des embolies. Ces craintes semblent injustifiées par la pratique, ou exagérées.

Le lever précoce varie du septième au troisième ou au deuxième jour après l'opération. Il doit être considéré, non comme un hasard heureux et exceptionnel, mais comme une résultante de précautions prises avant, pendant et après l'opération : préparation des malades, bonne technique, asepsie et hémostase parfaites, choix des anesthésiques, etc. Il a, comme contre-indications, la fièvre, le mauvais état général, les phlébites, les difficultés d'affrontement.

M. Reynès a appliqué le lever précoce dans 16 cas avec plein succès, guérison rapide et cicatrisation très bonne. Plusieurs de ces cas remontent à octobre dernier.

— M. Comby rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* une observation d'*accident grave de l'intra-dermo-réaction à la tuberculine*. Il s'agit d'une escarre de la cuisse de la grandeur d'une pièce de un franc, consécutive à une intra-dermo-réaction. L'escarre en se détachant laissa une ulcération profonde, qui fit concevoir des craintes sérieuses pour la vie de l'enfant. M. Comby conclut que la cuti-réaction, qui ne donne pas d'accident de ce genre, l'emporte, pour l'innocuité, sur l'intra-dermo-réaction.

— MM. Nicolas, Favre et Charlet présentent à la *Société médicale des hôpitaux* les résultats d'une nouvelle série de recherches sur l'*intra-dermo-réaction à la syphiline*, et sur la valeur de cette méthode, dont ils sont les auteurs, comme moyen de diagnostic de la syphilis. La syphiline qu'ils emploient est obtenue en faisant un extrait glycériné concentré de foie hérédo-syphilitique riche en tréponèmes.

Chez 50 malades syphilitiques certains, MM. Nicolas, Favre et Charlet ont pratiqué comparativement l'intra-dermo-réaction à la syphiline suivant leur procédé, et la séro-réaction de Wassermann. Ils ont obtenu 42 résultats concordants et 8 résultats discordants seulement, dont 5 plutôt en faveur de l'intra-dermo-réaction à la syphiline. Ils pensent qu'à la condition de prendre des extraits riches et titrés, on pourra attribuer à ces syphilines une réelle valeur diagnostique en clinique.

— MM. Lœper et M. Binet font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur les *crises gastriques des oxaluriques*.

Les accidents gastriques présentés par certains sujets oxaluriques, disent-ils, sont, à l'intensité près, assez analogues chez tous ces malades. En voici le tableau : douleurs crampoïdes apparaissant tantôt au début, tantôt à la fin de la journée, état nauséeux allant rarement au vomissement, gastrorrhagie discrète et n'apportant à l'accès douloureux aucune espèce de soulagement, oxalurie abondante (plutôt avant et après l'attaque que pendant), quelquefois présence dans les vomissements et dans le sang rendu de quantités appréciables d'acide oxalique. Ces crises apparaissent au cours d'une santé en apparence parfaite chez des malades entachés de ce qu'on appelle arthritisme. Elles sont précédées parfois d'une période de malaises de 15 à 20 jours qui marque l'entrée en scène de l'intoxication ; elles se terminent quelquefois par une attaque de lithiase oxalique du rein ou de l'intestin.

Divers auteurs considèrent l'oxalurie comme la conséquence forcée d'un état dyspeptique. D'autres voient, au contraire, dans la dyspepsie, un des accidents principaux de l'intoxication oxalique. MM. Lœper et Binet partagent cette dernière opinion. Ils ont injecté à des lapins des quantités assez notables d'acide oxalique ou d'oxalate de soude et ils ont constaté que cette substance pouvait s'éliminer par la muqueuse gastrique et se retrouver dans l'estomac. Ils font donc de la crise gastrique des oxaluriques la conséquence d'une sorte d'*oxalémie*, d'intoxication générale oxalique, avec élimination irritante de l'acide oxalique par l'estomac. Et de fait, les animaux soumis à leurs expériences présentaient des congestions et des hémorrhagies de la muqueuse gastrique appréciables à l'œil nu.

Le traitement de ces états gastriques comporterait dès lors deux indications : calmer la crise douloureuse et traiter la cause première qui lui donne naissance.

Contre la crise, on fera usage des calmants ordinaires, tels que : opium, applications chaudes ; contre les vomissements et les hématémèses, boissons glacées, glace sur le creux épigastrique.

On combattra en outre, ajoutent les auteurs, l'intoxication oxalique. Un régime devra être institué. Il sera bon de rejeter certains aliments comme l'oseille, les épinards, le cacao, le chocolat, qui contiennent des oxalates de soude, de potasse ou de chaux. On prohibera les condiments, les excitants de tous ordres, boissons gazeuses, alcool, café.

La neutralisation dans l'organisme de l'acide oxalique qui s'y est accumulé semble pouvoir être faite, comme l'ont montré Klemperer et Tritchler, au moyen des sels de magnésie, lesquels ont le pouvoir de transformer dans l'organisme l'acide oxalique en oxalate de magnésie soluble. D'où indication de donner à ces malades des doses réfractées de sulfate de magnésie pendant plusieurs jours consécutifs.

Les préparations de chaux sont considérées par Decottignies comme un des plus puissants antidotes de l'acide oxalique. Le sel auquel on devrait de préférence faire appel serait le glycérophosphate de chaux.

Un dernier point consiste à faciliter l'élimina-

tion de l'acide oxalique par les reins et par l'intestin. On aura recours aux diurétiques, au lait, aux tisanes de queues de cerises, de chiendent, etc. Enfin, on donnera des purgatifs, de préférence les purgatifs salins, et en particulier le sulfate de magnésie.

— M. Verdalle, de la Bourboule, lit à la *Société médicale des hôpitaux* une *note sur 129 cas de diabète*. Les causes les plus fréquentes du diabète sont : l'hérédité dans un tiers des cas ; peut-être même plus encore, si on tient compte, non seulement de l'hérédité diabétique à proprement parler, mais de l'hérédité arthritique ; l'âge (maximum de 40 à 50 ans) ; la syphilis, ignorée ou niée souvent ; les maladies aiguës, rarement ; le traumatisme, physique ou moral, rarement encore ; dans ces cas, les faits demandent à être rigoureusement contrôlés et il faut se méfier des allégations des malades.

L'auteur n'a observé que deux cas de diabète conjugal et pense que le plus souvent il doit y avoir une simple coïncidence, causée par des conditions sociales identiques ou de mauvaises conditions d'hygiène.

L'auteur passe en revue les signes les plus fréquemment observés au début, petits et grands signes ; les accidents et complications.

La marche de la maladie est fort importante à connaître : la glycosurie, dite alimentaire, n'existe pas : elle ne doit pas être négligée ni par le malade, ni par le médecin ; car c'est par ces petites doses soi-disant négligeables que débute, en général, le grand diabète, où s'enregistrent dans la suite, les doses de 200, 300, 500 et jusqu'à 1.200 grammes de sucre.

Il y a des diabètes frustes, qui paraissent inaperçus quand on ne fait pas l'analyse fractionnée (Gilbert et Lereboullet) et on observe — M. Verdalle en cite plusieurs observations — chez certains de ces malades de véritables poussées de diabète, comparables aux crises de la goutte ou plutôt de l'arthritisme.

L'albuminurie a été observée par l'auteur dans un cinquième des cas, nous voulons dire : l'albuminurie simple, et non pas la néphrite, laquelle peut coexister ; l'albuminurie est d'ordinaire sans gravité et cède facilement.

Les doses maxima observées par l'auteur ont été 500 et 1,200 grammes ; minima : 2 grammes ; mais les petits chiffres ne signifient rien ; partant de ces chiffres minima, le diabète peut monter aux plus gros chiffres.

L'urée est, en général, proportionnelle au sucre ; les gros chiffres d'urée correspondent aux gros chiffres de sucre ; quand il y a disproportion elle s'explique par l'âge, la débilité du malade ou par quelque complication (tuberculose).

Le taux de l'urée monte ou baisse proportionnellement à celui du sucre, et cela indépendamment de l'alimentation du malade ou de la vie qu'il mène.

Le diabète chez les enfants est très grave, presque toujours mortel à brève échéance ; M. Verdalle a cependant observé un cas de diabète ayant débuté à l'âge de cinq ans et durant sans trop grand dommage depuis plus de vingt ans.

Chez les jeunes gens, le pronostic du diabète est toujours très sérieux.

Le traitement du diabète à la Bourboule amène en général une amélioration notable, tant au point de vue clinique qu'au point de vue chimique ; le sucre diminue et disparaît parfois complètement ; l'urée tend à revenir à la dose normale ; en même temps l'état général se relève notablement. Ce sujet a fait l'objet de deux mémoires présentés par M. Verdalle à l'Académie de médecine en 1905 et en 1906.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

L'ipéca,

Par le Dr André Lombard.

(*Suite.*)

Au début des bronchites et des congestions pulmonaires, il existe souvent, tant chez l'adulte que chez l'enfant, un état saburral des voies digestives qui nécessite l'administration de l'ipéca à dose vomitive ; cette indication de faire vomir se présente aussi dans la coqueluche, en dehors de l'état saburral, et on y peut avoir recours tous les 8 ou 10 jours. Mais, en dehors de la coqueluche, on recherche aussi les *effets expectorants* dans les maladies des voies respiratoires, effets obtenus avec des doses moins élevées que la dose vomitive. On peut ainsi faire prendre, en dehors des heures d'alimentation, dans la bronchite fébrile, toutes les heures ou toutes les 2 heures, une cuillerée à soupe de :

Ipéca pulvérisé..... 1 gr. a	1 gr. 50

Faire infuser dans : Eau 100 cc.

Réduire à 90 cc. Passer et ajouter :

Sirop de polygala.....	30 cc.

qui pourra être avalée pure ou avec une infusion de tilleul.

Dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, on peut prescrire la même potion en remplaçant le sirop de polygala par du sirop diacode. On le fait absorber par cuillerées à soupe toutes les 2 heures, dans l'intervalle des repas, jusqu'à obtention de l'effet nauséeux, et en se guidant sur l'état des forces.

On peut donner encore, dans la congestion pulmonaire idiopathique, toutes les 2 heures, une cuillerée à soupe de :

Sirop d'ipéca.....	30 gr.
Teinture d'aloès.....	50 gr.
Elixir parégorique.....	30 gr.
Infusé d'hysope.....	60 gr.
Sirop de polygala.....	50 gr.

(Debove, Pouchet).

Quand on veut un médicament qui soit à la fois expectorant, décongestionnant du poumon et sédatif de la toux, on s'adresse à la *poudre de Dower*, dont voici la composition :

Poudre d'ipéca	10 gr.
Opium offic. sec et pulv	10 gr.
Sulfate de potasse	40 gr.
Nitrate de potasse	40 gr.

On la prescrit à la dose de 0 gr. 20 à 1 gr. chez l'adulte, et celle de cinq centigr. par année d'âge chez l'enfant, après trois ans seulement.

On l'associe parfois à la quinine, et on peut donner les cachets suivants :

Poudre de Dower	0 gr. 20
Bromhydrate de quinine	0 gr. 15
Benjoin de Siam	0 gr. 30

En 1 cachet, à la dose de 1 à 5 en 24 heures, dans la congestion pulmonaire.

Dans la bronchite subaiguë, apyrétique, on l'associe à la terpine :

Poudre de Dower	0 gr. 10
Terpine	0 gr. 20

En 1 cachet, n° 30, en prendre quatre par jour, dans l'intervalle des repas.

Dans la bronchite aiguë, c'est toujours dans la seconde phase de l'évolution, quand l'expectoration est difficile surtout, que l'ipéca est indiqué ; on le prescrit avec les aromatiques :

Poudre de Dower	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Goudron de Norvège	0 gr. 05
Poudre benjoin	Q. S.

Pour 1 pilule non argentée, n° 20, en prendre 4 par jour.

Si la toux est trop pénible, on s'adresse en même temps à l'aconit et on fait absorber chaque jour 4 à 6 des pilules suivantes :

Poudre de Dower, Goudron	ââ 0 gr. 04
Extrait de racines d'aconit	0 gr. 00_4

Dans la congestion pulmonaire grippale ou idiopathique, de même qu'à la quinine, on l'associe parfois à la scille :

Poudre de Dower	0 gr. 10
Poudre de scille	0 gr. 05

En 1 cachet, n° 20 ; en faire prendre trois ou quatre dans la journée.

Dans certains cas d'endocardite rhumatismale aiguë, on peut prescrire utilement, pendant 8 à 10 jours, un cachet de 0 gr. 50 de poudre de Dower.

Chez l'enfant, les indications sont les mêmes que chez l'adulte, peut-être même plus fréquentes.

M. Marfan formule :

Infusion de racine d'ipéca à 0 gr. 30	60 gr.
Sirop de capillaire	30 gr.
Benzoate de soude	0 gr. 50

A prendre par cuillerées à café en 1, 2 ou 3 jours selon l'âge, dans la bronchite aiguë infantile. On peut remplacer l'infusion d'ipéca par le *sirop de Desessartz*, sirop d'ipéca composé, qui contient de l'ipéca, du séné, du serpolet, des fleurs de coquelicot, du sulfate de magnésie, du vin blanc et de l'eau de fleurs d'oranger. C'est un utile médicament, dont les adultes peuvent prendre une à trois cuillerées à soupe par jour, et les enfants, deux à six cuillerées à café.

Voici une autre potion utilisable en médecine infantile :

Sirop d'ipéca	10 gr.
Acétate d'ammoniaque	3 gr.
Décocté de polygala	45 gr.
Sirop de tolu Q. S. P.	90 cmc.

(Debove)

A prendre par cuillerée à café, à dessert ou à soupe, selon l'âge, toutes les 2 heures.

Les *effets vaso-constricteurs* sont recherchés dans la bronchite et on peut associer l'ipéca à l'ergotine :

Poudre d'ipéca	0 gr. 30
Ergotine Bonjean	2 gr.
Fine champagne	40 gr.
Julep gommeux	125 gr.

A prendre par cuillerées à soupe de deux en deux heures.

Mais c'est surtout dans les hémorrhagies du début de la tuberculose qu'on recherche ces effets vaso-constricteurs et hypotenseurs. S'il s'agit d'une légère poussée congestive, avec seulement un ou deux crachats sanguinolents, on pourra prescrire vingt à trente centigr. de poudre de Dower ; ou bien trois cuillerées à soupe par jour, une heure avant les repas, du sirop suivant :

Sirop d'ipéca	20 à 40 gr.
Sirop de térébenthine, Sirop de tolu	ââ 40 gr.

Dans les hémoptysies abondantes, parmi tant d'autres remèdes, on peut prescrire l'ipéca à la dose de 4 grammes en 4 paquets, administrés de 10 en 10 minutes ; « la première fois que l'on use de ce remède dans le traitement de l'hémoptysie, la main tremble », dit Trousseau ; cependant, il manque rarement son effet ; mais il a l'inconvénient de trop déprimer le malade. Darenberg prescrivait en 12 heures trois doses de 0 gr. 40 d'ipéca quand, après l'hémorrhagie, les malades n'expectorent pas leurs caillots ; on évite ainsi la fièvre que peut occasionner leur rétention.

On peut l'associer à la digitale :

Poudre de Dower	0 gr. 50
Poudre de digitale	0 gr. 03
Extrait de jusquiame	0 gr. 05
Ergotine	0 gr. 15
Extrait de ratenhia	0 gr. 15

Pour 1 pilule, en prendre 6 par jour.

Cette association trouve aussi son emploi dans le traitement du goitre exophthalmique ; dans l'intervalle des périodes où l'on prend du salicylate de soude, on fait prendre, dix jours par mois, toutes les six heures, une pilule contenant :

Poudre d'ipéca	0 gr. 05
Poudre de feuilles de digitale	0 gr. 02
Extrait d'opium	0 gr. 003 millig.

Pour une pilule n° 40.

Nous avons vu qu'il existe plusieurs préparations d'ipéca : la *poudre*, la *teinture*, maintenant dosée à 1/10 et deux fois moins active que celle du Codex de 1884 ; l'*extrait*, peu employé (0 gr. 20 à 0 gr. 30), dont 1 gr. correspond à 5 gr. de poudre ; la *poudre de Dower* et le *sirop de Desessartz*. Il y a aussi les *sirops d'ipéca*, et il importe de bien s'entendre ; celui que la conférence de Bruxelles a désigné sous ce nom renferme 10 % de teinture d'ipéca à 1/10 ; il n'est pas vomitif, mais expectorant, comme l'est le sirop de Desessartz ; c'est lui que l'on associe à la poudre d'ipéca, au lieu de sirop simple, en médecine infantile, et qui fait partie des potions expectorantes. Le sirop du Codex est, au contraire, une préparation vomitive, dont 20 gr. correspondent à 0 gr. 20 d'extrait, qu'on prescrit à la dose de 10 à 30 gr. chez l'adulte, à celle de 3 à 5 gr. par année d'âge chez l'enfant. Si donc on veut prescrire simplement le sirop comme vomitif, il faut spécifier le sirop du Codex français 1908 ; sinon, il est vraisemblable que le pharmacien délivrera le sirop adopté par la conférence de Bruxelles.

OPHTALMOLOGIE

Traitement et prophylaxie de l'ophtalmie purulente. — Supériorité des sels organiques d'argent,

Par le Dr A. Darier.

Ce n'est pas d'un seul coup qu'on peut faire pénétrer une vérité thérapeutique dans les couches profondes du monde médical ; comme tous ses semblables, le médecin est essentiellement routinier.

Il y a plus de dix ans que fut portée à la connaissance du monde médical la supériorité du protargol sur le nitrate d'argent dans le traitement de l'ophtalmie purulente et ce n'est qu'il y a quelques mois que cette question a été de nouveau portée devant l'Académie de Médecine par M. le Dr Motais. Se basant sur une longue série d'observations, cet éminent praticien conclut :

« 1° Que le traitement régulièrement appliqué agit très rapidement sur la conjonctivite gonococcique, même dans les cas graves ;

« 2° Que la cornée même ulcérée n'a subi aucune action chimique nocive du protargol ; au contraire les ulcérations ont marché rapidement vers la cicatrisation.

« Le protargol employé à doses convenables constitue donc un traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés constant dans ses résultats, d'une simplicité extrême dans son emploi et d'une innocuité parfaite pour la cornée. Ce qui n'est pas toujours le cas pour le nitrate d'argent, dont l'emploi n'est jamais aisé et peut devenir dangereux.

Mais les événements ont marché à pas de géant et depuis que, le premier, j'ai montré l'importance du protargol en thérapeutique oculaire, de nombreux sels d'argent ont été tour à tour vantés comme supérieurs au nitrate d'argent.

Une mise au point est aujourd'hui nécessaire :

Cinq préparations seulement, par leurs réelles qualités, méritent d'obtenir notre attention :

1° Le *protargol*, dont l'éloge n'est plus à faire et qui restera un de nos plus précieux agents thérapeutiques que d'aucuns préfèrent encore au sophol et à l'argyrol ;

2° L'*acétate d'argent*, connu dès longtemps, mais qui n'avait, pour ainsi dire, pas encore été employé en ophtalmologie, présente toutes les qualités du nitrate : solubilité parfaite, conservation facile (à l'abri de la lumière) ; il est moins caustique et moins irritant que le nitrate et son action thérapeutique, tout en étant plus douce, n'est pas moins efficace. On peut le considérer à peu près comme l'équivalent du protargol ;

3° Le *collargol*, dont l'importance thérapeutique est aujourd'hui bien établie dans les infections générales ; il est intéressant aussi en ophtalmologie, mais moins ;

4° Le *sophol*, combinaison de nucléine formolée et d'argent (teneur en argent, 22 %), il est moins irritant encore que le protargol avec un pouvoir antiseptique à peu près aussi puissant.

Ce sel n'a pas encore été beaucoup employé en thérapeutique oculaire, mais il a fait ses preuves de la façon la plus brillante, dans la prophylaxie de l'ophtalmie purulente, à la maternité de Bâle où le professeur von Herff n'a eu qu'un cas d'infection oculaire sur 6.164 enfants partis vivants de la maternité et encore il s'agissait d'une infection tardive au 7e jour, donc par contact direct et non par infection pendant l'accouchement. Jamais pareille statistique n'avait été obtenue dans aucun établissement hospitalier, où la méthode de Crédé est mise en pratique avec des solutions de nitrate d'argent à 2, 1,5 et 1 %).

Enfin, 5°, nous arrivons au sel d'argent qu'on pourrait dire idéal, puisque non seulement il a une teneur en argent de 25 %, mais il est absolument exempt de toute causticité, il n'irrite pas la conjonctive saine, et, en instillations, même avec des solutions à 10 ou 20 %, il a une action calmante manifeste sur l'œil enflammé. L'*argyrol* est une combinaison de vitelline et d'argent. Je l'emploie avec un plein succès depuis 4 ou 5 ans dans toutes les affections irritantes de la conjonctive. J'ai fait à ce sujet une lecture devant l'Académie il y a deux ans, et je ne puis que confirmer encore une fois tout ce que j'ai dit à ce sujet, et celui qui a fait la découverte de ce sel d'argent indolore et actif a bien mérité de la science médicale et c'est un devoir pour qui en a fait l'expérience de proclamer ses bienfaits.

Grâce à l'argyrol, le nitrate d'argent pourra être mis à la place qui lui convient en thérapeutique oculaire ; il ne sera plus qu'un médicament d'exception, d'une action puissante et rapide, que l'on sera heureux de trouver quand les agents moins caustiques et moins dangereux auront été mis en échec par la gravité du mal.

Comme agent *prophylactique*, l'argyrol en solu-

tion de 10 ou 15 % a été appliqué dans 50 % cas sans une seule infection. Son mode d'application est des plus simples. Il suffit d'entretenir légèrement les paupières et d'instiller 5 à 6 gouttes de la solution de façon à bien irriguer la fente palpébrale ; il en entrera toujours assez pour que l'action du collyre porte jusque dans le fond du sac conjonctival ; mais il est important que le bord des paupières soit bien imprégné de la solution, car c'est presque toujours sur les bords palpébraux que se trouvent les éléments infectieux au moment de la venue au monde.

L'inconvénient du nitrate comme prophylactique, à part sa grande causticité qui peut parfois causer des complications cornéennes, est de provoquer une réaction assez vive capable de prédisposer à des infections secondaires. Le même reproche ne peut être adressé à l'acétate d'argent, ni au protargol, ni au sophol et encore bien moins à l'argyrol. Ces trois derniers agents sont si peu irritants, si peu caustiques, qu'ils ne provoquent presque jamais de réaction catarrhale de la conjonctive.

En résumé, on pourrait classer les sels d'argent dans l'ordre suivant :

1° *Nitrate d'argent*, très caustique, très douloureux ;

2° *Protargol* et *acétate d'argent*, moins caustique.

3° *Collargol* et *sophol*, très peu douloureux, et

4° L'*argyrol*, absolument indolore.

Le nitrate d'argent doit être appliqué par l'oculiste ou l'accoucheur seulement.

Le protargol et l'acétate d'argent peuvent être, à la rigueur, prescrits en collyre, mais l'irritation qu'ils produisent sur la conjonctive empêchera bien des malades de l'appliquer aussi énergiquement qu'il serait nécessaire. Le collargol et le sophol sont beaucoup mieux supportés : seuls, les malades très sensibles se plaindront d'une légère irritation.

Mais le vrai sel d'argent que l'on peut prescrire sans crainte en collyre à 5 et 10 %, c'est l'argyrol, dont l'emploi peut même être confié sans aucune crainte aux sages-femmes sous la forme énoncée plus haut. C'est le prophylactique le moins dangereux et le plus efficace.

Un seul inconvénient est attaché à l'argyrol c'est que c'est, comme le protargol, le sophol et un peu le collargol, un produit patenté. A ceux que ce défaut offusquerait par trop, de même qu'aux dispensaires et aux hôpitaux, qui visent à l'économie, nous recommanderons l'acétate d'argent qui est beaucoup moins caustique que le nitrate tout en possédant absolument les mêmes qualités thérapeutiques et prophylactiques que le nitrate. Mais en ville, le collyre que le praticien peut prescrire sans crainte aucune dans toutes les conjonctivites est le suivant :

Argyrol.....	0,25
Eau distillée.....	5 gr.

(Laisser fondre sans chauffer ni triturer, flacon brun). Une goutte entre les paupières, 2 à 8 fois par jour suivant la gravité du mal. Si au bout de 4 ou 5 jours, le malade n'est pas guéri, renvoyer au spécialiste.

PÉDIATRIE

L'enfant et son médecin ;

Par le Dr Albert BALL
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(A. Maloine, éditeur.)

L'élément le plus important de la pratique médicale tant en ville qu'à la campagne est indiscutablement l'enfance. Tandis que dans une famille on hésite à demander conseil au médecin pour le père ou la mère, pour un vieillard ou un adulte, on s'émeut aussitôt que la santé de l'enfant paraît compromise, et alors le médecin est assailli, surtout dans la classe aisée, de questions, de demandes, de conseils auxquels il lui est parfois difficile de répondre aussitôt.

D'autre part, les travaux de pédiatrie (et il en est d'excellents) sont difficiles à consulter en hâte; parfois a-t-on de la peine à y trouver tout aussitôt ce qu'on y cherche. C'est pour répondre à ce besoin du praticien que le Dr Albert Ball, qui s'est consacré à l'étude de la pédiatrie pratique, a écrit sous le titre : l'*Enfant et son médecin*, un véritable guide pratique de l'hygiène et des maladies de l'enfance de 0 à 15 ans. Dans ce petit livre, tout ce qui a rapport à l'enfance y est résumé et classé avec une admirable méthode. Tous les renseignements y sont notés avec une précision que l'on ne rencontre nulle part ailleurs.

M. Ball considère l'enfant de 0 à 15 ans et tient compte, dans tous ses conseils, des différences d'âge.

Au début, une *table alphabétique des matières* très complète permet de trouver sans chercher longtemps le renseignement demandé.

Puis se succèdent tour à tour un *tableau de posologie* d'après l'ancien et le nouveau Codex, un chapitre des renseignements d'urgence : alimentation du nourrisson, poids, taille ; tableau des poids et tailles selon l'âge et le sexe ; nombre de pulsations, de respirations, quantité des urines selon l'âge.

M. Ball ne dédaigne pas d'indiquer le petit moyen mnémotechnique qui tire d'embarras le praticien. Ainsi, il nous rappelle que la quantité de lait par tétée doit être le 50e du poids de l'enfant, 50e que l'on obtient facilement en doublant les deux premiers chiffres du poids du bébé. C'est simple jusqu'à la naïveté, mais encore faut-il y songer ?

Une énumération des *médicaments, avec leurs indications thérapeutiques*, vient ensuite. Des conseils sur l'administration et le dosage précèdent le formulaire. Ici, l'auteur ne craint pas de donner quelques utiles détails pharmacologiques ; il y joint un renseignement dont l'intérêt n'échappera à aucun praticien, c'est un chiffre qui de 1 à 4 indique la valeur marchande proportionnelle du médicament. La liste des eaux minérales et de leurs indications complète le formulaire.

Vient ensuite l'exposé de la façon dont on doit

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

Dr L. à B., à *Concours*. Je me fais un devoir de vous signaler le fait suivant qui peint admirablement la valeur morale et individuelle de certains médecins et démontre l'urgence du remède à appliquer en pareil cas, le libre choix.

Il s'agit d'une Société de secours mutuels récemment créée, d'une trentaine de membres, à une distance de 10 km. de notre résidence ; cette société demande un médecin au tarif de 5 fr. par famille pour soins médicaux et chirurgicaux ; sollicité par elle, je refuse en alléguant le tarif dérisoire vu la distance 10 km., 15 km. même pour certains sociétaires ; je croyais qu'il ne se trouverait pas un médecin pour accepter dans de pareilles conditions et je proposais le libre choix. Eh bien ! le médecin s'est rencontré ; il a répondu avec empressement par l'affirmative ; vous me direz peut-être que c'est un besogneux, un malheureux comme il en existe dans notre profession, hélas! Non, c'est un homme bien renté, qu'un mariage avanta-

Suite page X.

PAIN "ESSENTIEL"
EN BISCOTTES DE 10 GRAMMES CHACUNE
avec ou sans chlorure de sodium.
Riche en azote et en Phosphates organiques ne laissant pas de résidus toxiques.
Maladies de l'Estomac et de l'Intestin. - Maladies du Cœur et des Vaisseaux. - Obésité
Albuminurie - Diabète - Alimentation des Enfants
Régime Lacto-Végétarien.
USINES ET BUREAUX A NANTERRE (Seine)

BISCOTTES de PAIN COMPLET de CHATEL-GUYON
Contiennent une proportion de déchets suffisants pour obtenir la contractilité normale de l'intestin.

PRODUITS de RÉGIME Ch. HEUDEBERT, (20, Faubourg Saint-Honoré, Paris. Téléphone 582-52

Bronchites, Toux rebelles,
Catarrhe, TUBERCULOSE
SIROP FAMEL
LACTO-CREOSOTE SOLUBLE
Phosphate de Chaux, Codéine, Cocaïne, etc.
ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS
A MM. LES MEMBRES DU « CONCOURS »
86, rue de la Réunion | PARIS | 86, rue de la Réunion

PIPÉRAZINE MIDY
Az H ⟨CH² - CH²⟩ Az H
CH² - CH²
Diéthylène-Diamine
GRANULÉE EFFERVESCENTE
Produit défini plus actif que ses dérivés ou les associations médicamenteuses à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE
LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE
Prix : 5 fr. - La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.
Echantillons : Phie MIDY 140, Faub. St-Honoré, PARIS
Comme préventif : 3 mesures par jour, 10 jours par mois
Crises aiguës : 4 à 6 .....
chaque mesure = 0,20 ctg Pip pure

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

—

geux a pourvu d'une belle aisance, qui devrait, semble-t-il, lui interdire un marché aussi honteux.

Et alors, je viens vous demander, M. le Directeur et honoré confrère, en présence d'une situation qui probablement est loin d'être unique, ce qu'on attend pour exiger de nos représentants une loi qui impose le libre choix.

Nous sommes entourés de sociétés qui avilissent les prix, entravent notre liberté, nous enlèvent une certaine partie de notre clientèle, pour ne pas dire la plus grande, et il serait grand temps qu'une loi protectrice vienne au plus vite pour arrêter cette honteuse exploitation.

Si vous jugez à propos de reproduire ma lettre, je vous prie de taire mon nom.

Réponse. — C'est justement parce que les mutualités savent fort bien qu'elles ne peuvent vivre, avec leurs cotisations dérisoires, qu'en exploitant le médecin et en rognant sur ses honoraires, que nous aurons beaucoup de peine à faire voter une loi pour le libre choix du médecin et pour le tarif à la visite.

Autre chose serait si les médecins voulaient dépouiller leurs idées égoïstes et consentaient à s'unir. Il n'y aurait plus alors de ces gens pour accepter des forfaits à vil prix pour que le voisin ne puisse pas le prendre ou pour gagner la médaille de la Mutualité ou tout autre ruban. Il n'y aurait plus que des hommes libres, voulant vivre honorablement du fruit de leur travail, avec des honoraires équitables, et accroissant le nombre de leurs clients par leur dévouement, leur travail et leur savoir.

Mais dans tout Français, il y a un fonctionnaire qui sommeille ; il crie contre le tarif trop vil d'un forfait, mais recherche le titre et la fonction.

Syndicats médicaux ! c'est à vous de changer cette mentalité. Ayez le courage de demander à vos adhérents leurs fixes et leurs situations dites acquises ; ayez également le courage d'appliquer les sanctions statutaires et de réunir le conseil de famille. Faites votre devoir, il est grand temps.

Dr B., à X., à Concours. — Excusez-moi de venir vous enlever de votre temps. Je m'adresse à vous parce que j'estime que vous

Suite page XII.

TRAITEMENT RADICAL **CONSTIPATION**
MIGRAINES -- CONGESTIONS -- MALADIES de l'INTESTIN
UN ou DEUX — GRAINS DE VALS — Le soir avant dîner
à base de Cascara Sagrada et podophyllin.
ADMINISTRATION : 64, Boulevard Port-Royal, PARIS

Iodol — Le meilleur succédané de l'Iodoforme
SANS ODEUR, NON TOXIQUE
Recommandé par les Sommités médicales.
(*Littérature*). M. REINICKE, 39, Rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.
EMPLATRES et PANSEMENTS à l'Iodol : DESNOIX et DEBUCHY, 17, R. Vieille-du-Temple, Paris.

POUGUES
ÉTABLISSEMENT THERMAL St-LÉGER
Maladies Guéries : DYSPEPSIES, GRAVELLES, DIABÈTE, ENTÉRITES, ANÉMIE, GOUTTE, LES CONVALESCENCES
Forfait de traitement, 30 fr.
Balnéothérapie complète
Hydrothérapie scientifique
CASINO - THÉATRE tous les soirs
Forfait pour la Saison, 30 fr.
Concerts dans le Parc 2 fois par jour
ENVIRONS PITTORESQUES
Chevaux et Voitures pour Excursions

120 Chambres et Salons
Chambres à 2 lits.
Salle à manger de 140 couverts
Salons de Jeux, de Lecture, de Conversation et de Coiffure
Salles d'Armes, de Billard
Fumoir
dans le Parc de l'Établissement
Luxe Moderne, Confort
PRIX DES PLUS MODÉRÉS
Table exquise, Vin renommé
Conditions spéciales pour Familles
SOINS PARTICULIERS
PROPRIÉTÉ DE LA COMPAGNIE
SPLENDID HOTEL

ANTISEPTIQUE & DETERSIF officiellement admis
dans les *Hôpitaux de la Ville de Paris,*
le *Coaltar Saponiné Le Beuf* est particulièrement très recommandé dans les cas d'angines couenneuses, ulcères, suppurations, otites infectieuses, leucorrhées, herpès, etc.
SE MÉFIER DES IMITATIONS NOMBREUSES QUE SON SUCCES A FAIT NAITRE

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc
CAPSULES OVARIQUES VIGIER
à 0 gr. 20 centigr. de *Substance ovarienne.* — DOSE : 2 à 6 capsules par jour.
PHie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

TUBERCULOSES, CATARRHES, GRIPPES, BRONCHITES — de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon. — EMULSION Phospho-Créosotée MARCHAIS
Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions.
Bien tolérée — Parf. absorbée

examiner méthodiquement les enfants ; comment on doit explorer chaque organe, chaque système.

L'*Hygiène de la première enfance*, des conseils précis et détaillés sur l'alimentation, sur le choix de la nourrice et le régime de ces dernières, sur l'allaitement artificiel, sur l'alimentation dans quelques cas exceptionnels (malformations, débiles), sur le sevrage, précèdent la *Thérapeutique générale* où une place importante est donnée aux régimes et aux agents externes et physiques.

Un *Dictionnaire médico-chirurgical*, qui renvoie au formulaire, fait le corps de l'ouvrage. Chaque article est composé d'une énumération concise des symptômes suivie de l'indication des traitements à appliquer. Malgré les prétentions des grands maîtres qui affirment qu'on ne peut faire de bonne thérapeutique sans connaître l'étiologie de la maladie, l'auteur, qui est un vrai praticien, sait que souvent, surtout chez l'enfant, le diagnostic précis, étiologique, reste obscur et que le médecin est fort souvent réduit à faire de la médecine des symptômes ou plutôt des syndrômes, médecine qui n'est point si mauvaise qu'on a bien voulu le dire, quand celui qui l'applique a quelque expérience. Aussi trouvons-nous dans ce dictionnaire des articles comme : toux, sueurs, maigreur, insomnie, flatulence, etc., accompagnés d'excellents conseils.

L'ouvrage se termine par des renseignements précieux sur les *établissements populaires* où l'on peut dans certains cas placer des enfants. Par exemple, M. Ball donne non seulement tous les renseignements utiles pour le placement des enfants aliénés, épileptiques et idiots, il indique tous les établissements publics ou privés où l'on peut envoyer les petits malades, les œuvres qui s'occupent des enfants, et les conditions dans lesquels ces enfants peuvent être admis dans ces œuvres.

Enfin, une table des renseignements termine l'ouvrage.

Tel est, rapidement exposé, l'ouvrage de M. Ball : L'*Enfant et le médecin*. Nous ne pouvons donner ici qu'une rapide analyse du plan de cet ouvrage de 271 pages, nettement imprimé, bien que en caractères très fins. C'est un livre de poche, bien plus un livre de chevet, et nos lecteurs, du reste, pourront apprécier encore mieux dans nos colonnes les qualités de précision et de méthode, le sens pratique du Dr Ball, qui veut bien nous donner de temps à autre sa précieuse collaboration.

J. Noir.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la bronchite aiguë chez l'enfant,

Par le Dr E. Viron

La bronchite aiguë simple de l'enfant guérit souvent d'elle-même et ne comporte pas un grave pronostic. Il faut cependant tenir compte, à ce point de vue, de l'état général et savoir que, chez certains sujets, une bronchite simple laisse un état broncho-pulmonaire affaibli sur lequel viennent se développer des congestions à plus ou moins longue échéance et dont la guérison est souvent difficile.

Beaucoup de ces bronchites de l'enfance dénotent un certain degré d'adénopathie trachéo-bronchique et sont pour ainsi dire la signature de la diathèse scrofuleuse ou strumeuse. Ce n'est donc pas un traitement local seul qu'il faut instituer, mais une médication générale capable de modifier le terrain trop fertile en inflammations catarrhales.

Voyons d'abord en quoi consiste le traitement direct de la bronchite aiguë.

Tout enfant qui tousse, avec un peu de dyspnée et de fièvre doit être mis au lit. C'est là une précaution indispensable à laquelle il n'y a peut-être qu'une exception. Lorsque, en effet, il s'agit de jeunes enfants prompts à la congestion pulmonaire, on conseillera de les faire fréquemment porter sur les bras par leurs nourrices.

Dans tous les cas, on fera appliquer sur les membres inférieurs des bottes d'ouate recouvertes de taffetas gommé. C'est là un excellent moyen pour amener une dérivation sanguine énergique. On pratiquera, en outre, sur le thorax, des frictions avec le liniment révulsif suivant. :

Baume de Fioravanti.....	60 gr.
Teinture d'arnica.....	10 gr.

Us. ext.

et l'on utilisera les cataplasmes sinapisés.

Pour calmer la toux et la dyspnée, on fera autour du malade des vaporisations d'eau additionnée de teinture d'eucalyptus, ou bien, sur un réchaud, on placera un mélange d'une à deux cuillerées de cette teinture par litre d'eau.

Il faudra, en même temps, combattre la constipation si elle existe, et la manne en larmes (5 à 20 gr.), prise dans une tasse de lait pendant 2 à 3 jours, sera suffisante pour tenir le corps libre.

Si la fièvre est élevée, on aura recours au chlorhydrate de quinine sous forme de suppositoires :

Chlorhydrate de quinine.....	10 à 25 cent.
Beurre de cacao.....	1 gr.

pour un suppositoire.

Lorsque les râles muqueux apparaissent de bonne heure et en grand nombre, on prescrira une potion expectorante telle que la suivante :

Infusion de polygala.....	100 gr.
Sirop de capillaire.....	30 gr.
Eau chloroformée.....	20 gr.
Oxyde blanc d'antimoine. .	50 c. à 1 gr.

ou bien on ordonnera deux à 5 cuillerées à café de

Sirop Roche au thiocol

Ce remède est même préférable aux diverses potions, parce qu'il est un puissant modificateur de l'expectoration et du milieu septique broncho-pulmonaire. Tout en admettant qu'il est tonique dans une certaine mesure, on lui reconnaît une action antiseptique pour la muqueuse respiratoire, ayant comme conséquence la sédation de la toux, de l'expectoration et des râles humides.

Cependant, si la toux est tenace et fatigante,

on pourra prescrire les préparations de belladone, d'aconit, et bien qu'il soit classique de rejeter, chez les enfants les produits opiacés, on se trouvera bien en pratique du sirop de codéïne (5 à 10 gr.).

La belladone est bien supportée par les enfants et on peut suivant les cas augmenter progressivement les doses au point d'arriver, lorsqu'il existe des phénomènes spasmodiques, à XXX et L gouttes en 4 ou 6 doses. Cette posologie s'entend en tenant compte des modifications apportées au nouveau Codex qui a diminué de moitié la force médicamenteuse des teintures.

Lorsque l'on ordonne la belladone, il faut toujours l'associer à l'aconit, afin de corriger l'excitation générale qu'elle pourrait déterminer.

A l'heure actuelle, il existe une tendance marquée à restreindre l'emploi des médicaments dans la bronchite infantile et l'on se réserve d'utiliser surtout la balnéation chaude (38 degrés), dès que la bronchite se généralise et menace de se capillariser. M. Renaut, de Lyon, considère les bains chauds comme un moyen sûr d'éviter l'extension en profondeur de la bronchite. Le sirop Roche, également, donne à ce point de vue de bons résultats, car il est exceptionnel de voir apparaître cette complication chez les enfants soumis à son action curative et préventive.

Si la bronchite vient à se généraliser, si les râles muqueux se réunissent en foyers, et sont des râles fins, si la température atteint 39 degrés et se maintient à ce chiffre, il faut aussitôt employer l'ipéca, la quinine, l'alcool et la balnéation.

C'est à dose vomitive que l'on donnera l'ipéca, quand l'enfant est malade depuis plusieurs jours et qu'il ne peut expectorer les mucosités que renferment les bronches. On formulera :

Poudre d'ipéca.....	0 gr. 50
Sirop d'ipéca.....	50 gr.

(enfant d'un an).

Lorsque les indications que nous venons de donner n'existent pas, on emploiera l'ipéca à doses faibles fractionnées et sous forme d'infusion.

On pourra formuler :

Infusion de racines d'ipéca.....	15 à 20 cent. %
Eau de laurier-cerise.....	0 gr. 50
Sirop de capillaire.....	20 gr.

à ajouter à :

1 flacon de sirop Roche au thiocol.

Donner autant de cuillerées à dessert que l'enfant compte de trimestres.

Pour appliquer la médication systématique par les bains chauds, on procède comme on le fait dans la méthode de Brand. Toutes les trois heures, si la température dépasse 39 degrés, on donne un bain à 38 degrés, de 10 minutes de durée, en ayant soin de placer sur la tête des compresses mouillées froides. Au sortir du bain, on donne à l'enfant un peu de cognac et d'eau, puis on le sèche et on le couche. Pour espacer les bains, on se guide sur la température et sur l'état local.

Parfois, après le troisième ou quatrième bain, il se produit une détente. La fièvre tombe et le poumon se décongestionne. Quand le cas est sérieux, il faut continuer plus longtemps l'application de ce traitement et de bons résultats sont rapidements obtenus.

Enfin, il faudra, chez tous ces enfants bronchitiques, traiter l'état général et, comme nous le disions au début de cet article, la diathèse strumeuse.

L'huile de foie de morue est à ce point de vue fort active et de même l'iodure de fer, le sirop iodotannique. Une bonne formule que nous recommandons est la suivante :

Sirop de quinquina.....	
— de lactophosph. de chaux.	âà 100 gr.
— iodure de fer.....	
Arséniate de soude.....	0 gr. 05

Une cuillerée à café, matin et soir, chez un enfant de trois ans.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

A propos des rapports entre médecins d'assurances et médecins indépendants.

Mon cher confrère,

Je lis dans le *Concours* de ce jour, page 444, sous la rubrique « Un petit fait qui démontre bien de quelle mentalité », etc., etc., une petite histoire entre compagnie d'assurance et médecin qui se rapproche fort avec le cas suivant :

Un blessé, dont le patron est assuré à la Cie X., s'est confié à mes soins depuis août dernier. La blessure, bien qu'elle parût légère, entraîne actuellement une infirmité permanente de la main droite. Sur la demande de la Cie, je fournis à cette dernière deux rapports très détaillés sans compter quelques lettres dites confidentielles. Un beau jour, il y a deux mois, le blessé reçut une convocation de la part de l'agent de la Compagnie d'Angoulême, à se rendre dans cette ville, à l'effet de se faire radiographier. Le blessé m'informe et j'écris à la Compagnie mon étonnement qu'elle n'ait point venue me demander mon avis et je lui dis que je jugeais absolument inutile cette nouvelle dépense. La compagnie ne me répond pas et passe outre. Deux mois plus tard, le blessé m'informe avoir reçu la visite d'un médecin délégué par la Compagnie et agrémenté par le juge de paix.

La Compagnie ignorant ou semblant ignorer la loi, ainsi que mon confrère, ne m'avertit point. Le médecin contrôleur (?) dit qu'il se faisait fort d'arranger l'affaire et quelques jours après mon blessé reçoit notification de la fin de sa maladie, sans autre forme de procès. Devant cette illégalité et ce sans-gêne et de la compagnie et du confrère à mon égard, j'ai conseillé à mon client de répondre qu'il ignorait le médecin qui était venu le visiter. Les choses en sont là. Et toujours rien de la compagnie. Ai-je eu raison ? Quel est votre avis et quelle est la marche à suivre en ce cas.

J'espère, mon cher confrère, que vous voudrez bien éclairer la religion d'un jeune qui commence à trouver que la courtoisie dont il entendait parler sur les bancs de la faculté est bien singulière.

Espérant une réponse dans les colonnes du *Concours*, croyez, mon cher confrère, à mes civilités les plus empressées Dr Péré.

Réponse.

Avez-vous fait personnellement un certificat de consolidation de la blessure ? Sinon, qui a délivré cette pièce permettant de notifier à l'ouvrier la fin de sa maladie ? Le médecin qui aurait fait ce certificat a-t-il examiné le blessé ? Le malade est-il en état de reprendre actuellement son travail ?

Autant de questions que nous vous posons pour pouvoir vous donner un conseil précis. Mais, en tous cas, du moment où vous avez conclu à une incapacité permanente partielle, tant qu'il n'y a pas eu, après le certificat terminal constatant cette infirmité, appel du patron et de l'ouvrier devant le Président du tribunal pour fixer le quantum de la rente à allouer, l'ouvrier est toujours en droit de faire constater, par un médecin, que son état n'était pas encore devenu définitif, à la date indiquée par la compagnie d'assurances.

Et même si le médecin de la compagnie a délivré un certificat de guérison complète, l'ouvrier a toujours le droit de faire constater, par un autre praticien (en l'espèce, vous, son médecin traitant) que, du fait de l'accident, il persiste une incapacité permanente partielle. Ce certificat indiquera la date de la consolidation de la blessure, décrira soigneusement les lésions actuelles. Puis, il sera remis, par l'ouvrier, entre les mains du juge de paix du lieu où s'est produit l'accident. Le juge devra faire une enquête, la transmettre au président du tribunal, qui convoquera ouvrier et patron.

Au cours de cette entrevue, le président cherchera à concilier les parties sur le quantum de la rente à allouer. S'il n'y parvient pas, il nommera un expert qui devra se prononcer sur le degré de l'incapacité permanente et sur la date de la consolidation de la blessure. Voici, d'une manière générale, la marche à suivre. Les compagnies d'assurances emploient volontiers ce truc, de faire examiner le blessé hors de la présence du médecin traitant, sous le prétexte, disent-elles, de faire contrôler les abus dont se rendent coupables la plupart des médecins. Bien entendu, ce médecin contrôleur prend les intérêts de sa compagnie qui le paye et qui le menace de le casser aux gages, comme un vulgaire employé. Certaines incapacités permanentes deviennent de ce fait invisibles à ses yeux qui ne veulent pas voir : il y a certificat de guérison complète et, si personne ne conteste, l'affaire est enterrée.

Veuillez donc nous dire, mon cher confrère, quelles réponses comportent les questions ci-dessus et nous pourrons alors mieux vous préciser votre ligne de conduite.

Dr Paul Boudin.

Encore un médecin marron !

Au mois d'août 1909, je reçus la visite d'un blessé, porteur d'une réquisition de son patron, et qui racontait qu'il venait de se blesser au niveau de l'index en polissant. Il présentait en effet un index tuméfié, très douloureux, et dévié en dehors à la hauteur de l'articulation phalango-phalangienne.

Après un massage léger, j'appliquai un petit appareil ouaté avec une attelle destinée à corriger, autant que la douleur accusée le permettait, la déviation du doigt, et je fis un certificat relatant succinctement les constatations ci-dessus et concluant à la nécessité d'une radiographie pour fixer le diagnostic.

Une semaine plus tard, la radiographie m'était soumise ; elle montrait que le blessé avait une fracture ancienne de l'index. Il avait donc essayé de mettre sur le compte du traumatisme récent une lésion ancienne ; d ailleurs, l'impossibilité de mobiliser son index sans provoquer une douleur extrême avait déjà éveillé mes soupçons.

Mais je ne pouvais me faire le dénonciateur de cette simulation ; je me contentai de prier le confrère qui avait fait la radiographie de la soumettre d'urgence à la Compagnie d'Assurances, et je mis mon intéressant client à la porte, avec tous les égards dus à son ingéniosité.

Quelques jours après, j'eus avec M. le docteur R. V., ancien chef de clinique, médecin d'enfants et d'assurances, une consultation dans laquelle nous reconnûmes d'accord l'ancienneté de la lésion osseuse et la simulation du blessé. Le 25 août, si je ne me trompe, le Dr Ermenge fut désigné comme expert sur requête du patron ; je lui fis parvenir les radiographies annotées, qui servirent à confondre le blessé, ce que M. Ermenge fit avec la plus grande correction, et avec un esprit de confraternité auquel il m'est bien agréable de rendre hommage.

Et je crus toute cette histoire terminée, l'assurance ayant pu se défendre en temps voulu contre l'imposture du blessé, grâce à moi. J'eus même la délicatesse de ne pas demander mes honoraires au patron qui m'avait cependant requis par écrit de soigner son ouvrier.

Or, vers la fin d'octobre, mon concierge me remit solennellement une lettre sur laquelle s'étalaient ces mots : « Urgent. Cabinet de M. Coularon, juge d'instruction », et qui me convoquait dans les 48 heures chez cet honorable magistrat. Après avoir laissé passer la très désagréable impression que me causa ce poulet inattendu, j'allai trouver Me Gatineau, notre avocat du « Sou Médical », dont je n'ai pas besoin de refaire ici l'éloge, et nous allâmes ensemble chez le juge, où j'appris que, sur la plainte du patron et de son assureur, j'étais, conjointement avec mon blessé, accusé d'escroquerie. Excusez du peu.

Il n'est pas inutile de faire remarquer ici que ni le blessé ni moi nous n'avions même essayé de faire payer quoi que ce soit par l'assurance.

Je passe sur les séances longues et multipliées, qui furent nécessaires à l'instruction, non pas tant par sa complexité, l'affaire était très simple, mais

à cause des allégations fantaisistes et des théories médicales extraordinaires imaginées par le rond de cuir de l'assurance, bien mal stylé par son médecin en chef. Le juge se montra d'ailleurs absolument impartial, et j'eus la satisfaction d'apprendre, le 10 mars dernier, que, sur ses réquisitions, une ordonnance de non-lieu avait été rendue en ma faveur.

Epilogue. — Quelques jours avant que cette décision ne soit intervenue, le Dr Savornin fils, secrétaire de notre Association amicale des médecins du XIXe arrondissement, dînant chez un chirurbien des hôpitaux avec plusieurs autres médecins, entendit raconter toute cette histoire par un confrère qui la connaissait dans le détail, et qui ajoutait, comme le sachant de science certaine, que le confrère incriminé, dont il ignorait le nom et savait seulement qu'il habitait Belleville, était l'objet de la fureur et des vengeances désignées des assureurs à cause de son attitude combative au Congrès de Rome, et que la Compagnie lui avait envoyé un faux blessé, escomptant qu'il tomberait dans le piège tendu. Savornin me reconnut, et vint le lendemain me raconter tout chaud le récit du confrère. Malheureusement, quand nous voulûmes lui demander quelques explications, le confrère se refusa absolument à être mis en cause et à donner un témoignage de quelque nature que ce soit. Je n'ai donc comme garant que la parole de Savornin ; elle me suffit, mais elle reste unique.

J'ai voulu rendre compte à mes confrères de ces événements, parce qu'ils me paraissent intéressants pour illustrer l'histoire de nos guerres contre nos pires ennemis.

Je pardonne leur fureur aux assureurs : chaque fois qu'ils ramasseront des vestes du modèle de Rome ou de Liége, je leur passerai la rancune. Mais je ne puis admettre cependant que la dénonciation d'un patron, même doublée de celle de sa compagnie d'assurances, puisse suffire à énoncer contre un médecin l'inculpation de complicité d'escroquerie. Il conviendrait peut-être de lui demander tout d'abord des explications et au besoin un témoignage, quitte à l'inculper si ses déclarations semblent suspectes. Etant donnée l'importance des mots dans notre temps d'information et de basse presse, je crois qu'il y aurait lieu de signaler cette nuance à la Chancellerie, afin qu'à l'avenir un médecin, même accusé par des puissances financières, soit traité sinon comme un liquidateur, au moins comme un apache ordinaire.

D'autre part, je ne puis m'empêcher de constater une fois de plus que, derrière ces accusations infamantes contre des praticiens indépendants, on trouve toujours l'action occulte d'un confrère, désireux de gagner la faveur de ses maîtres en montrant l'étendue de son zèle. Mais à quoi bon s'épuiser en prosopopées indignées contre les gratte-papiers et les lèche-enveloppes de toute robe et de tout poil qui moisissent à l'ombre des officines d'assurances ? Il ne faut pas chercher beaucoup pour trouver des confrères qui, se renfermant dans leur rôle technique, font leur devoir vis-à-vis des compagnies auxquelles ils sont attachés, sans rien perdre de leur indépendance.

Pour les autres, et notamment, pour les hobereaux qui se croient tout permis du haut de leur fauteuil de « Directeur », il faut agir autrement de façon qu'ils comprennent et qu'ils se souviennent. Un bon procès, où nous appellerons sur les bancs de la police correctionnelle les auteurs de la plainte et le « Directeur » de l'assurance, sera d'un bien meilleur enseignement pour ces messieurs. Le « Sou Médical » en a décidé ainsi ; et comme ce sera Me Gatineau qui plaidera, je vois d'avance la volée de bois vert qui tombera sur de basses épaules.

Ph. DALLY.

Chronique de l'Assistance médicale gratuite

Médecins étrangers et Assistance médicale gratuite.

Nous recevons la lettre suivante :

Verberie (Oise), 29 mai 1910,

Mon cher confrère,

Au sujet du libre choix du médecin — projet de loi, — diverses objections ont été opposées.

Il est une restriction qui me paraît juste et facilement acceptable par tout le corps médical français. Ce serait une mesure de protection professionnelle, et vous devriez la préconiser.

Je l'ai résumée ainsi :

« Le libre choix du médecin est accordé à tous « ceux qui bénéficient de l'Assistance médicale et « de tout secours en cas de maladie, à la condi« tion que ce médecin, *diplômé* en France, soit « Français ou NATURALISÉ FRANÇAIS *depuis trois « ans au moins.* »

On pourrait changer le texte, mais ce qu'il importe, c'est d'exclure de tout service public, les rastas, ces nomades sans foi ni loi, qui vont de pays en pays, s'introduisant partout, exploitant et volant les individus aussi bien que les collectivités.

Veuillez agréez, mon cher confrère l assurance de mes plus dévoués sentiments.

Dr DEBACQ,
du *Concours*, du *Sou*.

P. S. — Vous pouvez publier ma lettre, si vous voulez, dans le *Concours*, il n'y aurait que ceux qui se sentiraient ..... à se moucher.

Nous admettons parfaitement qu'on prenne des garanties à l'égard des médecins étrangers, mais le naturalisé français ne doit plus offrir de suspicion puisque, légalement, il est devenu citoyen français.

N. D. L. R.

ÉTUDES ET PROJETS

A propos de la cure-taxe

25 mai 1910.

Mon cher Confrère,

Dans le dernier n° du *Concours médical*, notre confrère de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), le Docteur Gaston Siguret nous expose ses idées sur la cure-taxe : me permettriez vous d'exposer les idées d'un médecin qui se trouve dans une station à la fois thermale et climatique ?

La raison la plus sérieuse que fait valoir notre confrère en faveur de la cure-taxe est celle-ci :

« Les Syndicats d'initiative pourraient poursuivre complètement leur œuvre admirable et la multiplication des attractions qu'ils pourraient offrir désormais permettrait de garder en France des milliers de Français qui, chaque année, fuient nos stations parce qu'ils n'y trouvent pas assez de plaisir. »

Si faire une cure thermale ou une saison d'altitude signifie rechercher le maximum de plaisir, il a raison.

Il existe encore assez de malades et assez de familles, en France et à l'étranger qui, tout en ne recherchant pas spécialement les stations où l'on s'ennuie, donnent encore la préférence à celles où, avec des eaux efficaces et avec une altitude convenable pour leurs humaines misères, on retrouve la santé perdue.

Je vais même plus loin, certaines stations sont recherchées, non pas pour ce que les Syndicats d'initiative font ou peuvent faire, mais bien parce qu'elles défient les efforts des Syndicats, soit par leurs beautés naturelles, soit par les éléments de physiothérapie qu'elles possèdent.

Si donc on impose une famille avec la cure-taxe pour lui offrir ce qu'elle tient essentiellement à ne pas retrouver en fuyant la capitale ou la grande ville, le problème de la transformation de nos stations climatiques ne sera jamais résolu ; car, pour fuir et la taxe et les plaisirs, on ira dans une autre localité qui n'aura pas encore conquis ses titres de noblesse mais qui aura encore ses vrais plaisirs et sa vraie beauté.

Si les hôtels étaient les seuls moyens de loger les étrangers, notre confrère aurait peut-être un moyen de faire percevoir la cure-taxe, mais dans notre station climatique, les villas peuvent recevoir plus de clients que les hôtels et que se passera-t il avec la cure-taxe ?

Le locataire d'été marchandera le prix de son loyer pour ne pas s'apercevoir de la cure-taxe ou bien le propriétaire de l'immeuble ne cédera pas et le touriste, le malade ou le baigneur s'enfuira.

Il ne faut donc pas généraliser et surtout ne pas assimiler les *villes d'Eaux* aux stations climatiques, qui ont un but essentiellement différent, une durée de séjour très disproportionnée, et enfin des intérêts opposés tant au point de vue du client qu'à celui du logeur.

Laisser les communes libres d'accepter, d'user de la cure-taxe ou de la refuser, telle me semble être la solution de la question sans que la reconnaissance officielle leur soit cependant refusée.

Car le mieux est souvent l'ennemi du bien.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués.

Dr C. PETIT,

Membre du *Concours*,
Médecin consultant à St-Gervais-les-Bains.

CHRONIQUE JUDICIAIRE DU SOU MÉDICAL

Poursuites intentées par un médecin en détournement de clientèle.

Important arrêt de la Cour d'Appel de Paris

DIVERNERESSE contre BERTRAND

En exécution du § 5 de l'article 30 de la loi accident, un médecin peut assigner directement en police correctionnelle toute personne (patron, assureur, médecin ou toute autre personne) qui aura détourné un blessé du travail du médecin qu'il a librement choisi. Mais il faut que le détournement soit effectif. La simple tentative ne peut être poursuivie que par le parquet.

Le 23 avril 1906, un jeune homme de 16 ans M. Labulle, domicilié 9, rue de Mézières, à Bagnolet, se blessait à la main.

Le lendemain, il se rendait chez le Dr Diverneresse qu'il avait choisi en usant des droits que lui reconnaît l'article 4 de la loi accident. Deux jours après, il revenait voir son médecin pour se faire panser, mais en même temps il lui disait qu'à son grand regret il ne pourrait plus continuer à se faire soigner par lui, parce qu'il voyait bien que son patron ne le reprendrait plus à son atelier s'il ne se rendait pas chez le docteur que son maître voulait lui imposer, et il montrait la lettre recommandée qu'il venait de recevoir de son patron et dont voici le texte :

MANUFACTURE DE PAPIERS

Paris, le 25 avril 1906.

Madame,

Je vous ai envoyé aujourd'hui un de mes employés, pour prier votre fils, soit d'**aller voir mon médecin** de l'usine chargé des accidents du travail, soit pour faire passer ce dernier chez vous dans le cas où votre fils n'aurait pu s'y rendre, ce qui n'est pas le cas puisqu'il était en promenade.

Au lieu de recevoir mon employé correctement, vous avez préféré toutes sortes de menaces à mon égard, vous avez été consulter un docteur qui, avez-vous dit, saurait me faire marcher, en un mot par tous les moyens vous essayez de faire de cet accident une affaire.

J'ai donc le regret de vous prévenir que, **si demain avant midi votre fils ne s'est pas rendu chez M. M..., docteur**, avenue de la République, n°...., **seul docteur qui jusqu'à nouvel ordre doit juger** de son incapacité temporaire, je décline toute responsabilité sur les suites de cet accident.

BERTRAND.

Le médecin du blessé, donna lecture à l'ouvrier du texte du paragraphe 5 de l'article 30 de la loi-accident ainsi conçu :

Art. 30... § 5. — Est passible d'une amende de 16 francs à 300 francs et, en cas de récidive dans l'année de la condamnation, d'une amende de 500 francs à 2.000 francs, sous réserve de l'application de l'article 463 du Code pénal : 1° tout intermédiaire convaincu d'avoir offert les services spécifiés à l'alinéa précédent ; 2° tout chef d'entreprise ayant opéré, sur le salaire de ses ouvriers ou employés, des retenues pour l'assurance des risques mis à sa charge par la présente loi ; 3° toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin ; 4° tout médecin ayant, dans des certificats délivrés pour l'application de la présente loi, sciemment dénaturé les conséquences des accidents.

L'ouvrier avoua qu'il n'osait pas se plaindre de peur d'être renvoyé de l'usine.

Le médecin comprit aussitôt qu'il ne pourrait conserver ce client, et que lorsque le blessé serait sur le point d'être guéri, il irait trouver le médecin de son patron pour se faire donner les derniers soins et se faire délivrer le certificat de guérison que les patrons exigent avant de reprendre un blessé.

Aussi le médecin, usant du droit que lui donne le paragraphe 5 de l'art. 30 de la loi-accident, déposa contre le patron une plainte au parquet de la Seine.

Ce que le médecin du blessé avait prévu se réalisa : quelques jours avant sa guérison alors qu'il avait encore besoin de deux ou trois pansements, le blessé abandonna le médecin qu'il avait choisi au début de son accident.

Le médecin du blessé attendit en vain une réponse à sa *plainte qui s'était, paraît-il, égarée au Parquet.* Ce que voyant, il assigna directement le patron, deux jours avant que la prescription soit acquise.

Le Tribunal de la Seine a rendu le 2 mars 1909 le jugement suivant :

(DIVERNERESSE C. BERTRAND.)

LE TRIBUNAL,

Reçoit Bertrand reconventionnellement demandeur en dommages-intérêts pour abus de citation ;

Joint les causes, vu la connexité, et statuant sur le tout par un seul et même jugement :

Sur la demande principale :

Attendu que le docteur Diverneresse a assigné régulièrement le sieur Bertrand devant la 8e Chambre du Tribunal correctionnel de la Seine, à l'audience du 16 février 1909, lui reprochant d'avoir tenté de porter atteinte au droit de la victime d'un accident du travail de choisir son médecin et, par suite, d'avoir commis le délit prévu par l'article 30, § 5, n° 3, de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celles du 22 mars 1902 et 31 mars 1905 ;

Attendu que Diverneresse prétend que l'ouvrier Labulle, ayant été blessé au service du sieur Bertrand, fabricant de papiers peints, l'avait choisi pour lui donner des soins, conformément aux droits que lui conférait la loi, aux lieu et place du médecin que lui avait désigné le sieur Bertrand ;

Attendu que Diverneresse allègue qu'à la suite du choix que Labulle avait fait de lui comme médecin, la mère de cet ouvrier avait reçu de Bertrand une lettre l'avisant que, si Labulle ne s'adressait pas au médecin qu'il lui avait désigné, il déclinait toute responsabilité sur les suites de l'accident ;

Attendu qu'il est constant que Bertrand a écrit la lettre dont s'agit ;

Attendu que Diverneresse prétend qu'en agissant ainsi, Bertrand a tenté de porter atteinte au droit de Labulle de choisir son médecin et, par extension, lui a causé à lui, Diverneresse, un préjudice à la fois moral et matériel :

Attendu qu'avant d'examiner si Bertrand a véritablement commis les faits qui lui sont reprochés par l'assignation et tombe sous l'application de la loi, il échet pour le Tribunal de rechercher si Diverneresse est fondé à demander réparation desdits faits ;

Attendu qu'il est hors de doute que le texte de loi invoqué par Diverneresse est un texte exclusivement protecteur des droits de l'ouvrier blessé, ne pouvant être invoqué que par l'ouvrier et non par le médecin qui lui a donné ses soins ;

Attendu, dès lors, et sans s'arrêter et avoir égard au surplus des conclusions, que Diverneresse n'avait aucune qualité pour intenter une action à Bertrand ;

Par ces motifs :

Le déboute de sa demande et renvoie purement et simplement Bertrand des fins de la plainte sans dépens ;

Et statuant sur la demande reconventionnelle :

Attendu que Diverneresse a agi de mauvaise foi et dans l'intention de nuire ; qu'il a causé à Bertrand un préjudice dont il lui est dû réparation et pour l'appréciation duquel le Tribunal a, dès à présent, les éléments nécessaires ;

Condamne Diverneresse, par toutes voies de droit, à payer à Bertrand la somme de 100 francs à titre de dommages-intérêts ;

Le condamne, en outre, à tous les dépens.

Il est à remarquer qu'avant de lancer son assignation, le médecin du blessé avait consulté le Conseil d'administration du « Sou médical » très prudent.

Ce n'aurait donc pas été seulement le Dr Diverneresse, mais encore les membres du « Sou médical » **qui auraient agi de mauvaise foi et dans l'intention de nuire.**

Une pareille hypothèse était peu admissible.

Comme Me Gatineau affirmait que toute personne lésée par une infraction à une disposition de la loi a le droit de porter plainte par voie d'assignation directe, même lorsqu'il s'agit de l'art. 30 de la loi-accident, protégeant les droits de l'ouvrier ;

Comme d'autre part notre distingué confrère le Dr Helme avait fait paraître dans la *Revue*

Moderne de Médecine et de Chirurgie, qu'il dirige, un excellent article où il s'élevait contre ce qu'un tel jugement avait d'excessif ;

Comme la question était d'un intérêt général de première importance, il fut décidé que le « Sou Médical » ferait appel de ce jugement.

Et voici l'arrêt que Me Gatineau a obtenu de la Cour d'appel de Paris, après une savante discussion juridique et une brillante plaidoierie :

Cour d'appel de Paris. 9e Chambre correctionnelle

Arrêt du 12 mars 1910.

La Cour,

Sur la demande principale :

Considérant que le jeune Labulle ayant été victime d'un accident du travail et ayant demandé des soins au docteur Diverneresse, Bertrand, patron de Labulle, a adressé le 25 avril 1906 à la mère de ce dernier une lettre contenant les passages suivants : « Je vous ai envoyé aujourd'hui un de mes employés pour prier votre fils soit d'aller voir mon médecin de l'usine chargé des accidents du travail, soit pour faire passer ce dernier chez vous..... Si demain avant midi votre fils ne s'est pas rendu chez M. M..., docteur, avenue de la République, seul docteur qui jusqu'à nouvel ordre doit juger de son incapacité temporaire, je décline toute responsabilité sur les suites de son accident ».

Considérant qu'en cet état des faits, Diverneresse a cité Bertrand devant le tribunal correctionnel de la Seine, pour contravention à l'article 3, alinéa 5, de la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 31 mars 1905, qui défend de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin ;

Considérant que les premiers juges ont déclaré la demande de Diverneresse irrecevable par ce motif que le texte invoqué par lui était un texte exclusivement protecteur des droits de l'ouvrier blessé ne pouvant être invoqué que par l'ouvrier et non par le médecin qui lui avait donné ses soins ;

Mais considérant que, pour être admis à exercer l'action civile à raison d'une infraction, il suffit d'avoir été personnellement lésé par cette infraction sans qu'il soit nécessaire d'en avoir été directement victime ;

Considérant en effet que l'article 1er, alinéa 2, du Code d'Instruction Criminelle dispose dans les termes les plus généraux que « l'action en réparation du dommage causé par un crime, par un délit ou par une contravention peut être exercée par tous ceux qui ont souffert de ce dommage » ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les premiers juges ont eu tort de déclarer la demande de Diverneresse irrecevable pour le motif indiqué au jugement ;

Mais considérant que Diverneresse ne prouve pas que la lettre de Bertrand à la mère de Labulle ait été pour lui cause d'un préjudice pécuniaire et qu'il ne saurait du reste administrer cette preuve puisqu'il est constant en fait que postérieurement à la réception de la lettre incriminée il a continué à donner ses soins à Labulle ;

Considérant que Diverneresse ne prouve pas davantage que la lettre sus-visée ait été pour lui la cause d'un préjudice moral ;

Considérant que dans ces conditions sa demande manque de base et ne saurait être accueillie.

Sur la demande reconventionnelle :

Considérant qu'il n'a pas été établi que Diverneresse ait agi de mauvaise foi et dans l'intention de nuire à Bertrand, et que par suite il n'y avait pas lieu de faire droit à la demande reconventionnelle de ce dernier ;

Par ces motifs et sans adopter ceux des premiers juges ;

Confirme le jugement en qui concerne la demande principale, l'infirme en ce qui concerne la demande reconventionnelle ; décharge en conséquence Diverneresse de la condamnation en 100 francs de dommages intérêts prononcée contre lui ;

Condamne Diverneresse aux dépens.

Ainsi, en cas de mauvaise volonté ou de refus du Parquet de poursuivre quiconque a détourné un blessé du travail d'un médecin qu'il a librement choisi, le médecin à qui on enlève ainsi son client peut assigner directement en correctionnelle et faire condamner l'auteur du détournement. Mais le médecin aura à établir que le client lui a été enlevé et que de ce fait il a subi un dommage.

Avis à Messieurs les assureurs, les patrons et vous, médecins de Cie et d'usine, écoutez nos conseils et prenez garde.

Après avoir tout d'abord remercié Me Gatineau et notre confrère le Dr Helme, nous soulignons le nouveau service que Diverneresse vient de rendre au corps médical en ne reculant pas devant les gros ennuis de ce procès.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire observer la déplorable légèreté avec laquelle la 9e Chambre, présidée par M. Flory, a prononcé contre notre confrère une condamnation à 100 fr. de dommages-intérêts pour « avoir agi de mauvaise foi » et « dans l'intention de nuire ».

Que l'on remarque que MM. les Drs de Grissac et Dally exerçaient la même action dans les mêmes conditions, que leur plainte était repoussée pour les mêmes motifs que celle du Dr Diverneresse — motifs que la Cour a jugés erronés — et que cependant les Cies n'ont pas jugé nécessaire de les faire condamner pour mauvaise foi.

Combien au contraire une semblable condamnation pouvait-elle être utile aux Cies, contre le Dr Diverneresse qui mène contre elles, au nom du « Sou médical » et des Syndicats médicaux, une si vigoureuse campagne ?

Aussi une Revue spéciale des accidents du travail, dirigée par Me Villetard de Prussières et le Dr Charles Remy, s'est-elle empressée, dans le no du 10 avril 1909, p. 472, de publier le jugement de la 6e chambre avec le nom du Dr Diverneresse en toutes lettres, bien que ce jugement ait été frappé d'appel trois semaines avant cette publication.

Les assureurs étaient trop pressés de faire savoir *urbi* et *orbi* que le Dr Diverneresse était taxé de *mauvaise foi* par la justice.

Depuis, dans les procès que notre confrère est obligé de soutenir devant la justice contre les ennemis du *Corps Médical*, qui comprennent certains médecins, le fameux jugement a été brandi avec des accents de triomphe. Devant la justice civile où les ouvriers pouvaient être amenés à produire des certificats du Dr Diverneresse susceptibles de combattre victorieusement des appréciations d'experts par trop bienveillantes pour les Cies, combien il était précieux d'invoquer une décision de flétrissure contre l'auteur des certificats trop précis ou trop véridiques.

Le tribunal a-t-il consciemment fourni aux Cies d'assurance l'arme inespérée qu'elles attendaient ?

Nous ne pouvons pas le croire.

Mais ce qu'il y a de certain, c'est que la campagne des médecins marrons menée dans le *Temps* et les grands journaux, soutenue dans la coulisse par les capitalistes ou leurs sous-ordres, par les médecins experts, protégés des grandes Compagnies, etc., a fini par créer auprès de ces représentants de la haute bourgeoisie que sont les magistrats, la croyance inébranlable que tout médecin qui lutte contre les assureurs est un *médecin marron*, capable de tous les méfaits, et, par choc en retour, cette foi absolue dans la pureté des intentions des assureurs et de leurs médecins, qui leur permet de refuser de poursuivre les tentatives d'atteinte au libre choix du médecin, malgré le texte de l'art 30 qui la punit formellement.

Espérons, pour notre confrère Diverneresse, que cette inégalité inconsciente dans les applications judiciaires n'amènera pas quelque jour sur sa tête une bonne condamnation pour délit d'opinion comme notre République sait en réserver aux écrivains qui ne respectent pas suffisamment le dieu Capital.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'un médecin de campagne.

Un cas de conscience.

Le père Martin exploitait la ferme des Vallées, magnifique propriété située dans un étroit vallon très fertile borné par des collines peu élevées que couronnaient pittoresquement de vieux bois touffus. On y accédait par un mauvais chemin abrupt qui venait s'amorcer à mi-hauteur de la grande route dont les méandres gracieux serpentaient à quelques centaines de mètres de là en s'élevant vers le plateau tout proche, et qui, de l'autre côté, franchissait un ponceau jeté à l'entrée de la cour principale sur le joli ruisseau qui traversait les herbages et les vergers dans toute leur longueur.

Je ne le connaissais que de réputation, et sa réputation n'était pas fameuse : veuf sans enfants, il passait pour un fervent des amours ancillaires et ses servantes étaient vite amenées, s'il faut en croire la chronique scandaleuse, à n'avoir plus rien à lui refuser. Aussi fus-je quelque peu surpris quand, aux environs de Noël, — c'était, s'il m'en souvient bien, en 1895, — il me pria de venir m'assurer que, tout, dans l'accouchement d'une fille de ferme survenu spontanément la veille, s'était passé normalement. Je me rendis à sa demande et constatai que, selon le cliché traditionnel, la mère et l'enfant se portaient bien.

Deux ou trois jours plus tard, le père Martin revint me chercher : l'enfant, me dit-il, venait de mourir et il fallait un certificat de décès réclamé par l'état civil. Il ajoutait qu'il allait s'absenter pendant au moins 48 heures, mais que sa présence ne m'était pas nécessaire et que je ferais bien ma besogne sans lui. Tout cela, d'un air de bonhomie affectée et sur un ton qui sonnait faux et qui m'impressionna péniblement, d'autant que je n'avais pas été sans m'étonner à part moi de sa première démarche, toute remplie pour sa domestique d'une sollicitude qui n'est guère dans les mœurs rurales.

En arrivant à la ferme, je trouvai l'accouchée dans son lit, auprès du cadavre du nouveau-né. C'était une fille illettrée, inintelligente et bornée, paraissant totalement inconsciente des réalités. Elle me raconta que l'enfant avait crié jusque vers minuit, que les cris s'étaient affaiblis peu à peu pour cesser tout à fait, en même temps qu'elle s'apercevait qu'il se refroidissait. Malgré cela, elle avait, pour appeler, attendu paisiblement que le jour parût et que les autres domestiques fussent levés. Or, elle était secondipare et ne pouvait arguer de son ignorance pour justifier, de la part d'une mère, une telle inertie.

Pris de soupçons, j'examinai le petit cadavre dont la face était cyanosée, et quand je le redressai, il s'écoula par les narines une cuillerée environ de sérosité roussâtre.

— Il est mort, lui dis-je à brûle-pourpoint, mais c'est vous qui l'avez tué.

— Si je l'ai tué, me répliqua-t-elle sans se troubler autrement, je ne l'ai pas fait exprès.

Je n'avais pas à hésiter. Je me refusai à délivrer le certificat habituel.

Le Parquet, prévenu par le Maire, se transporta sur les lieux. L'autopsie de l'enfant fut pratiquée par le médecin légiste du ressort ; elle établit qu'il avait succombé à une asphyxie par suffocation. La fille persista dans sa version d'étouffement involontaire, et, je le dis dès maintenant, elle passa en police correctionnelle et fut condamnée pour homicide par imprudence à trois mois de prison.

J'avais été cité comme témoin par le juge d'instruction devant lequel je me présentai à la nuit tombante pendant que se déroulaient les opérations médico-légales. Or, tandis que je déposais, mon domestique entendit un valet tenir sur mon compte les propos les plus menaçants.

Il était amoureux de la donzelle et me rendait responsable des ennuis qui s'abattaient sur sa dulcinée, et il ne parlait rien moins que de me culbuter dans la rivière quand je partirais. Prévenu de ce qui m'attendait, je priai les gendarmes de m'accompagner jusqu'à la route, et je pus me retirer sans encombre. Mais je fus longtemps après poursuivi par l'animosité du maître et des domestiques qui s'ingénièrent à me nuire le plus possible dans l'esprit de ma clientèle : je vois encore les mauvais regards qu'ils me lançaient quand ils me rencontraient.

C'est à cette occasion que je fus pris de scrupules et que je me demandai si je n'aurais pas mieux fait, dans mon propre intérêt, de taire mes soupçons, et de délivrer le certificat qui aurait évité enquête et poursuites. Personne n'en aurait rien su. Sans doute y avait-il un enfant mort de façon suspecte. Mais quel avenir attendait ce petit bâtard ? N'était-il pas destiné à périr en bas-âge, ou, s'il avait vécu, à devenir un misérable ? Ne valait-il pas mieux à tout prendre qu'il eût disparu prématurément ? Dans quelle mesure d'ailleurs la responsabilité de la mère, paysanne d'esprit obtus et inculte, était-elle engagée ? N'avait-elle pas cédé à des suggestions intéressées qui, d'une manière plus ou moins indirecte, auraient éveillé dans son cerveau de brute le désir et le moyen de se débarrasser facilement d'un fardeau gênant ?

Raisonnements spécieux évidemment, mais qui s'étayait sur les risques que j'avais courus et sur le tort que j'avais éprouvé d'une part, et d'autre part, sur cette considération que, si j'avais fait l'ignorant, l'ordre social n'en aurait pas été troublé, ni souffert aucun intérêt vraiment recommandable.

C'était un cas de conscience après la lettre, dont je restai quelque temps préoccupé. Il prenait sa source dans un sentiment égoïste que je n'avais pas le courage de réprouver, mais qu'au contraire je défendais vis à-vis de moi-même avec des arguments qui n'étaient pas sans poids.

J'eus vite fait de chasser tous ces scrupules et je m'applaudis de la conduite que j'avais tenue, quand, les langues s'étant déliées dans le voisinage du père Martin qui ne jouissait pas, il s'en faut, de la sympathie d'autrui, j'appris que, si je n'avais rien dit, l'opinion publique se serait chargée de prévenir le Procureur par une dénonciation vraisemblablement anonyme. Qu'en serait-il résulté ? On aurait exhumé sans retard le cadavre de l'enfant. L'autopsie démontrant la cause criminelle de la mort, le moins qu'on aurait dit de moi, c'est que j'étais un ignorant incapable de dépister les véritables motifs d'un décès. Mais il s'en serait trouvé, très certainement, pour insinuer que j'étais un ignorant volontaire, au silence acheté d'un bœuf sur la langue, ou d'une expression moins imagée, du prix d'un bœuf dans ma bourse. Et je ne parle pas des reproches que la justice, prompte à incriminer les médecins, m'eût plus ou moins véhémentement adressés.

L'enseignement que je veux tirer de cette anecdote, c'est que le médecin doit être, en toutes circonstances un scrupuleux observateur des faits qui sont soumis à son appréciation, et, quand ces faits présentent quelque irrégularité, quelque anomalie au regard des lois, borner son rôle à les exposer dans toute leur rigueur et dans la mesure compatible avec le secret professionnel, sans s'ériger en juge, et sans prendre parti, quelque dommage qu'il soit exposé à en éprouver éventuellement. La ligne droite est, en pareil cas, la meilleure route à suivre : elle prévient les accusations possibles de complicité aveugle ou volontaire, dont on se lave toujours difficilement.

Dr G. Duchesne.

REPORTAGE MÉDICAL

L'homme de marbre. — Les journaux de Birmingham signalent la présence, dans un hôpital de cette ville, de l'extraordinaire Morgan Field, autrement dit « l'homme de marbre ».

On ne sait trop à quoi attribuer l'affection dont il est atteint. Ce qu'il y a de certain, c'est que sa peau a pris la consistance du marbre. Bains, frictions, massages, traitements électriques, rien n'a pu vaincre la dureté de son épiderme. Quand on le frappe du doigt, sur une partie quelconque du corps, le doigt rencontre la même sensation que s'il frappait du bois ou de la pierre. L'homme est d'une insensibilité et d'une blancheur impressionnantes.

Les médecins sont nombreux à son chevet, ce qui ne laisse pas d'être inquiétant pour le patient, car autant de sommités, autant de traitements proposés.

(*Eclair*, 11 mars 1910.)

Le sous-préfet médecin. — Nos lecteurs ont probablement lu dans les journaux quotidiens la tragique catastrophe d'Allassac, dans laquelle deux mineurs ont été ensevelis sous une masse énorme de terre et de matériaux.

L'un d'eux a pu être sauvé après cent six heures de jeûne absolu. Il a été l'objet des soins les plus empressés de la part du Dr Gouzy, sous-préfet de Brive, qui était depuis longtemps descendu au fond du puits.

Pendant ce temps, un médecin de Brive remplaçait le docteur Gouzy à la sous-préfecture.

(*Gaz. des Hôp. de Toulouse.*)

Les périodes d'instruction des étudiants. — En raison du préjudice causé à des étudiants par l'obligation de répondre à une convocation pour une période d'instruction au moment d'un examen, d'un concours ou de l'ouverture d'un registre d'inscription, le ministre de la Guerre a signalé aux généraux commandant les corps d'armée l'intérêt qu'il y aurait à accueillir avec la plus grande bienveillance toutes les demandes de sursis formulées dans ces conditions, lorsque les étudiants justifieront de l'impossibilité de s'absenter, sans dommage grave pour leurs études, à l'époque primitivement fixée.

(*Bull. médic.*)

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Cours et exercices de médecine opératoire spéciale.

Sous la direction de M. Sébilleau, agrégé, Chirurgie du tube digestif et de ses annexes.

M. Gosset, agrégé, chirurgien des hôpitaux, a commencé ce cours mercredi 1er juin et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à 3 heures. Il comprendra 10 leçons et sera suivi d'exercices de technique chirurgicale.

Le cours est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Un droit de 50 fr. est exigé des étudiants en médecine et un droit de 80 fr. des docteurs en médecine français ou étrangers.

Se faire inscrire à l'Amphithéâtre, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Le pouvoir bactéricide du lait. — Voici les conclusions d'un remarquable travail d'un savant italien, le Dr Ch. Bordelli, traduit dans la *Revue d'hygiène de la viande et du lait.*

1° Le pouvoir bactéricide du lait est un phénomène évident qui s'observe jusqu'à la température de 60° C. ; elle n'est guère appréciable entre 60° et 75° C.

2° Dans le lait chauffé à 60° C., la diminution du nombre des germes est constamment précédée d'une augmentation de ce nombre.

3° Dans le lait additionné de filtrat de lait, le pouvoir bactéricide est plus intense que dans le lait normal.

4° Dans le filtrat de lait, infecté, on constate le pouvoir bactéricide.

5° Le pouvoir bactéricide qui s'observe dans le lait normal et dans le filtrat de lait ne peut être attribué à l'action de substances microbicides spéciales.

6° L'acidité progressive du lait est, selon nous, le facteur principal du pouvoir bactéricide.

Donc, en résumé, la question du pouvoir bactéricide du lait se réduit à la lutte pour l'existence, lutte dans laquelle les micro-organismes de la fermentation acide sont les vainqueurs.

(*Clinique infantile.*)

Caisse de prévoyance et de secours du corps médical belge. — Au 31 décembre 1909, cette caisse comprenait 316 membres, se décomposant comme suit : 207 médecins, 82 pharmaciens et 27 médecins-vétérinaires. Pendant l'année écoulée 264 pensions avaient été servies, à savoir 120 à des membres de la caisse, 143 à des veuves, dont 15 avec enfants et 128 sans enfants ayant droit à l'allocation, 1 à un orphelin de père et de mère. Ces pensions se sont élevées au chiffre de 265 francs par membre, de 176 francs par veuve, de 66 francs par orphelin de père et de mère, de 44 francs par orphelin de père seulement.

Le président Roosevelt et la dépopulation. — Le président Roosevelt n'aime pas les pays qui se dépeuplent comme le nôtre, et, dans sa conférence faite à la Sorbonne le 23 avril dernier, voici de quelle manière il rappelle que le premier devoir d'une race est de se perpétuer :

« ... De plus grande importance encore que la « capacité pour le travail, de plus grande impor- « tance encore que la capacité de combattre s'il le « faut, est, pour toute nation de se souvenir que « nul avantage n'est comparable pour elle à celui « de laisser des héritiers de son sang pour occuper « sa terre. C'était la bénédiction suprême aux « temps bibliques, et ça l'est encore aujourd'hui. « Le pire de tous les fléaux est le fléau de la stéri- « lité, et les plus rigoureuses de toutes les condamna- « tions doivent poursuivre la stérilité volontaire. « La plus essentielle des nécessités, dans toute ci- « vilisation, est que l'homme et la femme soient « père et mère d'enfants bien portants, de façon « que la race croisse et ne décroisse pas. S'il n'en « est pas ainsi, si, sans aucune faute de la Société, « l'accroissement fait défaut, c'est un grand malheur. « Si ce manque est dû à des fautes calculées et vo- « lontaires, ce n'est plus alors seulement un mal- « heur, c'est un des crimes d'amollissement, d'é- « goïsme, de crainte de la peine, de l'effort et du « risque, qu'à la longue la nature punit plus dure- « ment qu'aucun autre. Si nous autres, gens des « grandes Républiques, si nous, les nations libres, « qui nous flattons de nous être émancipés du joug « de l'injustice et de l'erreur, attirons sur nos têtes « la malédiction qui frappe la stérilité volontaire, « ce sera pour nous le plus vain des gaspillages de « paroles que de jaser sur nos hauts faits et de cé- « lébrer ce que nous avons accompli. Nul raffine- « ment de vie, nulle délicatesse de goût, nul pro- « grès matériel, nul sordide entassement de riches- « ses, nul développement enchanteur de l'art et des « lettres ne peut, à aucun égard, compenser la perte « des grandes vertus fondamentales, et de ces ver- « tus fondamentales, la plus grande est le pouvoir « chez la race de se perpétuer. »

La lutte antituberculeuse. — *Danemark.* — Depuis 1895, la lutte contre la tuberculose a été organisée systématiquement en Danemark, et, en 1905 des lois sanitaires sont venues continuer les efforts et accuser la lutte. La statistique est très correctement tenue dans les villes danoises et Jensen (1) nous montre que la mortalité par tuberculose est descendue de 26,11 à 17.55 pour 10.000 de 1895 à 1908, et la mortalité par tuberculose pulmonaire de 19,32 à 10,33 pour 10.000, dans la même période de temps. Il en est de même dans les campagnes, l'éducation hygiénique y ayant été assurée d'une manière très énergique.

Ajoutons qu'au point de vue de la prophylaxie et de l'hygiène sociale, le Danemark est un pays extrêmement sérieux et bien organisé. Grâce à E. Ehlers, depuis 1906, on y a aussi commencé la lutte contre la syphilis.

R. M.

Suisse. — Dans *Tuberculosis* (2), Bollag nous apprend qu'une nouvelle loi, promulguée le 1er juillet 1909, réglemente, en Suisse, le commerce des comestibles. Elle interdit, en particulier, aux personnes atteintes de maladies contagieuses d'être occupées ou de participer au commerce du lait et réglemente la vente de la viande des animaux tuberculeux.

R. M.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs Petit, de Carcassonne (Aude) ; Léon Petit, de Paris et Bitterlin, de Saint-Maur (Seine), membres du « Concours Médical ».

(1) *Tuberculosis*, n° 2, 1910.
(2) *Id.*, n° 4 1910.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 25 Dimanche 19 JUIN 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Conséquence d'une lacune de l'Enseignement officiel. Le décret du 2 février 1910 qui enlève aux médecins le droit d'ouvrir une maison de santé. — Le statut des médecins aliénistes..... 535
Clinique chirurgicale
Varices congénitales..... 537
La semaine médicale
L'hyperesthésie abdominale. — Les plaies de poitrine. — L'aspirine. — La réaction de Wassermann dans la syphilis. Les vomiques nummulaires simulant la tuberculose pulmonaire..... 539
Revue des sociétés savantes.
Autosérothérapie ascitique. — Pleurésie du sommet. — Diagnostic de la blennorrhagie par la réaction de fixation. — Électrothérapie dans les hémorrhagies puerpérales. — Traitement de la sciatique..... 542
Dermatologie
Le traitement du lupus vulgaire par la méthode de Véiel..... 543
Notes de Pédiatrie pratique
Le foie chez l'enfant..... 544
Obstétrique
Sur la valeur des mouvements fœtaux dans le diagnostic de la mort intra-utérine..... 545
Thérapeutique
Prophylaxie et traitement des diarrhées et entérites infantiles..... 546
Chronique des accidents du travail
Contestations d'honoraires. — Rôle idéal du médecin d'Assurances. — Une loi humanitaire. L'opinion d'un ouvrier sur la loi des accidents du travail. — A propos des médecins experts pour accidents du travail..... 547
Chronique de la Prévoyance
Les retraites de la vieillesse médicale..... 552
Chronique syndicale
Un exemple syndical à suivre. — Souscription pour le syndicat de Valence..... 553
Correspondance
Encore le Concours de l'Agrégation..... 555
Reportage médical..... 555
Nécrologie..... 556

PROPOS DU JOUR

Conséquence d'une lacune de l'enseignement officiel : le décret du 2 février 1910 qui enlève aux médecins le droit d'ouvrir une maison de santé. — Une bonne disposition de ce décret : Le statut des médecins aliénistes.

Parmi les trop nombreuses lacunes de l'enseignement officiel des Facultés de médecine, l'absence de toute notion pratique sur les maladies mentales est une de celles que nous devons le plus déplorer. Ce sont là cependant des maladies comme les autres et il s'est écoulé plus d'un siècle depuis que Pinel a brisé les chaînes des aliénés et que les mystérieuses maladies de l'âme, relevant jadis de l'exorciseur, sont devenues de simples affections du cerveau que peut soigner chaque jour le médecin. La Faculté, dont les maîtres « tiennent toujours des dieux les principes qu'ils nous ont transmis », ne voit pas pourtant la nécessité de faciliter aux jeunes médecins l'étude pratique de la psychiatrie. En vain, la statistique nous apprend que pour 1908 la population aliénée traitée aux frais du seul département de la Seine s'élève à plus de 15.000 malades ; en vain, l'expérience nous montre que, l'alcoolisme et le surmenage aidant, ce chiffre doit être triplé si l'on compte tous les aliénés ou détraqués qui restent en traitement chez eux ou dans des établissements privés, tout cela importe peu, le médecin praticien n'a pas à connaître ces « maladies de l'esprit ». Tout est toujours pour le mieux dans la meilleure des Facultés possible, jusqu'au jour où quelque scandale, quelqu'accusation de séquestration arbitraire, quelque crime à grand fracas, commis par un aliéné méconnu, attirent sur le médecin, irresponsable de l'ignorance où on l'a tenu, les traits de la Presse et de la malignité publique. Certains confrères, défenseurs de notre fameux decorum et adeptes de la politique de l'autruche, vont encore nous crier : « Silence ! Vous déconsidérez le corps médical en montrant les lacunes de son instruction. Le public va perdre confiance ». Il faudrait, pour être approuvé par eux, suivre l'exemple de ces généraux qui en 1870 devaient nous conduire à Berlin, et avaient le triste courage de proclamer qu'il ne manquait pas un seul bouton aux guêtres de nos soldats. C'est avec de pareils mensonges c'est en donnant l'exem-

ple d'une telle lâcheté que l'on conduit les meilleures institutions à leur ruine.

Mais arrivons-en aux conséquences du manque d'enseignement pratique de la psychiatrie.

C'est en se basant sur l'ignorance des médecins en aliénation mentale que M. le Ministre de l'Intérieur juge que les docteurs en médecine ne peuvent sans danger ouvrir des maisons de santé pour y recevoir et soigner des aliénés et que, dans un décret à la date du 2 février 1910, il exige que le praticien qui désire ouvrir un établissement de ce genre passe le concours de médecin aliéniste. C'est en un mot la création d'un diplôme spécial de médecin aliéniste. Contre ces diplômes spéciaux qui sont destinés à morceler et à réduire à rien, notre pauvre grade de docteur en médecine, nous ne cesserons de protester avec énergie. Le médecin qui ouvre un asile d'aliénés se spécialise de ce fait même et devient un psychiatre. Avant d'ouvrir une maison d'aliénés, il étudie ce genre de malades et apprend à les soigner.

Il est plus difficile et plus dangereux de faire une grave opération abdominale ou de pratiquer une intervention oculaire que de traiter un dément, et cependant il ne viendra à l'esprit de personne l'idée de créer un diplôme de laparatomiste ni un brevet d'oculiste.

C'est qu'en effet on sait que le praticien, responsable de ses fautes lourdes, se gardera d'intervenir avant d'avoir acquis les connaissances techniques indispensables ; mais l'on sait aussi, d'autre part, que dans certains cas et surtout qu'à la campagne, un médecin courageux ne doit pas hésiter, si la vie d'un être humain en dépend, d'intervenir d'urgence. Il sait, ce praticien, que son diplôme couvre sa bienfaisante audace et le met à l'abri des conséquences possibles de la témérité nécessaire de son acte.

Il est vraisemblable que M. le Ministre de l'Intérieur n'a pas songé aux conséquences de son décret.

En instituant sur des bases plus justes un nouveau concours des aliénistes, le Ministre a désiré évidemment améliorer le recrutement du corps très respectable des médecins fonctionnaires qui assurent le service des asiles publics d'aliénés ; en visant dans ce décret les asiles privés, il n'a, sans doute, songé qu'à ces asiles privés, encore assez nombreux à notre époque, qui font fonctions d'asiles publics et où les médecins encore fonctionnaires doivent offrir les mêmes garanties. Mais il n'a pu avoir, lui-même, l'intention de restreindre les droits des docteurs en médecine et de leur interdire d'ouvrir des maisons de santé et de nuire aux intérêts d'un nombre notable de confrères.

Sans cette disposition, que nous ne saurions accepter sans formuler les protestations les plus énergiques, le décret du 2 février 1910 marque, quoi qu'on en ait dit, une étape sérieuse dans la voie du progrès.

D'abord ce décret tend à l'unification des médecins aliénistes et enlève à ceux de la Seine le privilège peu enviable de former une caste à part. Nous nous refusons, en effet, d'admettre que, pour soigner des aliénés dans les asiles de la Seine, il soit indispensable d'être d'une autre essence que pour traiter ces mêmes malades dans le Rhône ou dans la Gironde : ce serait contraire au sens commun.

En outre, ce décret fait preuve d'un libéralisme jusqu'ici inconnu dans nos administrations, il octroie aux médecins fonctionnaires que sont les aliénistes un véritable statut, qui les met à l'abri des actes d'arbitraire administratif ou politique. Il institue une commission spéciale chargée d'examiner tout ce qui concerne le corps médical des asiles, commission composée d'un conseiller d'Etat, président; du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, du directeur de l'administration départementale et communale, d'un inspecteur général des services administratifs et de trois directeurs-médecins ou médecins en chef, *élus* par leurs collègues. Pour les affaires de discipline concernant les médecins-adjoints, les trois directeurs-médecins ou médecins en chef sont remplacés par trois adjoints *élus* par leurs collègues.

Nous voudrions une commission analogue pour examiner les griefs faits aux médecins des hôpitaux de province et les arracher aux actes d'arbitraire trop fréquents des commissions administratives. Aussi ce n'est pas sans une réelle surprise que nous avons vu deux confrères, MM. Navarre et Brousse, que leur qualité de socialistes unifiés devrait cependant rendre partisans des syndicats de fonctionnaires, protester contre ce décret parce qu'il porte, selon eux, atteinte aux prérogatives du Conseil général de la Seine en arrachant les médecins aliénistes à la juridiction d'une commission de l'Assemblée départementale et à l'autorité du Préfet.

En attendant la loi nouvelle, qui, substituée à la loi de 1838, règlera définitivement le régime des aliénés et la situation des aliénistes, souhaitons que le décret du 2 février 1910 soit modifié en ce qui concerne les asiles privés et ne porte plus atteinte au droit d'ouvrir une maison de santé, que doit conserver tout docteur en médecine ; mais souhaitons aussi que les dispositions si libérales que ce décret octroie à nos confrères aliénistes, véritables fonctionnaires, soient maintenues et servent de base à la création de commissions de discipline analogues dans toutes les administrations pour garantir l'indépendance et la dignité des médecins qu'elles emploient.

J. Noir.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le Pr KIRMISSON

Varices congénitales.

Le malade objet de cette leçon est un enfant de 14 ans entré dans le service pour une lésion extrêmement curieuse du membre inférieur droit. Voici son observation. Rien à noter d'abord dans ses antécédents héréditaires et personnels. L'enfant est né à terme après un accouchement normal. Déjà, au moment de la naissance, il présentait des plaques variqueuses de la cuisse droite. Les plaques en question se sont étendues au point de créer des troubles fonctionnels qui ont contraint les parents à amener le petit malade à l'hôpital. C'est un cas curieux et rare, le premier de cet ordre qu'il m'ait été donné, dans ma carrière de chirurgien, d'observer.

Les phénomènes morbides sont plus marqués l'hiver. Le membre lésé est augmenté de volume, les mouvements de flexion et d'extension sont assez gênés et il y a un engourdissement de toute la cuisse. Chaque hiver depuis 5 à 6 ans, l'enfant doit garder le lit pendant environ un mois. L'été, la situation s'améliore, les troubles sont moins accusés. Cependant, lorsque le petit patient est obligé de marcher longtemps, il éprouve des engourdissements et sa jambe enfle.

Quand on examine l'état actuel, on aperçoit sur le membre inférieur droit de vastes plaques variqueuses qui occupent toute la hauteur de la cuisse depuis sa partie supérieure jusqu'au-dessous de la rotule. Elles intéressent surtout le côté externe, sont plus larges à la région inférieure et embrassent toute l'articulation du genou. La partie supérieure de la cuisse, du côté interne, est indemne. On note un défaut de conformation du genou qui est globuleux et dont les méplats périrotuliens ont disparu, comme dans les arthrites fongueuses. Toutefois, l'articulation n'est pas touchée. En recherchant s'il y avait un épanchement de liquide intra-articulaire, jamais nous n'avons pu déterminer de choc rotulien. Le gonflement est donc extérieur, périphérique.

A mesure que l'on remonte, la nappe variqueuse diminue. Elle se termine en une sorte de crosse qui embrasse le grand trochanter et se perd à la région sacrée près de la ligne médiane. La coloration de la plaque est bien la coloration nettement violacée des veines variqueuses. Si nous voyions cela chez une femme d'un certain âge, nous dirions qu'il s'agit de varices étendues.

Donc, aspect et coloration donnent tout à fait le tableau des varices. Néanmoins, si vous y regardez de plus près, vous voyez qu'à la coloration veineuse se sujaroute des taches rosées plus en rapport avec des dilatations capillaires, un état angiomateux de la peau. Il semble qu'il y ait deux éléments, l'un variqueux, l'autre de dilatation du réseau capillaire.

Quand le malade se couche, les lésions s'atténuent. Lorsqu'il se lève et reste debout, le gonflement augmente, ce dont on peut se rendre compte par les mensurations. L'exagération des dilatations variqueuses dans la station debout explique bien, d'ailleurs, ce phénomène.

Un point intéressant est de savoir si cette lésion s'est accompagnée de modifications de la croissance du membre. On a parfois enregistré, dans des cas analogues, un allongement du membre malade. Ici, nous ne trouvons rien de cela. Il ne semble pas qu'il y ait eu une influence appréciable sur la nutrition de la cuisse, à part un léger degré d'atrophie musculaire. On constate un peu de varicocèle.

Tel est le cas que je désirais vous présenter. J'ai appelé votre attention sur le gonflement du genou. On a l'impression, en le prenant à pleine main, d'exprimer une éponge. Il est probable qu'il existe dans la profondeur des dilatations des veines et des capillaires.

Nous sommes en présence de varices congénitales, affection particulièrement rare.

Il y a dix ans, j'ai reçu un jour, à l'hôpital Trousseau, la visite d'une étudiante en médecine de Genève, qui venait me demander si je ne possédais pas d'observations de varices congénitales. Ma réponse fut alors négative. Cette dame poursuivit son enquête auprès de plusieurs chirurgiens de Paris et aucun ne put lui fournir d'observation de ce genre Il s'agit donc là d'un fait rare. Néanmoins, cette dame passa sa thèse, en 1900, à Genève sur les varices congénitales, thèse qu'elle avait entreprise à propos d'un cas personnel. Il concernait un garçon de 11 ans ayant depuis sa naissance des dilatations variqueuses au membre inférieur droit. Ces dilatations se manifestaient en particulier par une grosse veine allant de la cuisse jusqu'à la face antérieure du pied. Simultanément, existaient aussi trois grandes plaques de la grandeur d'une pièce de 5 francs, taches rosées angiomateuses, siégeant sur le grand trochanter, la cuisse et la rotule. Ce malade offrait une très grande analogie avec celui que je viens de vous montrer. L'auteur de ce travail fit à ce moment des recherches pour retrouver les faits analogues et il en réunit 26. Sur ces 26 cas, un ou deux sont certes discutables, mais peu importe, puisque vous devez retenir qu'il s'agit d'une affection rare. En parcourant les observations en question, on remarque ceci : bon nombre d'entre elles se rapportent à des varices des membres supérieurs, presque toujours des doigts, des mains. Quatorze ont trait à des lésions exclu-

sivement localisées aux membres supérieurs. Une autre particularité que j'ai déjà mentionnée, c'est la coexistence entre les veines variqueuses et les angiomes. Dans 8 de ces observations, on trouve une association manifeste avec des angiomes.

Les choses vont plus loin. Dans un certain nombre de cas, les varices étaient associées à des lymphangiomes. Ce n'est pas exceptionnel. J'ai revu dernièrement un enfant curieux sous ce rapport. C'est un nourrisson âgé aujourd'hui de 10 à 12 mois. Il offrait sur le front des taches angiomateuses et, au niveau du tronc, de la région sous-maxillaire, des lymphangiomes. C'est là une association facile à comprendre, quand on réfléchit au mode de développement du système circulatoire. Il est, dès les premiers jours de la vie embryonnaire, des connexions étroites entre les systèmes veineux, artériel, capillaire et lymphatique. Des auteurs ont pensé que ces kystes séreux du cou, ces lymphangiomes, se développaient aux dépens du système veineux, tandis que l'opinion courante, au contraire, veut qu'ils aient une origine lymphatique. Je le répète, cette concomitance d'origine explique la simultanéité des lésions. La malformation porte à la fois sur les veines et les capillaires et peut s'étendre au système lymphatique.

Il y a plus. On voit, à ces dilatations vasculaires, se surajouter de l'hypertrophie congénitale. Vous rencontrerez des enfants dans ces conditions offrant de la macrodactylie du côté de la main et du pied. Les relations entre les troubles circulatoires et l'hypertrophie congénitale ont été signalées par Trélat et Monod. Ces auteurs avaient recueilli des observations de ce genre et ils avaient mis l'hypertrophie congénitale sous la dépendance des troubles circulatoires. Une autre opinion la met sur le compte du système lymphatique. La question, vous le voyez, n'est pas de celles que l'on peut présenter avec une netteté absolue.

On a constaté, dans différents cas, en concordance avec les varices congénitales, un allongement du membre. Il n'en est pas ainsi, je vous l'ai dit, chez notre petit malade.

En somme, les varices congénitales sont des lésions peu communes. Vous y noterez l'association de plusieurs anomalies du système circulatoire, et l'association avec la macrodactylie, l'éléphantiasis congénital.

Le diagnostic ne semble pas prêter à beaucoup de difficultés. Chez un malade qui a ces taches, ces bosselures sous-cutanées, avec la coloration spéciale des veines, il n'y a pas d'autre nom à donner que celui d'état variqueux. L'affection ne ressemble pas à l'état angiomateux que nous voyons souvent. Cependant Nélaton a rapporté le cas embarrassant suivant : un jeune abbé consulte pour une volumineuse tumeur de la région sous-claviculaire et axillaire. Maisonneuve et plusieurs autres chirurgiens, pensant à une tumeur maligne, avaient proposé une extirpation large du mal. Nélaton, examinant le malade, fut frappé de la rapidité du développement de la tumeur qui, en deux mois, s'était accrue considérablement. Il fut frappé également de ce fait que la lésion, composée de deux parties, une supérieure, l'autre inférieure, augmentait dans sa portion inférieure quand le bras était élevé et diminuait quand le bras était abaissé. Il apprit alors que le malade portait depuis sa naissance un paquet de veines variqueuses à ce niveau. Tous ces signes lui firent penser à un peloton de veines variqueuses. Il conseilla de surseoir à l'opération et tout disparut bientôt. Ceci montre qu'une analyse clinique fine conduit à un bon diagnostic.

Pour ce qui est du pronostic, il est à peu près pour tous les cas celui de notre malade actuel. A un moment donné, après une fatigue, avec le froid, la situation devient moins bonne et s'accompagne de douleurs.

Quant au traitement, je n'ai pas trouvé d'observation mentionnant une intervention chirurgicale. Tout au plus, parle-t-on d'un malade chez lequel Verneuil a fait des injections coagulantes. On a parlé aussi de compression. Il ne paraît pas qu'il y ait eu des tentatives importantes.

Chez notre malade, nous sommes en présence d'une lésion considérable par son étendue, non seulement superficielle, mais aussi profonde, témoin le gonflement qui entoure l'articulation du genou. Je vous ai dit que quand on prenait le genou entre les doigts, on avait la sensation d'une éponge que l'on exprime. Tout le système circulatoire veineux et capillaire semble touché. Entreprendre dès lors une extirpation serait une chose très osée. La lésion à enlever peut être énorme, et l'on se trouverait exposé à aller loin, à détruire tous les muscles ; qui sait même si l'on n'arriverait pas jusqu'à la synoviale articulaire ? L'extirpation complète est dans ces conditions un moyen aléatoire et de gravité incontestable.

Je vous ai parlé assez souvent des injections coagulantes. Vous savez ce que j'en pense. Je ne partage pas l'opinion de ceux qui les rejettent en fournissant comme seul motif qu'il y a eu, avec leur emploi, un ou deux cas de mort par embolie. Je pratique ces injections et en tire un bon parti, mais à une condition, c'est que je puisse interrompre complètement la circulation. Vous m'en avez vu faire dernièrement dans la lèvre inférieure d'une jeune fille atteinte d'angiome, sans accident. Ici, je les crois dangereuses. Si nous ne faisons ni l'extirpation, ni les injections coagulantes, que pouvons-nous faire ? Un palliatif. Le plus sage est de conseiller une genouillière pour contenir la tumeur et s'opposer au gonflement.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

LA SEMAINE MÉDICALE

L'hyperesthésie abdominale

MM. Lœper et Ch. Esmonet ont fait dans la *Presse médicale* une étude sur les Algies sympathiques et l'hyperesthésie abdominale.

« L'hyperesthésie abdominale profonde peut être attribuée à deux ordres de causes principales, les unes intestinales et les autres extra-intestinales ou générales.

« Elle apparaît souvent dans les maladies de l'abdomen en dehors de tout phénomène inflammatoire et paraît ressortir à de simples troubles mécaniques ; c'est ainsi qu'elle est plus particulièrement fréquente chez les ptosés, dont la masse intestinale tiraille perpétuellement les filets sympathiques, et qu'elle peut également se produire au cours de certaines affections ganglionnaires ou rachidiennes qui compriment ou étranglent le plexus nerveux.

« Dans la plupart des cas, elle est d'origine nettement inflammatoire : les troubles du chimisme digestif, les fermentations qui caractérisent les dyspepsies, la stase cœcale, l'atonie consécutive aux maladies infectieuses ou à la dénutrition générale, les entérites véritables, les cancers infectés, sont autant de causes d'irritation des centres sympathiques.

« La nature et la cause de l'irritation nerveuse sont toujours assez difficiles à préciser : sans doute, elle consiste parfois en un simple phénomène réflexe ; mais, dans bien des observations l'hypothèse de névralgie et même de névrite consécutive à la résorption de produits microbiens ou toxiques est très acceptable. Tels sont les cas où la lésion apparaît comme la cause première et vraiment déterminante de l'hyperesthésie abdominale.

« Il existe des algies sympathiques dans lesquelles l'atteinte ou, si l'on préfère, la réaction du système nerveux, paraît ressortir à une série de causes plus générales. Depuis longtemps les troubles abdominaux du tabès et de certaines affections nerveuses sont attribués à des névrites plus ou moins étendues des plexus sympathiques. Aussi ne peut-on s'étonner de trouver des points douloureux au cours de ces maladies. A un degré moins accentué, les auto-intoxications, comme l'ictère, l'urémie ; les infections, comme la tuberculose, la pneumonie ; les dyscrasies comme la goutte, le diabète, l'oxalurie, les intoxications, comme le saturnisme, l'alcoolisme, rentrent dans la même catégorie.

« Enfin, dans un grand nombre d'observations, l'hyperesthésie abdominale se produit en dehors de toute maladie caractérisée. Peut-être peut-on prononcer ici le mot de névrose abdominale, bien qu'à vrai dire on doive toujours, chez des malades, dont l'hérédité est souvent très chargée, réserver l'hypothèse d'une intoxication ou d'une auto-intoxication, dont la nature et l'origine échappent à nos divers moyens d'investigation.

« La douleur n'est pas dans ces irritations nerveuses primitives, le seul phénomène pathologique observé. Le sympathique, en effet, tient sous sa dépendance la motricité, la sécrétion, la sensibilité de tout l'intestin.

Aussi les accidents intestinaux, fermentation, douleurs, crampes, constipation ou diarrhée sont-ils extrêmement fréquents. Quelquefois même, la localisation élective du trouble nerveux au niveau de telle ou telle région du système nerveux abdominal s'accompagne d'une irritation segmentaire de l'intestin, et l'on peut observer des syndromes véritablement limités d'atonie et de douleur cœcales avec sensibilité para-ombilicale droite — de spasme et de mucorrhée sigmoïdienne, avec douleur exquise et irritabilité du point para-ombilical gauche.

« Le traitement des troubles de l'hyperesthésie abdominale sera différent suivant l'intensité des phénomènes abdominaux qui l'accompagnent. Dans les entérites véritables, dans les infections intestinales, dans les dyspepsies même avec troubles chimiques accentués, les différentes médications antiseptiques, excitante, opothérapique, seront indiquées. Chez ces malades, le régime alimentaire se composera surtout d'aliments difficilement putrescibles. Mais il importe au plus haut point, dans la majorité des cas, de ne pas soigner ces malades exclusivement comme des entéritiques, d'éviter ces régimes trop exclusifs qui ne représentent qu'une alimentation insuffisante chez des gens déjà débilités, en un mot, de ne pas négliger le rôle souvent prédominant de la lésion nerveuse ou névrotique.

« Les moyens physiothérapiques, les applications de compresses sur l'abdomen, l'hydrothérapie tiède, l'électrothérapie, constituent des médications importantes. Chez les ptosés, le port d'une sangle (sangle de Glénard ou pelote d'Enriquez) et, s'il le faut, le séjour prolongé au lit, éviteront la distension, l'élongation des plexus abdominaux et leur irritation.

« Chez les névropathes, on recourra aux médicaments analgésiques et antispasmodiques, tels que la valériane et ses dérivés.

« Chez tous, enfin, les médications reconstituantes devront être employées : injections de glycérophosphates, de phosphore, de lécithine, dont l'action sur le système nerveux et la nutrition est indéniable. »

Les plaies de poitrine

Dans un article de Pratique médicale de la *Gaz. des Hôpitaux*, M. le Dr Em. Rocal donne de très précis détails sur la conduite à tenir dans les plaies de poitrine, que nous demandons à notre confrère la permission de reproduire.

« Les plaies de poitrine sont pénétrantes ou non pénétrantes.

« Les dernières sont sans importance. On met le blessé au repos complet, on nettoie avec une solution antiseptique et on fait un pansement serré.

« Quant aux plaies pénétrantes, elles peuvent intéresser les gros vaisseaux et alors l'hémorragie étant mortelle, le médecin appelé ne constate que le décès ; ou bien elles intéressent le poumon et le cœur.

« La plaie du poumon se reconnaît à deux signes : le malade crache du sang et il y a de l'emphysème sous-cutané. On constate aussi de la dyspnée due à un pneumothorax, à un hémopneumothorax.

« Il ne faut jamais explorer la région avec un stylet ou un instrument quelconque, il vaut mieux abandonner la balle que de rechercher son siège. Ces plaies, quand la mort n'est pas leur conséquence immédiate (blessures des gros vaisseaux), guérissent presque toujours, même lorsqu'il existe un corps étranger.

« Leur traitement est d'ailleurs fort simple. On nettoie doucement tous les alentours de la plaie avec un antiseptique énergique et non irritant, puis on la recouvre avec un pansement occlusif, on met un bandage de corps et le malade placé au repos absolu est mis à la diète complète. Des ventouses sèches ou scarifiées sont posées en cas de dyspnée et l'on fait, s'il y a lieu, des injections de sérum.

« S'il y avait hernie du poumon, il faudrait résister à l'envie de réintégrer dans la cavité thoracique cette partie de l'organe généralement souillée. Il vaut mieux l'abandonner dans la plaie et attendre que l'élimination spontanée ait lieu par sphacèle, ou bien, on place un fil de catgut avec une aiguille mousse à la base de la hernie et on la résèque. On aura soin d'imbiber un moment la plaie avec de l'eau oxygénée et sous l'influence de l'oxygène à l'état naissant, le tissu pulmonaire retrouvera sa vitalité. On le laissera alors rentrer dans la poitrine.

« Lorsque la blessure a intéressé le péricarde et le cœur il y a épanchement dans le sac péricardique, les bruits du cœur sont assourdis, on constate une voussure précordiale et des crises progressives d'étouffement. On perçoit le bruit de moulin un peu à droite du sternum. On doit instituer alors un traitement médical, dont voici les principales règles : immobilité absolue, application de glace, désinfection soignée de l'orifice de la plaie, puis digitale ou digalène. Faut-il faire des injections de sérum ou de caféine ? Il vaut mieux, à notre avis, attendre pour cela une indication comme, par exemple, un état syncopal, un affaiblissement considérable. Dans d'autres cas, en effet, sérum et caféine, en excitant les contractions du cœur et en augmentant la pression sanguine, renforceraient l'hémorragie.

« Si malgré ce traitement, les accidents augmentent et mettent la vie en danger, il faut ponctionner le péricarde ou mieux faire une péricardotomie. On évacue le sang et on suture au besoin la plaie cardiaque.

« On a beaucoup discuté, ces temps-ci, à la Société de chirurgie la question de savoir s'il fallait ou non intervenir chirurgicalement dans les plaies de poitrine.

« Il semble que l'abstention ait réuni l'ensemble des suffrages, car, avec un repos absolu, une désinfection soignée de la plaie, une occlusion et un traitement médical bien conduit, obéissant aux circonstances et aux indications qui peuvent surgir, on obtient souvent le rétablissement complet du blessé. »

L'aspirine.

Un véritable engouement pousse actuellement les praticiens à prescrire l'aspirine dans tous les cas de rhumatismes, névralgies et douleurs, dont l'étiologie est plus ou moins inconnue.

Or, il est prudent de manier l'aspirine avec tact et discrétion. Déjà, les auteurs des formulaires recommandent d'ajouter un peu de caféine à l'aspirine pour mitiger certains effets dangereux de ce médicament sur la circulation. Deux auteurs italiens, MM. Christone et Lapresa, ont fait de nombreuses recherches expérimentales sur l'aspirine (*Arch. de farmacologia*). Ils ont constaté que l'aspirine se décompose en 40 minutes en présence du suc gastrique et met en liberté de l'acide salicylique.

De plus, l'aspirine produit dans tous les cas une irritation rénale (un peu d'albumine, cylindres, cellules épithéliales).

La toxicité est assez élevée. Les auteurs concluent en conseillant de bien avoir soin *d'examiner l'état des reins avant de prescrire ce médicament.*

La réaction de Wassermann dans la syphilis.

M. Morichau-Beauchant recommande, dans un travail des *Archives médico-chirurgicales de province*, de recourir sans hésiter à la séroréaction de Wassermann pour tous les cas suspects de syphilis. « Le principe de la méthode imaginée en 1906 par Wassermann Neisser et Bruck est fondé sur la réaction de Bordet-Gengou ou de déviation du complément. Elle a pour but de mettre en évidence dans le sérum du sujet la présence des anticorps syphilitiques. La recherche de la réaction de Wassermann est encore extrêmement délicate ; elle comporte des causes d'erreur et nécessite une installation particulière. Il est donc, en ce moment du moins, impossible pour le praticien d'exécuter lui-même cette réaction. Mais il lui suffira d'envoyer à un laboratoire une faible quantité de sang recueilli sur le malade. On peut pratiquer une ponction aseptique dans une veine du pli du coude, ou mieux recourir à une ventouse de Bier après scarification préalable. Cette ventouse permet de recueillir 4 à 5 centimètres cubes de sang, quantité largement suffisante pour la réaction. Le sang recueilli est mis dans un tube à essai et porté à la glacière en ayant soin d'incliner le tube. Le lendemain, on recueille le sérum avec une pipette, et on l'envoie immédiatement au laboratoire ».

Voici les conclusions de M. Morichau-Beauchant concernant l'utilisation par le praticien

des résultats fournis par la réaction de Wassermann.

« Une séro-réaction positive indique un processus syphilitique en activité, qui peut se traduire par des symptômes avérés, par des manifestations non spécifiques d'allure, spécialement du côté des viscères, ou au contraire ne donner lieu à aucun symptôme actuel (syphilis latente). Dans les deux derniers cas, la valeur diagnostique de la séro-réaction est considérable.

« Une séro-réaction négative n'indique pas toujours l'absence de la syphilis. Celle-ci peut-être latente ou active avec manifestations avérées ; il peut s'agir aussi de cas traités.

« Le traitement spécifique transforme dans un grand nombre de cas une réaction positive en réaction négative, et montre ainsi d'une façon évidente l'influence heureuse exercée par le mercure sur le processus syphilitique. Il est des cas où la séro-réaction reste positive en dépit du traitement. On ne peut tirer encore des conclusions précises, au point de vue guérison de la maladie, d'une séro-réaction négative même prolongée.

« Une séro-réaction positive est toujours une indication formelle de recourir au traitement spécifique. Une séro réaction négative n'exclut pas forcément ce traitement.

« La séro-réaction ne fournit pas des renseignements indiscutables en matière de mariage des syphilitiques. Si une réaction négative durable est à rechercher, le mariage peut être autorisé sous certaines conditions, alors même que la séro-réaction se montre positive. Dans tous les cas du reste, il faudra prendre les précautions d'usage si une grossesse survient.

« Grâce aux résultats positifs fournis par la séro-réaction, on a pu démontrer que les cas de syphilis conceptionnelle étaient beaucoup plus nombreux qu'on ne le pensait, et que les mères, en apparence saines d'enfants syphilitiques, étaient elle-mêmes atteintes de syphilis latente.

« La séro-réaction, positive chez les enfants naissant avec des lésions syphilitiques, est ordinairement négative dans les cas de syphilis latente et ne peut par conséquent faire prévoir les accidents qui surviendront quelques semaines ou quelques mois après la naissance. La séro-réaction positive chez la mère peut faire craindre la syphilis de l'enfant, et encore pas dans tous les cas, car une femme syphilitique peut engendrer un enfant sain.

« Il faut surveiller tout particulièrement un enfant né de parents suspects et ne pas le confier à une nourrice saine. L'allaitement maternel est pour lui ce qui convient le mieux, le lait agissant comme un véritable vaccin.

« Il est à désirer que, dans les cas douteux tout au moins la séro-réaction soit pratiquée, chez les nourrices mercenaires, afin d'exclure la possibilité de syphilis latente qui est loin chez elles d'être une exception. »

Nous rapprocherons de ces conclusions les idées émises à la séance du 20 mai de la Soc. méd. des Hôp. par MM. Babinski et Barré, sur la nécessité de rechercher la syphilis chez les conjoints et chez les enfants, quand l'un des conjoints reconnaît avoir eu la syphilis ou en présente des stigmates, et de faire cette recherche par la réaction de Wassermann.

Il serait intéressant aussi, dans les cas de syphilis familiale, de savoir quel était, au moment du mariage, l'âge exact de la syphilis chez le conjoint qui a apporté la maladie.

Cela permettrait peut-être en particulier de déterminer, d'une manière encore plus rigoureuse qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, le délai au delà duquel la syphilis ne risque plus d'être transmissible.

Les vomiques nummulaires simulant la tuberculose pulmonaire.

MM. Edg. Hirtz et Beaufumé attirent dans le *Bull. méd.* du 18 mai, l'attention des praticiens sur les vomiques nummulaires fragmentées souvent considérées à tort comme symptomatiques de tuberculose pulmonaire.

« Une collection purulente, petite ou grande, disent les auteurs, lorsqu'elle est voisine de l'arbre bronchique, peut être évacuée au dehors par très petites quantités ; la toux accompagne l'expectoration sous forme de quintes violentes, ou se montre seulement comme de simples coups de glotte, mais elle peut même manquer tout à fait ; la dyspnée existe ou fait totalement défaut ; il n'y a pas d'angoisse ; la douleur thoracique peut manquer, mais existe parfois ; le pus est rendu chaque jour, ou bien d'une façon intermittente avec des périodes plus ou moins longues d'absence totale d'expectoration purulente. Mais dans cette forme de vomique, l'expectoration, indépendamment de sa petite quantité, a encore pour grand caractère de se faire *uniquement et seulement par crachats isolés*, aussi bien dans le cours de la journée que le matin, aussi bien dans la position verticale que dans la position horizontale, et les crachats sont séparés dans leur rejet par un espace de temps plus ou moins long. En raison de leur constitution muco-purulente ou purulente, ils ressemblent totalement, de par leur adhérence et de par leur forme, dans un crachoir contenant du liquide, aux crachats nummulaires de la tuberculose pulmonaire chronique cavitaire ; aussi proposons nous de donner aux vomiques en question le nom de vomiques *nummulaires*. D'ailleurs, si le simple aspect de cette expectoration éveille déjà, au premier abord, l'idée de tuberculose pulmonaire, sa durée, qui se compte par mois ou davantage, et les phénomènes cliniques qui l'accompagnent habituellement rappellent aussi le plus souvent cette affection, car dans les deux cas peuvent exister toux, dyspnée, hémoptysies, fièvre, amaigrissement, doigts hippocratiques.

« Et sans dire qu'il est de règle que ces vomiques nummulaires simulant l'expectoration des tuberculeux pulmonaires chroniques fassent toujours porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire, il n'est que trop vrai que le plus sou-

vent c'est ce dernier diagnostic qui est ou a été porté dans des cas semblables.

« Il s'agit, maintenant que la possibilité de l'erreur est signalée, de rechercher les moyens d'éviter cette erreur.

« Tout d'abord, on devrait prendre comme règle que, tout malade, même dans la famille, qui expectore, ait un crachoir à sa disposition ; de la sorte, les caractères du produit de l'expectoration muco-purulente ou purulente ne passeraient pas inaperçus aux yeux du médecin, comme cela arrive souvent quand les malades se servent seulement d'un mouchoir. L'attention serait déjà ainsi mise en éveil. Ensuite, le plus souvent, les signes physiques d'auscultation des sommets ne correspondant pas à ce que l'on pouvait supposer, l'investigation se portera sur la recherche d'un foyer pleuro-pulmonaire d'une autre nature. L'examen bactériologique des crachats devra être pratiqué systématiquement ; l'absence des bacilles de Koch sera souvent l'indice révélateur d'un diagnostic erroné. Dès lors, la radioscopie, que l'on ne pratique pas encore suffisamment, viendra montrer exactement l'existence d'une opacité anormale qu'une bonne interprétation clinique rapportera facilement à l'existence d'une collection purulente. Et, de la sorte, un certain nombre de malades ne seront plus étiquetés tuberculeux, l'expectoration et les signes concomitants seront rapportés à leur vraie cause : pleurésie enkystée le plus souvent, interlobaire, ou diaphragmatique ou autre ; exceptionnellement, un kyste hydatique suppuré du poumon.

« D'ailleurs, ce serait une erreur de croire que les vomiques nummulaires ne se produisent qu'avec de petites collections purulentes. *A priori*, cela serait cependant logique, car nous savons que certaines pleurésies enkystées, interlobaires notamment, peuvent ne contenir que quelques cuillerées de pus ou même moins. Dès lors, il faut admettre que cette expectoration par crachats isolés et éloignés exige certainement pour se réaliser une fissure minime ; ou bien encore cette fissure peut ne siéger qu'à la limite supérieure de la collection, qui ainsi ne se vide que par trop-plein ou par tension exagérée ; ou bien enfin il peut aussi exister une sorte de clapet membraneux obturant la fissure bronchique, clapet qui ne se soulève que de temps à autre pour permettre l'évacuation d'un crachat. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Autosérothérapie ascitique. — Pleurésie du sommet. — Diagnostic de la blennorrhagie par la réaction de fixation. — Electrothérapie dans les hémorrhagies puerpérales. — Traitement de la sciatique.

M. Audibert (de Marseille) adresse à la *Société médicale des hôpitaux* une observation d'*autosérothérapie ascitique spontanée*.

L'auteur, dans un travail antérieur, a montré que le liquide ascitique pouvait jouir de propriétés curatives et il a proposé l'auto-sérothérapie ascitique comme une méthode de traitement devant être tentée dans toutes les ascites.

Le cas actuel, dû au Dr Ponthieu, concerne un homme atteint d'hyposystolie avec ascite. Celle-ci s'épancha par une plaie opératoire dans les tissus et fut résorbée dans le torrent circulatoire. L'ascite disparut en quelques jours et ne se reproduisit plus. Cette observation constitue un argument en faveur de l'autosérothérapie.

— MM. Gouget, Agasse-Lafont et Weil ont observé un cas de *pleurésie du sommet* qu'ils communiquent à la *Société médicale des hôpitaux*.

La pleurésie du sommet, sans être très rare, n'a guère attiré l'attention des cliniciens. Elle est intéressante cependant à connaître, en raison des erreurs de diagnostic qu'elle peut entraîner. Le siège anormal des signes physiques fait penser soit à une infiltration tuberculeuse, soit (en cas de vomique fractionnée suivie de signes cavitaires) à une caverne pulmonaire. L'erreur de diagnostic entraîne une erreur de pronostic et de traitement parfois très préjudiciable au malade. Le plus grand nombre de ces pleurésies sont purulentes. Elles sont quelquefois séro-fibrineuses.

— MM. Foix et Salin présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur la réaction de fixation appliquée au *diagnostic des manifestations blennorhagiques tardives*.

On sait les services que rend tous les jours en clinique la réaction dite de Wassermann comme moyen diagnostique de la syphilis. On sait également qu'il existe une réaction de fixation vis-à-vis du gonocoque, positive au cours de la blennorrhagie. Il a paru intéressant à MM. Foix et Salin de rechercher si, par cette méthode séro-diagnostique, on ne pourrait pas établir l'origine blennorrhagique de certaines arthrites à tendance chronique, et de certaines péri-métro-salpingites dont la nature apparaît le plus souvent comme mal précisée.

Les auteurs ont examiné d'abord des cas où la blennorrhagie était indiscutable. Sur 12 malades atteints de blennorrhagie uréthrale simple ou compliquée, la réaction de fixation s'est montrée 11 fois. Elle a été constamment négative chez les sujets témoins non blennorrhagiques.

Ils ont examiné ensuite un certain nombre de péri-métro-salpingites, d'arthrites, etc., et la réaction de fixation leur a paru permettre de rattacher ou non à la blennorrhagie ces différentes affections. La réaction de fixation constituerait ainsi un moyen de diagnostic lorsque l'origine d'une arthrite ou d'une salpingite reste cliniquement douteuse.

— A la *Société française d'Electrologie médicale*, M. Laquerrière étudie le rôle de l'*électrothérapie dans les hémorrhagies du post-partum et du post-abortum*.

D'une façon générale, pour M. Laquerrière, l'emploi de l'électricité doit être rejeté quand il

y a infection ou menace d'infection. Quand on soupçonne une rétention de débris, on peut l'utiliser comme moyen palliatif momentané en attendant que l'on soit prêt au curetage. Dans tous les autres cas, l'électrothérapie forme un traitement excellent d'autant plus rapide qu'on est plus près du début. Il est d'ailleurs utile d'avoir recours à divers courants suivant les indications. On peut, grâce à eux, provoquer de la vaso-constriction et de la rétraction du muscle utérin.

— M. Maurice FAURE parle, à la *Société de l'Internat, du traitement de la sciatique.*

Les agents médicamenteux, dit-il, ne doivent avoir qu'un intérêt tout à fait transitoire, permettant simplement de franchir les quelques journées qui s'écoulent entre le début de la crise douloureuse et le moment où les procédés physiques commencent à être appliqués avec succès. C'est, en effet, à la thérapeutique physique qu'il convient de s'adresser principalement. Elle donne des améliorations si nettes et des guérisons si fréquentes que M. le professeur Pétren (d'Upsal) en est arrivé à nier de ce fait l'existence de la sciatique chronique, les méthodes physiothérapiques devant selon lui suffire à la cure des sciatiques.

Déjà, lorsque le malade est maintenu au lit par des douleurs très aiguës, on pourra recourir aux applications de compresses chaudes, sèches ou humides, aux injections et aux douches d'air chaud. Les bains de vapeur, les bains d'eau chaude, combinant la révulsion, la radiation et la chaleur, donneront aussi d'excellents résultats. L'application de ces moyens sera, autant que possible, suivie de sudation au lit avec absorption de boissons chaudes. On obtiendra déjà ainsi une première sédation des phénomènes douloureux aigus.

Dès que l'on peut toucher la région sans provoquer une souffrance trop vive, il faut commencer le massage. Si ce massage est pratiqué prudemment, méthodiquement, il est toujours bien toléré.

Mais le moyen thérapeutique vraiment héroïque serait l'élongation non sanglante du nerf, que l'on exécute de la manière suivante : le malade est assis sur un meuble bas, à siège résistant, à dossier formant un angle obtus de 135° environ. Supposons le patient atteint d'une sciatique droite. L'opérateur est assis devant lui, à sa droite et en dehors. Il place la main droite *sous* le talon de la jambe malade et la main gauche *sur* le genou. Il pratique d'abord très lentement et doucement l'extension complète. Puis, il soulève progressivement le membre étendu, comme pour rechercher le signe de Lasègue. Il procède par petites étapes, en s'arrêtant toutes les fois où il provoque de la souffrance. Enfin, lorsque la douleur est devenue vive et continue, l'opération est aussitôt suspendue. Cette opération, comme le massage, qui doit faire partie du même traitement, sera pratiquée quotidiennement.

Après quelques jours d'élongation, il arrive souvent que l'opérateur peut placer le talon du patient sur son épaule. Alors, quittant son tabouret, l'opérateur se soulève lentement, augmente l'élongation au fur et à mesure qu'il passe de la position assise à la position debout. Là encore, la manœuvre sera arrêtée lorsque la douleur apparaîtra vive et continue.

Lorsqu'on a obtenu une sorte d'état stable avec peu de symptômes dont le malade s'accommode volontiers, le massage et l'élongation ne donnent plus de résultats. Un seul moyen reste alors efficace, mais à longue portée : les cures thermales répétées.

Il va sans dire que toute cette thérapeutique spéciale, qui demande à être prolongée assez longtemps, ne dispense en aucune façon d'un traitement approprié de l'état général.

P. L.

DERMATOLOGIE

Le traitement du lupus vulgaire par la méthode de F. Veiel,

Par le Dr R. MARTIAL.

Ce n'est pas tout à fait une nouveauté ; mais il ne paraît pas que ce traitement soit sorti des mains des spécialistes. Cependant, il peut être utilisé dans la pratique, tout praticien ne possédant pas forcément des installations de photothérapie, radiothérapie et radiumthérapie.

Cette méthode a été créée et est employée avec succès depuis, déjà plusieurs années, par les deux Veiel (père et fils) de Cannstatt (Allemagne). Elle a pour but la destruction du tissu lupique. Pour obtenir ce résultat, les auteurs emploient le plus souvent une vaseline à l'acide pyrogallique à 10 % qui est appliquée plusieurs jours de suite. Toutefois, dans les lupus exagérément hypertrophiques, il faut commencer par réduire cette hypertrophie, soit au moyen du thermo-cautère (soit au moyen du permanganate de potasse). Mais il s'agit ici de la forme la plus banale du lupus vulgaire. Lorsque cette préparation a été appliquée plusieurs jours de suite, il se produit des vésicules. On passe alors à des onguents d'une contenance plus faible en pyrogallol (ou acide pyrogallique) qui détruisent encore le tissu lupique, mais n'entravent pas la formation de granulations. Le plus souvent, c'est une vaseline à 2 % de pyrogallol qu'il faut employer à ce moment. Celle-ci est appliquée jusqu'à ce que tout le tissu suspect de lupus soit éliminé, jusqu'à ce qu'on ne reconnaisse plus dans les granulations rouges aucun nodule grisâtre ; cela demande souvent des semaines. Puis on descend très progressivement à des pommades toujours plus faibles jusqu'à 1/10e %. En général, on demeure à ce titre jusqu'à complète guérison. Mais, si l'épithélium ne

se reconstitue pas, on finit par ne plus se servir que de vaseline pure.

Lorsque, malgré un emploi prolongé de la pommade à 2 %, le tissu lupique ne s'élimine pas, et que, malgré cet emploi, des foyers lupiques nouveaux apparaissent, on reprend la pommade à 10 % pendant un jour ou deux, puis on revient à celle à 2 %.

Il ne faut jamais employer la vaseline pyrogallée à 10 % pour la conque de l'oreille, parce que le danger d'une nécrose du cartilage est trop grand. Le lobule de l'oreille peut seul être traité par la pommade à 10 %. De même, pour le nez, dans la région des os et du cartilage, il faut abandonner la pommade à 10 %. Dans les deux cas, on réduira à 4 % la teneur de l'onguent en pyrogallol, et encore, on surveillera étroitement les effets de l'application.

Les urines doivent être contrôlées chaque jour ou, tout au moins, régulièrement. Les douleurs déterminées par le traitement sont en général supportables, mais, pendant le temps d'application de la pommade à 10 % et lors du passage de la pommade plus forte à la pommade plus faible suivante, il arrive que l'on doit faire des piqûres de morphine pour soulager le patient. On évite, d'ailleurs, beaucoup de souffrance au malade en faisant des pansements très exacts, et c'est ici que le soin, l'habileté, la conscience du médecin-praticien doivent intervenir au plus haut point. Il faut découper d'avance un morceau de lint suivant la forme du lupus (en dépassant plutôt ses limites de 3 millimètres qu'en restant en deçà, on sait qu'à la périphérie du lupus visible se trouvent toujours des nodules lupiques non apparents). Sur ce fragment de lint découpé, on étale avec une spatule de bois l'onguent au pyrogallol. Il faut employer une spatule en bois, car avec une métallique, il peut survenir sur la peau du sujet une coloration grise ou brune qui peut ne jamais disparaître. Quand le lint chargé d'onguent est appliqué, on le recouvre d'ouate cardée non hydrophile, cette dernière absorbant la pommade et diminuant l'action du traitement. Il est de toute importance que le pansement soit exactement appliqué (ce qui exclut cette méthode des cas où l'affection est trop étendue) et veiller à ce qu'il ne se produise pas sur les bords des godets par où l'air pourrait s'introduire, le contact de l'air sur les points mis à vif déterminant les douleurs insupportables.

En conséquence, on ne changera le pansement que lorsque toutes les pièces en auront été minutieusement préparées, de manière à ce que la plaie ne reste à l'air que le minimum de temps possible.

Comme tous les traitements du lupus, celui-ci est long, mais lorsque les patients sont bien dressés, ils peuvent arriver à faire eux-mêmes exactement leur pansement et à obtenir une guérison durable.

Lorsque le lupus siège en même temps sur la peau et sur la muqueuse, il convient de traiter aussi cette dernière. Si des foyers lupiques sont placés sur la muqueuse nasale, à l'entrée des narines ou dans leur voisinage, on peut employer encore le pyrogallol, en le plaçant sur des tampons d'ouate qu'on introduit dans le nez. Mais, afin d'atténuer la gêne respiratoire qu'en ressent le malade, il faut percer ces tampons d'un drain. A l'intérieur des cavités, seul le galvano-cautère peut être préconisé.

Cette méthode donne des succès tout à fait comparables à ceux des autres méthodes ; les récidives partielles, peuvent être traitées de même. Son grand mérite est de ne pas demander une puissante instrumentation, mais seulement de la minutie dans le pansement.

NOTES DE PÉDIATRIE PRATIQUE

Le foie chez l'enfant (1),

Par le Dr Albert B. Ball,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ex-assistant de consultation de l'hôpital Trousseau.

I. Examen. — Le foie chez l'enfant est normalement très volumineux, il occupe plus du tiers de la cavité abdominale ; il remonte en haut jusqu'à la 5e côte sur la ligne mamelonnaire, jusqu'à la 7e sur la ligne axillaire, et dépasse en bas le rebord costal ; sur la ligne médiane, il occupe tout l'épigastre et n'est séparé de l'ombilic que par 1 ou 2 centimètres.

II. Pathologie. — *Abcès.* Causes : un trauma abdominal, surtout dans la région hépatique, un ascaris lombricoïde, une appendicite ; rarement la dysenterie.

Amyloïde. (Infiltration, Dégénérescence du foie). — Les causes en sont l'infection et la toxi-infection chroniques, par exemple la suppuration chronique des os, des ganglions.

Cancer. — Exceptionnel, il est primitif ou secondaire à un cancer du rein ; dans les 2 cas, c'est presque toujours un sarcome.

Cirrhoses hépatiques. — Elles sont rares ; on peut en faire 3 grandes divisions qui ne s'excluent pas ;

1° *Cirrhoses infectieuses.* Celles-ci comprennent ; 1. la cirrhose *syphilitique* (v. Syphilis hépatique) ; 2. la cirrhose *tuberculeuse* (v. Tuberculose hépatique) ; 3. la cirrhose *paludique*, assez rare ; 4. les cirrhoses *infectieuses* non classées (après les fièvres éruptives, surtout la scarlatine ; l'infection

(1) D'après *L'enfant et son médecin*. (Maloine, éditeur.)

intestinale, les suppurations chroniques). On trouve ici plusieurs formes de cirrhoses,par exemple la *cirrhose hypertrophique biliaire* ou *maladie de Hanot*.

2° *Cirrhoses toxiques*. Elles sont surtout d'origine alcoolique, et ordinairement atrophiques ;

3° *Cirrhoses mécaniques*. Elles comprennent surtout la cirrhose *cardiaque*, la *cardio-tuberculeuse*. Traitement préventif : v. Congestion du foie.

Congestion hépatique. 1. *Active*. Elle se rencontre dans les infections et intoxications aiguës,telles que fièvres éruptives, diphtérie, infection gastro-intestinale, broncho-pneumonie, puis fièvre typhoïde, paludisme, dysenterie. Les signes en sont ordinairement masqués par ceux de la maladie générale : le foie est gros,sans ictère (mais quelquefois avec subictère) ; l'examen de l'urine fait noter : oligurie, coloration foncée, diminution de l'urée, présence de l'urobiline, et enfin albuminurie modérée et intermittente. Le traitement sera surtout *préventif* ; après une maladie infectieuse, éviter la transformation cirrhotique possible en surveillant le régime, en examinant le foie fréquemment. Si le foie est *gros* et *sensible*, faire de l'antisepsie intestinale, purger (calomel) ; conseiller la révulsion (sinapismes, ventouses, pointes de feu, vésicatoires volants).

2. *Congestion passive* ou *foie cardiaque*. Les causes en sont toutes les affections chroniques du cœur, surtout la *péricardite chronique avec symphyse*, la rhumatismale ou la tuberculeuse ; ensuite la symphyse pleurale, l'adénopathie trachéo-bronchique, la dilatation des bronches,l'emphysème, la tuberculose fibreuse, la déformation rachitique du thorax,le mal de Pott. La cardiopathie peut rester plus ou moins latente, et l'on trouve surtout des signes hépatiques (foie gros, rate grosse, ascite, etc.) ; c'est l'*asystolie hépatique*.

Foie gros, hépatomégalie. Le foie est gros dans les cas suivants : Abcès du foie, Amyloïde (infiltration, dégénérescence) ; Asystolie hépatique (v. congestion hépatique et Asystolie) ; Cancer, Congestion hépatique active ou passive, Cirrhoses, kyste hydatique (celui-ci forme souvent une tumeur indépendante du foie). Stéatose. Syphilis. Tuberculose.

Foie infectieux et *toxi-infectieux*. Il se présente sous 3 formes : 1° Congestion hépatique ; 2° Stéatose hépatique ; 3° Dégénérescence amyloïde. Voir ces mots.

Kyste hydatique. Il est peu fréquent ; on trouve une partie du foie ou le foie tout entier gros, lisse, indolent, il n'y a ni fièvre, ni ictère, ni ascite. Le traitement est uniquement chirurgical.

Stéatose. Elle est la conséquence d'infections aiguës prolongées, chroniques, d'intoxications, surtout alcooliques.

Syphilis ; toujours héréditaire. Dans la 1re enfance, le foie gros accompagne les autres signes de syphilis héréditaire, avec la rate grosse ; la mort est habituelle. Dans la 2e enfance, on trouve les mêmes signes que chez l'adulte : troubles digestifs, hémorragies, ascite ; le foie est irrégulièrement gros, ficelé, la rate est grosse, il n'y a pas d'ictère. Le pronostic est sérieux. Le traitement mercuriel intensif est indiqué.

Tuberculose. Celle-ci se rencontre au foie sous forme de congestion, stéatose, amyloïde, abcès tuberculeux.

OBSTÉTRIQUE

Sur la valeur des mouvements fœtaux dans le diagnostic de la mort intra-utérine.

Par le Dr GEORGES.

Le but de cette étude est de montrer que dans le diagnostic de la mort intra-utérine, il ne faut pas attribuer une valeur absolue à l'absence des mouvements fœtaux.

1° *Mouvements fœtaux ressentis par la mère.*

On attribue d'habitude trop d'importance aux mouvements actifs de l'enfant ressentis par la mère pour diagnostiquer soit la vie, soit la mort du fœtus ; on dit, en effet : « la femme sait bien ce qu'elle ressent ; puisqu'elle sent son enfant remuer, c'est qu'il est vivant ; si elle ne le sent plus, c'est qu'il est mort. »

Or, cela est absolument inexact, et la vérité est que la *femme se trompe très souvent et très aisément* sur la nature des mouvements qu'elle ressent.

L'histoire des grossesses dites nerveuses ou imaginaires est là pour démontrer combien peu caractéristiques sont les mouvements actifs du fœtus (Prof. Charles, de Liége). En effet, dans ces cas, qui sont assez fréquents, la femme croit reconnaître un enfant qui gigote dans son ventre, alors qu'elle n'est pas enceinte du tout ! Cette erreur de sensation se montre non seulement chez des femmes qui n'ont jamais eu de grossesses, mais parfois même chez des multipares, ayant eu plusieurs enfants à terme.

Les mouvements existent vraisemblablement au moins dans un certain nombre de cas, mais ce sont des gaz qui circulent dans les voies digestives, des mouvements qui se passent dans les viscères abdominaux, l'estomac, l'intestin, peut-être même dans les muscles de la paroi.

Des considérations analogues s'appliquent à l'absence de perception des mouvements fœtaux, même s'ils ont été perçus à un moment donné. L'utérus peut par sa distension perdre sa sensibilité , et la femme ne plus sentir les mouvements. Si la femme est malade,si elle a éprouvé une émotion violente, si elle a été soumise à une fatigue exagérée ou à un traumatisme sérieux, le fœtus peut cesser momentanément de remuer, qu'il ait été touché par contre-coup ou qu'il soit dans un état de malaise, de torpeur qui l'immobilise plus ou moins longtemps ; mais parfois, la femme ne sent plus rien du tout jusqu'à l'accouchement et pourtant l'enfant arrive en bonne santé.

On peut donc dire que, de même que les mouvements de l'enfant sentis par la mère sont *de simples signes de présomption de vie*, de même l'absence de mouvements sentis par la mère est un *simple signe de présomption de mort.*

2° *Mouvements fœtaux perçus par l'accoucheur.*

Seule la perception de l'accoucheur permet d'accorder à ces mouvements la valeur d'une certitude, mais d'une certitude de second ordre. Voici pourquoi :

a) Il est possible de percevoir des mouvements, même sans qu'il y ait gestation, chez certaines femmes nerveuses qui se remuent, s'agitent, contractent leurs muscles (Prof. Charles) ; dans ces conditions on constate parfois des contractions limitées qui font croire à des mouvements actifs d'un enfant.

b) Les mouvements d'un fœtus bien vivant peuvent ne pas être perçus, si les conditions du palper sont défavorables : parois sensibles, ou chargées de graisse, ou douloureuses ou distendues : muscle utérin trop épais, etc.

Quand le liquide amniotique devient trop abondant, les mouvements cessent également d'être perçus, car l'enfant n'arrive plus à atteindre avec ses membres la paroi utérine.

Enfin les mouvements s'arrêtent quelquefois par suite de la résorption du liquide amniotique, qui s'observe dans certains cas à la fin de la grossesse.

***

Le seul signe de certitude est fourni par l'*auscultation du cœur fœtal.* Cependant, dans certains cas, quand le dos est directement en arrière, les doubles battements ne sont pas entendus ; il y a là une couche très grande de liquide interposée entre le corps de l'enfant et le stéthoscope ; et il faut se méfier de cette cause d'erreur chaque fois que la poche des eaux est intacte, et le cas échéant chercher à modifier la position du fœtus afin de mieux pouvoir ausculter. On n'oubliera pas non plus que les battements diminuent aussi d'intensité pendant l'accouchement, quand l'enfant arrive sur le plancher périnéal.

Il ne faut donc pas déclarer que l'enfant a succombé avant qu'une auscultation pratiquée avec le plus grand soin et dans les meilleures conditions ne soit venue confirmer l'absence complète et totale des bruits du cœur fœtal. Il est même toujours prudent de ne déclarer le fœtus mort qu'après avoir examiné à deux ou trois reprises et à deux ou trois jours d'intervalle.

S'il restait le moindre doute, on s'abstiendrait de se prononcer, et l'on ne tarderait pas, en cas de mort du fœtus, à percevoir la *crépitation osseuse*, la *sensation du frottement des os les uns sur les autres*, signe certain de macération.

THÉRAPEUTIQUE

Prophylaxie et traitement des diarrhées et entérites infantiles,

Par le Dr Jean Sutel.

Dans l'immense majorité des cas, la cause des diarrhées infantiles est exogène, elle vient du dehors et pénètre dans les voies digestives avec les aliments ou les boissons. Il résulte de cette constatation que le grand principe de la prophylaxie des entérites sera d'éviter l'accès du tube digestif à toute substance infectieuse ou toxique.

Dans l'allaitement naturel (mère ou nourrice), ce principe est facile à réaliser. Il suffit de recommander la propreté la plus absolue, d'empêcher les enfants d'introduire dans leur bouche les objets qui sont à leur portée et de faire laver le mamelon avant chaque tétée à l'eau boriquée, ou mieux à la solution d'anios à 1 %, qui est un puissant germicide sans aucun danger.

Quand l'enfant est sevré ou allaité artificiellement, on doit veiller à la purification des liquides d'alimentation. Pour cela on filtrera l'eau ou bien on la fera bouillir ; le lait également sera bouilli et les ustensiles qui servent à l'enfant, biberon, gobelets, cuillers, seront stérilisés ou désinfectés.

Avant un an, l'enfant ne doit prendre absolument que du lait :

Le sevrage sera progressif : les laitages remplaceront le lait, les œufs remplaceront le laitage ; ce n'est qu'après deux ans que l'on autorisera les viandes, le vin, les légumes, les fruits, les crudités. Auparavant, on donnera les panades et les pâtes au lait, les purées de légumes secs, les œufs, les crèmes, les fromages frais, les compotes et fruits cuits. L'heure et le nombre des repas seront minutieusement réglés ainsi que la quantité des solides et des liquides à absorber. En règle générale, 150 à 200 gr. de liquide, eau ou lait, suffisent pour chaque repas. Les promenades au grand air suivront ces repas, en tenant compte, bien entendu, de l'état du temps.

Une autre précaution importante à réaliser dans la prophylaxie des diarrhées infectieuses c'est l'isolement des enfants malades, et la désinfection des objets qu'ils ont contaminés.

On recueillera les selles dans des récipients contenant soit du sublimé (1 p. 1000), soit de l'anios (2 %). Les linges seront tout au moins bouillis.

Telles sont les mesures préventives qu'il faut introduire dans les mœurs familiales et pour lesquelles le médecin devra user de toute son autorité. Il rendra à ce point de vue d'incalculables services.

Le traitement direct des entérites varie suivant les cas et suivant l'âge des enfants.

Il existe deux sortes de diarrhées infantiles :

Laboratoire, 207, Boulevard Pereire, PARIS.

(Agar-agar, extraits biliaires, extraits complets de toutes les glandes intestinales.)

JUBOL

Rééduque l'Intestin

La cure de rééducation dure six mois.

(Acad. des Sciences, 28 juin 1909.)

1 à 3 comprimés en se couchant. (Avaler sans croquer.)

LES ÉNERGÉTÈNES VÉGÉTAUX

SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiquement & Physiologiquement titrés

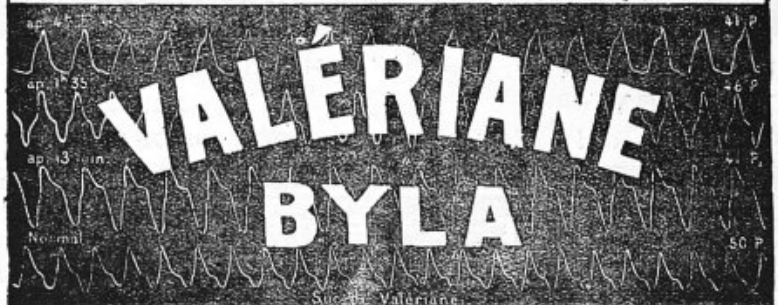


SUCS DE VALÉRIANE·SAUGE·DIGITALE GENET MUGUET·COLCHIQUE

Chaque flacon 3'50 LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE & GENTILLY (Seine)

LES ÉNERGÈTÈNES VÉGÉTAUX

SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiq't & Physiologiquem't titrés



SUCS DE SAUGE·DIGITALE·GENET·MUGUET ; COLCHIQUE

Chaque flacon 3'50. LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE & GENTILLY (Seine)

Bromone Robin

BROME PHYSIOLOGIQUE SOLUBLE ASSIMILABLE — PREMIÈRE COMBINAISON DIRECTE ET ENTIÈREMENT STABLE DE BROME AVEC LA PEPTONE

DÉCOUVERT PAR MAURICE ROBIN EN 1902.
LA SEULE SOLUTION TITRÉE EXPÉRIMENTÉE POUR LA PREMIÈRE FOIS A LA SALPÊTRIÈRE
(Thèse du Dr Mathieu, 1906). Communication à l'Académie de Médecine de Paris par le Professeur BLACHE (26 Mars 1907).

REMPLACE AVEC AVANTAGE LES BROMURES
SANS ACCIDENT DE BROMISME — TOLÉRANCE PARFAITE
SANS MAUVAIS GOÛT. ACTION SUPÉRIEURE à tous les Produits similaires connus.
40 gouttes correspondent comme effet thérapeutique à 1 gramme de Bromure de Potassium.

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
M. ROBIN, 13, Rue de Poissy, Paris.

TRAITEMENT RATIONNEL & HYGIÉNIQUE DE LA CONSTIPATION HABITUELLE

VAO MARQUE DÉPOSÉE

THAOLAXINE

VAO MARQUE DÉPOSÉE

PAILLETTES CACHETS GRANULÉ
COMPRIMÉS
PRODUIT EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL
RÉGULATEUR DES FONCTIONS INTESTINALES

LAXATIF RÉGIME - PAS D'ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES
DURET & RABY
à MARLY-LE-ROI (S.&O.)

ÉCHANTILLONS
& BROCHURES
FRANCO sur DEMANDE

CHOLÉOKINASE

6 à 8
Ovoïdes par jour

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE
DE L'ENTÉROCOLITE
MUCOMEMBRANEUSE

la diarrhée simple, alimentaire, et la diarrhée infectieuse, bacillaire (bacille de Lesage). On sait comment faire cette distinction en clinique. Si la diarrhée est bilieuse, alimentaire, une goutte d'acide nitrique versée sur les langes souillés donne une teinte violette et rose. D'autre part, le papier bleu de tournesol rougit au contact des selles vertes bilieuses.

Lorsque la diarrhée est bacillaire, une goutte d'acide nitrique décolore les selles, mais ne donne aucune réaction violette ou rose, d'autre part, le papier de tournesol ne rougit pas, car la réaction est neutre ou faiblement acide.

Comment traitera-t-on la diarrhée alimentaire ? Dans les cas très légers il suffira souvent de réglementer les prises de lait pour la faire cesser. Si cette précaution ne suffit pas, on donnera les alcalins (eau de chaux, de Vichy, de Vals). Si la diarrhée résiste à ces agents, on aura recours à la diète hydrique absolue pendant une journée ou une demi-journée et alors il est remarquable de voir combien l'addition, 3 fois par jour, de 5 gouttes d'oxyol à une prise de liquide est nettement curative. Ce sel de vanadium est sans inconvénient ; il émet dans le tube digestif de l'oxygène naissant et arrête ainsi les putréfactions et l'afflux bilieux qui n'est en définitive qu'une réaction désinfectante intestinale produite par la nature.

Il est d'usage quand des vomissements existent, d'utiliser toujours le ferment vanadique et l'amélioration gastro-intestinale est alors constante.

Si l'enfant est allaité artificiellement on conseillera le lait stérilisé. Quant aux lavements, il est utile d'y recourir malgré certain ostracisme décrété il y a quelque temps. On utilisera simplement l'eau bouillie, mais on rejettera l'eau amidonnée qui peut augmenter la diarrhée et produire un surcroît de fermentation.

Si les douleurs existaient violentes, on pourrait avoir recours au laudanum, d'une façon momentanée, et de préférence en lavement.

Comment traiter la diarrhée infectieuse, bacillaire ? Ici deux remèdes se partagent la faveur des praticiens, l'acide lactique et l'oxyol. Le premier s'emploie à la dose de 2 gr. dans une potion de 100 gr. et par cuillerée à café après les tétées. Le second s'utilise à la dose de cinq gouttes de l'une et l'autre substance qui le composent, 3 fois par jour, à la fin des tétées. Les anciens médecins employaient le calomel (5 à 10 centigr. en plusieurs prises), mais il est démontré qu'on obtient de meilleurs résultats avec les deux autres remèdes.

A l'acide lactique on tend de plus en plus à substituer les ferments lactiques, dont les effets sont plus prolongés, mais l'expérience prouve que par l'oxyol, qui est un ferment métallique, l'action désinfectante est plus rapide, peut-être plus puissante et tout aussi prolongée.

Il est constant, en effet, de voir sous son influence cesser d'abord la mauvaise odeur de ces diarrhées infectieuses, puis leur coloration verdâtre et enfin elles se tarissent complètement. On admet en outre que dans les cas graves, où l'enfant se refroidit, dans les cas de choléra infantile, l'oxygène naissant qui vient du ferment vanadique peut dans une certaine mesure et par action stimulante, hyperglobulaire, soutenir les forces du malade et obvier au collapsus.

On ne donnera pas aux enfants le benzonaphtol ou le bétol. Leur emploi ne produit pas des résultats suffisants et ils ne sont pas toujours bien tolérés.

S'il se manifestait des phénomènes algiques et nettement cholériques, on aurait recours aux injections d'éther (1/4 de seringue de Pravaz) et surtout aux injections de sérum artificiel. On réchaufferait le malade et on le frictionnerait avec des solutions alcooliques et stimulantes.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Deux cloches et deux sons.

I. Contestations d'honoraires

Mon cher Confrère,

Puisque mes communications intéressent assez vos lecteurs pour leur faire l'honneur de la publicité, voici un nouvel échantillon des rapports qu'est appelé à avoir avec les compagnies d'assurances tout médecin résidant dans une région industrielle.

Autre compagnie, du reste, mais mêmes procédés, par lesquels répondent toujours les Compagnies (parfois plusieurs mois après) à l'envoi d'une note d'honoraires.

Je ne puis mieux faire que de vous adresser la dite correspondance.

Veuillez agréer, mon cher confrère, mes bien sincères salutations.

Dr Decléty (de Wizernes Nord).

Paris, le 6 mars 1910.

A Monsieur le Dr Decléty

Mon cher Confrère,

Permettez-moi de vous soumettre quelques observations, suggérées par le contrôle médical de votre note d'honoraires pour ce blessé, chez lequel une luxation de la hanche longtemps méconnue a fini par devenir irréductible et a entraîné une incapacité avec réduction de 75 %.

1° Vous comptez 5 fr. votre certificat initial ; il s'agit d'interpréter l'art. 9, alinéa 1, et non alinéa 2, du tarif Dubief : une contusion du grand trochanter et du col du fémur ne relève pas du cas prévu à cet article 9, alinéa 2.

2° A 2 reprises différentes, vous demandez une fois 5.50, et une seconde fois 20 fr. pour accompagner le blessé à la radiographie. Il n'était nullement nécessaire que vous fissiez ces 2 voyages ; il ne peut être question de pansements à refaire qui nécessiteraient votre présence, aussi vous demanderais-je de vou-

loir bien consentir à supprimer ces 2 allocations.

3° Le certificat fourni au tribunal et tarifé 5 fr. doit être payé par l'ouvrier ; le certificat du 24 novembre fourni à la Z. doit être tarifé 2 fr.

4° La consultation avec le Dr Verstraete relève de l'article 4 et doit être tarifée 3 fr. + 1. 60 d'indemnité kilométrique.

Pour ces raisons, mon cher confrère, et sans discuter la nécessité des multiples visites que vous avez cru devoir faire à ce blessé, mais en vous faisant remarquer que la date de consolidation est du 19 janvier 1910, je vous demanderai de vouloir bien accepter une réduction de votre note, ainsi que son règlement à 74.40, somme que dès maintenant notre agent tient à votre disposition.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr M.,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

RÉPONSE

Mon cher Confrère,

Je réponds à votre lettre du 6 mai courant au sujet de S. : je ne veux pas relever l'incorrection de votre phrase sur le diagnostic et n'ai qu'un regret, c'est de n'avoir pu recourir à vos lumières pour établir un diagnostic précis et réduire une luxation chez un homme de 78 ans, écrasé par un monte-charge et dont on ne put rien tirer pendant 15 jours. Pour le reste :

1° J'accepte la réduction du certificat initial au lieu de 5 fr., 2 fr.

2° Je maintiens la visite chez le radiographe où j'ai dû accompagner le blessé *à peine transportable* en voiture.

3° Je maintiens le prix de 20 fr. pour l'assistance à la radiographie faite à l'usine par un professeur de Lille : après correspondances et pourparlers nombreux avec ledit professeur, j'ai dû sur rendez-vous me trouver avec lui de 9 h. à midi 1/2.

Je suis prêt à faire trancher cette question au juge de paix, la visite ayant été demandée par la Cie à qui j'ai du reste écrit mes intentions sur ce point dans une lettre de février dernier.

4° Je maintiens mon prix de 5 fr. pour le certificat demandé par la Cie qui s'est engagée par une lettre du 4 avril 1905 à me payer ce prix pour chaque certificat demandé, sinon je les refuserai à l'avenir.

5° J'accepte le refus de payer 5 fr. pour le certificat. J'estime que, dites-vous, l'ouvrier doit payer ; comme l'ouvrier ne paiera pas, je vais à l'instant écrire au président du tribunal, pour aviser, d autant plus que jusqu'à ce jour j'ai toujours été payé 5 fr.

6° J'accepte la réduction 4.60 au lieu de 10 fr. pour la consultation Verstraete, soit 5 fr. 40, mais comme je ne veux pas continuer pour ce prix-là —correspondance, rendez-vous remis et matinée perdue — je refuserai dorénavant toute consultation, sauf sur réquisition— et l'*ouvrier refusera* également.

Donc au total, mon cher confrère, réduction de 12.40 sur 115.80 = 103. 40.

Veuillez aviser dans la huitaine, je vous prie, et agréez mes sincères salutations.

Dr J. DECLETY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

II. Rôle idéal du médecin d'assurances.

Monsieur et cher confrère,

Permettez à un vieil abonné du *Concours*, syndicaliste et partisan convaincu du libre choix, médecin d'assurances cependant, de vous exposer les quelques réflexions qui lui sont suggérées par la lecture d'un article paru dans le n° du 22 mai, relatif à « la mentalité des médecins d'assurances ».

Je tiens tout d'abord à déclarer que le médecin d'assurances visé par l'article en question a employé quelques mots malheureux dans la lettre qu'il envoya au confrère dont la moralité et la compétence sont au-dessus de tout soupçon.

Mais n'existe-t-il pas des médecins qui ne remplissent pas ces conditions d'honnêteté et de savoir, et s'il y en a, la possibilité du libre choix pour l'ouvrier ne met-elle pas la Compagnie d'assurance dans l'obligation de se prémunir contre un certificat complaisant ou des soins exagérément prolongés ?

Nous nous devons la vérité dans notre famille médicale et ce serait grandement nous diminuer que de fermer les yeux devant nos pires faiblesses.

Si je ne me trompe, notre devoir est de guérir notre malade dans les meilleures conditions de sécurité et de rapidité, en d'autres termes, de songer plus à lui qu'à nous, puisque abréger la maladie, c'est abréger les soins, et comme conséquence les honoraires. Ce devoir à mon sens reste aussi impérieux quand il s'agit de la victime d'un accident du travail que lorsqu'il s'agit d'un client ordinaire. Cependant on a vu certaines incapacités soigneusement entretenues être d'un meilleur profit à quelques pseudo-sinistrés et grâce à la complicité consciente d'un médecin, que des journées de labeur pénible à un ouvrier malheureux. Il y a donc un danger à laisser trop de liberté à l'ouvrier et à son médecin ; ce sont des cas exceptionnels, je le veux bien, mais tremblons qu'ils ne deviennent plus fréquents, étant donné l'état actuel de la société et de la morale.

Il existe aussi d'autres médecins bien pénétrés de leurs devoirs et qui, mus par des sentiments généreux, opposant la situation opulente de certaines compagnies bien assises et bien organisées à l'état misérable de leur client, favorisent ce dernier. Peut-être aussi n'osent-ils pas s'avouer à eux-mêmes que ce blessé leur paraît plus intéressant parce qu'il leur a donné la préférence ; pour être médecin, on n'en est pas moins homme. Ils soignent alors leur blessé non seulement avec leur science mais encore avec leur cœur. Les compagnies d'assurances ont le droit de s'assurer contre cette entente cordiale quelquefois inconsciente qui existe entre le médecin et son client.

Pourquoi ne trouve-t-on pas très légitime que le patron dont les intérêts sont engagés dans ces affaires d'accidents du travail, oppose un médecin qui a sa confiance à celui qui a la confiance de l'ouvrier ? La loi a donné la preuve de sa sollicitude, j'allais dire de sa partialité, envers le travailleur, en accumulant les formalités à accomplir par le médecin d'assurances pour arriver jusqu'au blessé qui ne l'a pas choisi. Ne voit-on pas que les efforts des deux médecins vont concourir au même but : la guérison de l'ouvrier. Ils examinent le blessé au nom d'intérêts contraires, et c'est ce qui nous permettra d'espérer un résultat conforme à la justice. Ils ne se dresseront pas l'un en face de l'autre en adversaires, mais en collaborateurs ; ils resteront médecins jusqu'au bout et rempliront en même temps que leur tâche professionnelle un devoir social. Ils ne deviendront pas les complices d'un ouvrier malhonnête pas plus que les domestiques d'une collectivité exigeante et rendront à l'ouvrier et au patron les services que ceux-ci sont en droit d'attendre d'eux. Le libre choix, c'est la garantie de l'ouvrier, le médecin d'assurances, c'est la garantie du patron ; les deux réunis c'est la garantie de nous-mêmes.

Excusez, je vous prie, la longueur de cette lettre que je serai heureux de retrouver sur le *Concours* avec mes initiales seulement et agréez, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments dévoués.

Dr L. de E.

N. D. L. R. — Parfait en théorie, mon cher confrère ; mais n'oubliez pas que les compagnies d'assurances, parce qu'elles payent, veulent être obéies. Il faut donc, dans la pratique, suivre à la lettre leurs instructions, si l'on ne veut pas être cassé aux gages. Certaines vont même en justice pour faire juger si le médecin est ou non leur employé. Personnellement, j'en sais quelque chose. (*Concours médical*, 1910, p. 170 et 257).

Une loi « humanitaire » (1).

L'opinion d'un ouvrier sur la loi des accidents du travail.

Chaque fois qu'un administrateur de ce qu'on est convenu d'appeler la *législation ouvrière* française parle de la loi sur les accidents du travail, il ne manque pas de lui appliquer les qualificatifs les plus élogieux. C'est la loi humanitaire par excellence, un bienfait appréciable pour les travailleurs, une loi de paix sociale simple et destinée à supprimer un grand nombre de procès entre patrons et ouvriers victimes d'accidents, etc. Dans la pratique, il en va tout autrement.

Tout d'abord, peut-on dire sans exagération que le législateur, en créant la loi du 9 avril 1898 — modifiée le 22 mars 1902, le 31 mars 1905, étendue au commerce le 12 avril 1906 et complétée par celle du 18 juillet 1907 sur l'assujettissement facultatif — a fait un cadeau aux travailleurs qui doivent aujourd'hui n'avoir recours qu'à ses dispositions ? Non. C'est un marché passé entre patrons et ouvriers.

Avant que n'existât la législation concernant les accidents dont les ouvriers et employés sont victimes en travaillant, ceux-ci pouvaient obtenir la réparation du préjudice résultant de ces accidents en recourant au *droit commun*.

Si la responsabilité du patron ou de ses préposés était établie, par application des articles 1382, 1383, 1384, 1385 du Code civil, la victime ou ses ayants droit avaient un recours contre l'auteur, soit devant les tribunaux civils, soit par un procès correctionnel, en se portant partie civile.

Il fallait établir la faute de l'adversaire, c'est vrai, mais on pouvait prétendre à une complète réparation du préjudice éprouvé.

Si la législation maintenant en vigueur n'exige plus la preuve de cette faute, la preuve de la responsabilité de l'auteur, s'il suffit aujourd'hui de démontrer que l'accident a une relation de cause à à effet avec le travail, l'on ne peut plus obtenir — théoriquement — que la moitié de la réparation du préjudice causé par l'accident ; comme indemnité journalière, des demi-salaires ; comme rente, la moitié de la perte annuelle de la valeur-travail que subit l'accidenté qui reste atteint d'invalidité. C'est donc un forfait entre l'employeur et le salarié qu'établit la loi sur les accidents du travail ; ce n'est pas une libéralité accordée à la classe qui travaille.

C'est d'autant moins une libéralité accordée aux travailleurs que depuis la promulgation de cette loi, un grand nombre de patrons — pour ne pas dire presque tous — ont trouvé le moyen, par des retenues plus ou moins avérées, de faire supporter à leur personnel les charges que la loi met au compte du patronat.

Ce forfait, les travailleurs s'en seraient contentés — en attendant mieux — si la gent patronale et assureuse coalisée s'était — par exception — montrée honnête dans l'exécution des conventions forfaitaires que renferme la loi.

Mais, dès le 1er juillet 1899, date de l'entrée en vigueur de la loi de 1898, les exploiteurs de souffrance ouvrière ont commencé à mettre en œuvre tout ce que l'esprit de chicane et de mauvaise foi peut suggérer à des débiteurs qui ne redoutent rien tant que de payer la moindre de leurs dettes.

La magistrature et ses auxiliaires de toutes catégories — gens que sait si bien qualifier M. Barthou, qui doit s'y connaître — ont apporté aux riches compagnies d'assurances, syndicats de garantie, et autres entreprises patronales et financières, tout l'appui qu'ils étaient en droit d'attendre, en raison de leur puissance. Toutes ces entreprises avaient escompté pour établir le montant de leurs primes, en plus du concours bienveillant des dispensateurs de la justice, l'ignorance de la masse des travailleurs, sa misère et ses défauts à l'occasion.

Quand un malheureux, ne connaissant rien de ce qu'il pourrait invoquer à l'appui de son droit,

(1) Extrait de la *Vie Ouvrière*, revue bi-mensuelle, n° du 20 mai 1910, Paris, 42, rue Dauphine.

vient de passer quelques semaines, parfois des mois, privé du salaire quotidien qui fait vivre, tant bien que mal, la nichée, quelle proie facile pour celui qu'il considère comme son sauveur ! Pour peu que ce sauveur ait offert, comme un bon camarade, un quelconque apéritif et que le blessé soit sensible sur ce point, on lui propose le quart ou le dixième de ce qui lui revient et le voilà convaincu qu'on s'est montré très généreux envers lui.

Que d'affaires ont été réglées dans de pareilles conditions !

Pourtant, grâce à la vulgarisation des dispositions de la loi, due aux organisations syndicales ouvrières— 100.000 exemplaires du Manuel de l'Union des Syndicats de la Seine, répandus ; conférences nombreuses dans les centres ouvriers ; articles dans les journaux favorables aux travailleurs — les victimes ou leurs ayants droit se laissaient voler avec moins de complaisance. Ils s'habituaient de plus en plus à préférer aux valets des compagnies, parés du titre de médecins, des chirurgiens capables et probes, libres de toute attache avec les coffres-forts des assureurs. Ces derniers s'aperçurent alors qu'ils avaient mal calculé.

Tout en ne donnant — à beaucoup près — qu'une partie de ce qu'ils devaient aux victimes, les spéculateurs des compagnies et syndicats de garantie patronaux constatèrent avec effroi que leurs débours majoraient leurs recettes.

Ne volant plus tout ce qu'ils avaient escompté, ils en conclurent qu'ils « perdaient de l'argent ».

Ils pleurèrent dans le gilet des trafiqueurs de la plume, et les grands journaux, avec le désintéressement que tout le monde leur connaît, firent la campagne qui dénonça les simulateurs et leurs médecins « marrons ». On tenta d'apitoyer le public et les pouvoirs publics sur la détresse des pauvres assureurs. Cela ne paraissant pas suffisant, on mit en mouvement les organismes patronaux dénommés *Chambres de commerce* qui, sur un mot d'ordre, respecté, décidèrent comme un seul homme — de paille — qu'il n'était pas juste d'indemniser les travailleurs atteints d'infirmités évaluées à moins de 5 à 6 p. 100 de la valeur-travail. Des audacieux poussèrent à la limite 10 p. 100, n'osant aller — pour le moment — à l'incapacité permanente absolue.

Ce mot d'ordre, franchissant les murs des salles de délibérations patronales et capitalistes, se répandit vite dans les prétoires de justice.

Et alors que la sacro-sainte jurisprudence, tant vénérée de la magistrature, fixée depuis près de *dix ans*, admettait la réparation forfaitaire, voulue par la loi, de toute diminution de valeur ouvrière, si minime fût-elle, on vit, du Nord au Midi, les tribunaux décider que les invalidités indiquées par les *Chambres de commerce*, sur l'ordre des sangsues de l'assurance, ne devaient plus être indemnisées. Des experts intègres (?) — dignes frères des liquidateurs et autres requins de la procédure — ces experts aidant, les incapacités dépassant le taux indigne de rémunération sont traitées comme elles le méritent. Et naturellement, nos honnêtes experts reçoivent de caisses mieux garnies que les poches ouvrières, la rétribution de leurs consciencieux travaux.

Entre temps, on fait condamner par des juges serviles les médecins qui n'ont pas voulu porter le collier doré des assureurs. Ce procédé est infaillible pour assurer aux blessés le droit imprescriptible que leur confère la loi de se faire soigner par un médecin libre. Personne ne doutera de cette assertion ? Et voilà comment cette bienfaisante loi de *protection ouvrière* ressemble à un vol, merveilleusement organisé, grâce aux combinaisons d'une vaste association de malfaiteurs opérant sous l'œil indifférent, sinon bienveillant, des législateurs qui l'ont faite, et qui s'en glorifient.

Mais les travailleurs syndiqués commencent à s'émouvoir. *L'Union des Syndicats de la Seine* vient de réunir des délégués de toutes les organisations du département. Elle a chargé son *Conseil judiciaire* de se transformer en comité d'action et d'étudier les moyens à mettre en œuvre pour faire entendre aux voleurs, le plus efficacement possible, qu'ils doivent cesser leurs exactions.

Dans plusieurs centres industriels importants, les syndicats ouvriers ont suivi le mouvement provoqué par l'*Union* de la Seine. *La Confédération générale du Travail* entre en danse également.

On verra si la farce dont les victimes du capitalisme font tous les frais va continuer.

E. QUILLENT.

N. D. L. R. — N'oublions pas que M. Quillent, représentant des syndicats ouvriers à la commission du tarif Dubief, a puissamment aidé les médecins à défendre dans cette commission, le Tarif à la visite qui est la garantie des bons soins donnés aux blessés du travail.

A propos des médecins experts pour accidents du travail.

A Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,

Monsieur le Directeur et cher confrère,

Permettez-moi de relever dans votre article du 5 juin 1910 du *Concours Médical* quelques inexactitudes qui me paraissent de nature à égarer l'opinion publique.

1° Vous dites : « Dans beaucoup de cas, c'est un médecin d'une assurance voisine que les compagnies font nommer comme expert ».

Or, il y a incompatibilité entre les fonctions de médecin des Compagnies d'assurances et celles d'expert ; aucun expert médecin ou chirurgien n'est actuellement médecin d'une Compagnie d'assurance.

2° « Certains chirurgiens des hôpitaux font examiner les blessés par leurs élèves et se contentent de signer le rapport ».

Cette affirmation est purement gratuite, j'affir-

me qu'aucun expert chirurgien ne procède ainsi et je mets au défi que l'on cite un nom.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr H. CHAPUT,
Chirurgien de Lariboisière,
Expert au Tribunal,
21, avenue d'Eylau.

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien publier cette lettre dans votre estimable journal.

Réponse.

Très honoré confrère,

Veuillez nous permettre, tout d'abord, de vous démontrer l'erreur absolue qui s'est glissée sous votre plume, lorsque vous écrivez qu'il y a « incomptabilité entre les fonctions de médecin des Compagnies d'assurances et celles d'expert ».

Nous sommes au regret d'avoir l'obligation d'apprendre à un expert un article de la loi en vertu de laquelle il fait des expertises. Il s'agit du dernier paragraphe de l'article 17 de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, modifiée par les lois des 22 mars 1902 et 31 mars 1905. Il y est dit : « Toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée, soit par le juge de paix, soit par le Tribunal ou par la Cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la Société d'assurances à laquelle le chef d'entreprise est affilié ».

Ce texte de loi ne nous donne-t-il pas raison ; empêche-t-il, comme vous voudriez le laisser accroire, qu'un médecin de la compagnie la X, rue de Rome, ne puisse pas être *désigné comme* expert pour examiner un blessé, dont le patron est assuré à la Z, rue de Paris ?

Il existe, il est vrai, une circulaire de M. Ditte, parue dans le *Petit Parisien* du 24 janvier 1903, ainsi conçue :

N° 69 bis
TRIBUNAL
de
Première Instance
—
CABINET
du Président

Monsieur le Docteur,

Je suis informé que quelques-uns des médecins experts du Tribunal de la Seine seraient habituellement employés par des Compagnies d'assurances contre les accidents.

Je suis d'accord avec Monsieur le Premier Président de la Cour d'appel et avec Monsieur le Procureur Général pour considérer que cette situation ne peut se concilier avec leurs fonctions d'expert et je prie ceux d'entre vous qui seraient investis de la double qualité de me faire connaître celle qu'ils désirent conserver.

Recevez, je vous prie, Monsieur le docteur, l'assurance de ma distinction la plus distinguée.

Le Président.

Mais chacun sait le peu de cas que l'on fait parfois des circulaires officielles. Pour celle-ci, en particulier, nous rappellerons seulement que M. le Prof. Brissaud, médecin en chef d'une grande Compagnie de Chemins de fer, qui s'assure elle-même, était très souvent désigné, comme expert, par les magistrats placés sous l'autorité de M. Ditte. Or nous savons par des documents indiscutables, que les grandes Cies de Chemins de fer sont solidaires des Cies d'assurances dans leur lutte contre l'indépendance médicale et contre l'application régulière de la Loi sur les accidents, et la circulaire de M. Ditte ne vise que les médecins employés par les Cies d'assurances, comme si ceux employés par les Cies de Chemins de fer ne se trouvaient pas dans la même dépendance au point de vue de l'application de la Loi de 1898.

Nous donnons le nom de M. Brissaud, parce que, malheureusement pour la science française, cet éminent médecin n'est plus, et que par là, nous voulons prouver que nous évitons de faire la guerre aux personnes, ne voulant la faire qu'aux abus. Mais nous tenons à votre disposition des rapports d'experts qui établissent que certains médecins des hôpitaux ou de grandes Compagnies sont venus, aux expertises, représenter des Compagnies d'assurances dont ils sont les médecins ; de même nous pourrons montrer des jugements désignant comme experts, dans d'autres affaires, ces mêmes médecins de Compagnies.

Votre deuxième observation est aussi peu fondée. Vous nous dites : « Il est inexact que les chirurgiens des hôpitaux fassent examiner les blessés par leurs élèves et *se contentent de signer* les rapports ».

Il est réellement fort regrettable, pour un de vos collègues, que vous nous mettiez au défi de prouver la véracité de nos affirmations.

En effet, il y a quelque *temps, un éminent* expert (si pour être expert éminent, il suffit d'être professeur de médecine légale dans une Faculté et d'être très souvent désigné comme expert par le Tribunal), fut pris en flagrant délit... d'erreur colossale : dans un rapport signé de lui, il avait confondu une fracture malléolaire avec une lésion qui fut reconnue être une fracture au tiers inférieur de la jambe par cinq médecins, membres de l'Académie de médecine. Pour excuser et sauver la face de cet éminent expert, ses collègues ne trouvèrent qu'une seule chose à dire, c'est que l'un de ses jeunes élèves, chargé d'examiner le blessé et de rédiger le rapport, était l'auteur de cette erreur de diagnostic.

Aujourd'hui, cet éminent expert pourrait répéter la fameuse prière : « Mon Dieu, protégez-moi de mes amis ».

Nous avons, du reste, pour appuyer cette affirmation de l'examen des blessés pratiqué par des élèves, le témoignage de nombreux médecins qui assistaient les blessés dans les expertises faites à l'hôpital.

Au reste, Messieurs les experts n'auraient pas besoin de se défendre aujourd'hui contre de pareilles allégations, si, au lieu de faire leurs expertises à l'hôpital, ils pratiquaient l'examen des

blessés soit à leur domicile, soit dans une salle du Palais de Justice.

Pourquoi faire aux frais du budget de l'Assistance publique, et dans ses locaux, avec son personnel, des expertises civiles, qui doivent être faites aux frais du budget de l'assistance judiciaire ?

Nous espérons bien qu'il se trouvera un Conseiller Général pour interpeller, à ce sujet, M. le Directeur de l'Assistance publique, à Paris.

C'est, nous dira-t-on, pour faire l'instruction des étudiants, futurs médecins, qui auront à faire bientôt des expertises en matière d'accident du travail.

De quel droit emploie-t-on à cet enseignement des employés ou des ouvriers qui se sont fait soigner à leur domicile et par leur médecin ? Ces gens-là ne doivent avoir aucun rapport avec l'Assistance publique, puisqu'ils ne lui ont rien demandé. Pourquoi leur montrer le chemin de l'hôpital ?

Au reste, il y a bien assez de blessés du travail envoyés par les Compagnies d'assurances dans les hôpitaux (au grand détriment des médecins de quartier). Ces malades, qui reçoivent asile de l'Assistance, et qui ne peuvent éviter de servir de mannequins pour l'enseignement des externes et internes de ladite Assistance ne suffisent-ils pas à fournir matière à l'enseignement de MM. les médecins des hôpitaux ?

Ces expertises sont rarement faites à l'hôpital, nous affirmez-vous ?

Nous reproduisons la convocation que vous-même, Monsieur Chaput, avez envoyée à un blessé.

Convocation pour expertise médicale.

« Monsieur le docteur Chaput, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, expert près le Tribunal civil de la Seine, vous prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués et vous informe qu'il recevra M. Béchut, *salle Nélaton, Hôpital Lariboisière*, le 25 octobre à 4 h. 1/2. »

Vous avez si peu et si rarement l'habitude de convoquer, vous-même, vos blessés à expertiser à l'hôpital, que cette convocation que nous reproduisons est imprimée.

Permettez-nous, très honoré confrère, de vous poser une question : si vous aviez à expertiser un millionnaire, lui enverriez-vous votre convocation imprimée pour le faire venir à l'hôpital ? Ne préféreriez-vous pas plutôt le convoquer à votre domicile pour lui apprendre le chemin de votre somptueux cabinet ?

Si vous désiriez de plus amples justifications sur ce que nous avançons, nous pourrons vous ouvrir les dossiers dans lesquels nous consignons les autographes, les pièces officielles et photographies de documents qui éclairent, sous un jour très spécial, l'histoire des expertises médicales en matière d'accidents du travail. Croyez bien que nous ne nous hasarderions jamais à porter une accusation quelconque, sans avoir la possibilité d'appuyer nos dires avec des documents authentiques et irréfutables.

Veuillez croire, très honoré confrère, à l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Dr Divernerese, Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Les retraites de la vieillesse médicale.

Deux lettres.

La première du Dr Guihal, président de la Société locale de la Loire-Inférieure :

J'applaudis de tout cœur à vos efforts pour rendre accessibles à tous les retraites médicales et je vous assure que nous étudierons, avec le vif désir de les voir aboutir, les projets que le Conseil général élabore en ce moment. Mais je dois vous dire cependant que l'idée de la retraite ouvrière appliquée au Corps médical ne me paraît guère admissible ni pratique.

Que représentent 360 fr. par an pour les confrères qui n'en ont pas besoin, alors que ces 360 fr. sont manifestement insuffisants pour ceux auxquels une retraite sera indispensable.

A voir comment le prolétariat ouvrier a accueilli cette pension de retraite, à voir tout au moins comment elle a été dédaignée et méprisée par ceux qui prétendent le diriger, pouvez-vous espérer qu'elle sera favorablement accueillie dans le monde médical ? Pouvez-vous espérer surtout que cette retraite empêchera nos confrères qui en seront bénéficiaires et qui n'auront pas d'autres ressources d'être obligés de tendre la main ?

Et encore, pour arriver à un pareil résultat, serez-vous forcés naturellement d'élever d'une façon notable la cotisation de l'A. G. Peut-on, dès lors, ne pas songer que l'A. G., pour douze francs par an, donne à tous les médecins qui en ont besoin et à leurs compagnes associées une pension de 800 francs qui atteindra certainement le chiffre de 1.000 fr. si de nouvelles et lourdes charges ne viennent pas compliquer et amoindrir sa situation financière. Ce n'est pas la fortune, c'est entendu, mais à côté des 360 fr. de la retraite ouvrière, c'est un pis-aller très enviable.

Cette retraite n'est refusée, à ma connaissance, à aucun des confrères qui en ont *réellement* besoin et quel que soit l'âge où ils se voient forcés de renoncer à l'exercice de leur profession. Ces confrères malheureux sont-ils obligés de demander eux-mêmes cette pension de retraite ? Vous savez comme moi, mon cher confrère, avec quelle discrétion, avec quel soin de ménager les susceptibilités et la dignité de nos associés les bureaux de nos Sociétés traitent ces questions : le plus souvent c'est un ami intime du confrère ou de la veuve qui sert d'intermédiaire et qui nous renseigne. Mais, alors même que l'intéressé nous adresse une demande écrite, ne le fait-il pas en vertu d'un droit statutaire qu'il a acquis par le versement régulier d'une cotisation, si minime soit-elle. Ce n'est pas une aumône qu'il réclame, c'est un droit qu'il exerce au nom de la solidarité et de par les statuts de l'A. G. librement consentis et acceptés par tous.

Il serait évidemment souhaitable qu'une retraite de 800 fr. ou de 1.000 fr. pût être accordée à tous les membres de l'A. G. — la façon prudente dont vous parlez des chiffres montre bien que vous vous rendez compte de l'impossibilité de réaliser des combinaisons aussi fantaisistes : les cinq millions de capital de l'A. G. ne sont pas aussi liquides qu'on a l'air de le croire dans la Drôme et dans l'Ardèche. Quant aux ressources des Sociétés locales, elles ne sont pas inépuisables : On a dit avec raison qu'elles ne doivent pas thésauriser... je suis convaincu que le plus grand nombre d'entre elles a suivi le con-

seil ; en ce qui nous concerne, je puis vous dire que, dans la Loire-Inférieure, sans les subventions que nous accorde l'A. G. nous aurions été obligés de réduire singulièrement, cette année, les allocations que nous sommes heureux de verser à neuf veuves de nos confrères.

La seconde de notre Directeur, le Dr Jeanne qui, absent, tient cependant à donner son opinion :

Qu'il soit possible de créer la caisse des retraites à 360 francs, cela n'est pas douteux : mais il s'agit d'en abaisser les primes au minimum en profitant de trois appoints : bonification de l'intérêt à 4,5 %, subvention de l'Etat, contribution de la Société locale et de l'A G par les ressources qu'elles y peuvent légalement consacrer — et alors comment faire ?

Je crois qu'il convient de procéder ainsi que le fit l'Association du Rhône quand elle constitua sa caisse-maladie.

Chaque Société locale dirait à ses membres : « Voulez-vous constituer, à côté de notre Société, « une caisse de retraites de droit, formée de mem- « bres pris parmi nous et régie par des statuts abso- « lument conformes à ceux que prévoit la loi de « 1898 ?

« Les primes à payer pour *avoir droit* à une pen- « sion de 360 francs à l'âge de 60 ans et après quinze « ans de participation seront, suivant l'âge de chaque « membre, celles du tableau ci-dessous :

à 25 ans.....	46 fr. 50
à 30 ans.....	61 fr. 50
à 35 ans.....	82 fr. 50 etc.

« Mais la subvention de l'Etat et la bonification « à 4.5 abaisseront ces primes de *x* %.

« Et d'autre part, la Société locale, *agissant* « comme membre honoraire et apportant chaque « année une contribution minima de.... les pri- « mes seront encore réduites d'un *x* % proportion- « nel à l'importance de cette contribution. »

C'est la première opération à prévoir.

Plaçons-nous maintenant dans quelques mois : Un certain nombre de Sociétés locales ont constitué ces caisses de droit, celles-ci se groupent en une *Union de Sociétés de Secours mutuels* de forme absolument légale, ayant ses statuts réglementaires.

Ce nouveau rouage va entrer en rapport avec l'A. G. réclamer son concours pour obtenir que, à très bref délai, chaque Société agrégée ait constitué sa caisse spéciale et rattaché celle-ci à l'Union. En deux ou trois ans, les cadres de l'organisation doivent être prêts. Celle-ci, marchant sur les statuts types de la loi, se donnera tous les buts prévus par cette loi et aura commencé par la branche *Retraites de droit*, en attendant les autres. Elle aura poursuivi l'admission générale des femmes de médecins avec mêmes droits que leurs maris. Bref, elle se préparera à assumer dans l'avenir toute la tâche de mutualité des sociétés locales et de l'A G: Au bout de quinze ans, elle sera en mesure de la remplir en ce qui concerne *la retraite de droit* de 360 fr. à 60 ans.

Pendant ce temps, les Sociétés locales et l'A G., procédant par extinction, seront venues à bout de leurs engagements pris par la *Caisse actuelle des retraite* et la *Caisse des veuves*.

Alors aux Sociétés de Secours mutuels nouvelles et à leur Union de forme bien légale elles passeraient, sous le contrôle du gouvernement, toutes leurs ressources de mutualité pure : droits sur le fonds commun, fonds disponibles des caisses actuelles, etc...,

Et Sociétés locales et A. G. resteraient alors tout entières sur le domaine de la bienfaisance, exécutrices des dispositions prévues par les dons, legs, etc..., dont elles conserveraient la gestion sous un régime de liberté à rechercher ailleurs que dans la loi mutuelle de 1898 et plus conforme aux vœux de la confraternité...

Après toutes les conversations entendues, les projets esquissés un peu en l'air, je n'arrive à préciser mes propres vues qu'en formulant une proposition dont la portée est grande et heurtera peut-être beaucoup les amoureux de la tradition. Ne vaut-il pas mieux pourtant préparer dès aujourd'hui, pour 1925 ou 1930, la cessation du régime hybride qui empêchera toujours l'A. G. d'adapter son rôle aux besoins toujours changeants de la profession ? — En toute sincérité j'en suis convaincu et c'est pourquoi l'occasion qui s'en offre me paraît devoir être saisie courageusement.

Voilà bien les deux tendances réformatrice et conservatrice qui vont se trouver aux prises prochainement au sein de l'A. G.

Faut-il persister dans les vieux errements et se congratuler *in æternum* des 85 pensions mises à la disposition des 2 000 médecins de France ? Faut-il marcher avec son temps, adapter les organisations aux besoins actuels et mettre à la portée des confrères *qui la réclament cette modeste* pension de 360 francs moins dédaignée que ne le croit le président Guihal ?

A. Gassot.

CHRONIQUE SYNDICALE

Un exemple syndical à suivre

Le Syndicat des Médecins de Loir-et-Cher vient de faire paraître le premier numéro d'un Bulletin officiel qui constituera son organe mensuel. Cette publication sera servie gratuitement à tous les médecins du département et sera une tribune largement ouverte où chacun pourra exprimer ses idées, ses aspirations au point de vue de la vie professionnelle du département. Voici en quels termes le Bureau du Syndicat présente ce Bulletin aux confrères :

Notre Bulletin

Ce petit bulletin vous arrivera le plus souvent possible, suivant l'état de notre caisse. Il viendra vous tenir au courant de l'action corporative. Il vous dira nos efforts et nos aspirations et, pour quelques rares fois qu'il vous donnera la direction à suivre, il vous demandera plus souvent encore vos conseils et votre avis sur les questions qui nous intéressent tous au même degré.

Il en est beaucoup parmi nous qui n'assistent pas pas aux réunions du Syndicat. C'est très regrettable. Mais nous ne voulons pas leur adresser ici de reproches inutiles et parfaitement inefficaces. Partisans absolus de la liberté, nous prétendons les attirer vers nous par la confiance et leur donner le goût des courtoises et cordiales discussions d'idées, où chacun peut apporter le fruit de son observation, de son expérience et de ses méditations.

A ceux que l'indifférence, l'apathie ou l'impossibilité matérielle empêcheront de venir prendre contact avec les confrères et causer des affaires communes, le petit bulletin apportera le récit de nos luttes pour le mieux-être de la corporation médicale.

Peu respectueuse des lieux communs et des préjugés, notre petite feuille ira frapper à toutes les portes, et quand elle en trouvera de fermées, elle entrera résolument par les fenêtres ; et fermement, avec une obstination patiente et jamais découragée, elle prêchera l'union, qui seule fait la force. Rien ne la rebutera tant qu'elle n'aura pas amené tous les confrères à comprendre la nécessité de l'entente dans la bienveillance et la cordialité mutuelles ; et nous sommes persuadés, si grande est notre foi dans le syndicalisme médical, que le jour n'est pas éloigné où la fièvre de l'action et de la défense professionnelle aura gagné l'unanimité des médecins.

Donc le *Bulletin*, régulièrement et périodiquement s'en ira par tout le département chez les syndiqués et chez les très rares qui ne le sont pas encore. Pour les uns, il sera l'ami attendu et joyeusement accueilli ; pour les autres, il sera peut-être le messager de paix que l'on reçoit d'abord avec méfiance et qui finit cependant par faire tomber les hésitations en dissipant les malentendus qui seuls avaient pu retarder l'adhésion.

Car il ne peut entrer dans notre esprit de diviser les médecins en deux camps : d'un côté ceux qui s'intéressent aux choses professionnelles et pour qui le mot de *confrère* n'est pas un hypocrite cliché, et de l'autre les individualistes, les égoïstes que rien n'émeut qui ne les touche personnellement. Telle n'est pas notre conception, et nous aimons trop notre profession et, naturellement, tous ceux qui la représentent dignement, pour ne pas mettre l'abstention de quelques-uns sur le compte de l'erreur ou de la prévention.

Pénétrés de cette certitude que les causes justes finissent toujours par triompher, nous irons à tous, la main largement ouverte, dédaigneux des mesquineries et des petites rivalités, indulgents aux égarés, sévères aux indignes, à tous donnant sans compter notre aide confraternelle.

Nous ne pouvons que nous associer aux paroles énergiques des deux secrétaires du Syndicat du Loir et Cher, les dévoués Boëlle et Campinchi. Nous leur souhaitons succès et réussite.

Mais nous disons également aux autres syndicats : pourquoi ne pas en faire autant ? Pourquoi ne pas avoir un organe allant trouver chez eux les tièdes, les indifférents qui n'assistent pas à vos réunions ; pouvant aussi faire l'éducation syndicaliste de tous ceux qui restent encore dans leur tour d'ivoire ?

Cet organe départemental vous apprendrait encore à vous occuper des intérêts professionnels immédiats, de ceux qui vous touchent de près, c'est-à-dire les questions d'assistance médicale, de vaccinations, d'hôpitaux, etc. qui sont à débattre avec un maire, un préfet ou un conseil général. Chaque médecin serait à même d'exposer ses idées, puis, la solution votée par le syndicat, chacun pourrait faire pression auprès de ses élus communaux ou cantonaux pour faire aboutir les décisions syndicales.

L'argent, me direz-vous, manquera pour faire cela. Hélas ! voilà la seule objection réelle. Les cotisations syndicales sont trop faibles pour que les groupements médicaux professionnels puissent faire de bonne besogne. C'est dans cet ordre d'idées que, personnellement, je pousse les syndicats à mettre leur cotisation annuelle à 30 frs : 20 frs seraient affectés à l'adhésion de chaque membre au « Sou médical » ; chaque syndiqué serait ainsi protégé d'une manière efficace contre les procès et contre la responsabilité professionnelle ; par suite, le syndicat n'aurait plus besoin d'économiser sou par sou pour avoir un fonds de réserve, puisque le « Sou » serait son trésor de guerre. Puis deux francs seraient affectés à l'Union des syndicats. Le reste de la cotisation serait destiné aux besoins du syndicat ; celui-ci, pourrait aussi, *ad libitum*, participer aux frais du banquet annuel, dans la mesure de ses ressources.

Mais, me direz-vous encore, les hommes manqueront pour rédiger cet organe du syndicat départemental. Je suis encore de votre avis : les dévoués qui s'appellent Boëlle et Campinchi sont trop rares, hélas ! Néanmoins, en cherchant bien, vous pourrez découvrir l'apôtre, le zélé, le convaincu. D'ailleurs l'exemple vous est donné ; syndicats médicaux, imitez nos confrères de Loir-et-Cher.

Dr Paul Boudin.

Souscription ouverte par l'*Union des Syndicats Médicaux* pour venir en aide au Syndicat des Médecins de Valence dans le procès d'intérêt général soutenu devant la Cour de Lyon.

Union des Syndicats Médicaux de France.	200 fr.
Fédération des Syndicats Médicaux du Sud-Est	100 »
Sou Médical	100 »
Syndicat de la Vendée	50 »
Syndicat de l'Arrondissement de Versailles	50 »
Syndicat des médecins de la Seine	50 »
Syndicat de l'Arrondissement de Gien	25 »
Syndicat de la vallée du Rhône	100 »
Syndicat de l'Arrondissement de Bernay	10 »
Syndicat du Rhône	50 »
Syndicat de la Dordogne	10 »
Syndicat d'Oran	25 »
Syndicat des Deux-Sèvres	50 »
Syndicat de Reims	20 »
Syndicat de Pont-l'Evêque	30 »
Syndicat d'Aix-en-Provence	25 »
Association Syndicale du Havre	50 »
Syndicat de la Rochelle	20 »
Syndicat de la Creuse	50 »
Syndicat de Tarn-et-Garonne	10 »
« *Le Médecin-Pharmacien* »	20 »
Syndicat de la Vallée de la Meuse	25 »
Syndicat de Cognac	25 »
Syndicat de la Banlieue-Est de Paris	25 »
Syndicat d'Arles	20 »
Syndicat de Lisieux	25 »
Syndicat de la Nièvre	50 »
Syndicat de Pont-Audemer	20 »
Syndicat de la Région de Bourg	10 »

Syndicat de la Loire-Inférieure	50 »
Syndicat de Tourcoing	20 »
Syndicat de la Lozère	10 »
Syndicat d'Ile-et-Vilaine	20 »
Syndicat de la Région louhannaise	20 »

Souscriptions adressées directement au Syndicat de Valence.

Syndicat de Cette	10 »
Syndicat de la Mayenne	20 »
Syndicat de Marseille	50 »
Syndicat suburbain de la Gironde	25 »
Syndicat de Rochefort	10 »
Syndicat de Cambrai	20 »
Syndicat de Dunkerque	20 »
Syndicat de Calais	20 »
Syndicat de Carcassonne	20 »
Syndicat de la Basse-Isère	100 »
Syndicat médical de Carcasonne	20 »
Syndicat médical de Narbonne	25 »
Syndicat médical du canton d'Hyères	50 »
Syndicat médical de l'arrondissement de Montargis	20 »
Syndicat méd. des arrondis. de Bonneville, Saint-Julien, et Thonon-les-Bains	20 »
Syndicat des médecins d'Arras et de la région	25 »
Syndicat médical de Paris	50 »
Syndicat médical de Valenciennes et de l'arrondissement	20 »
Section lyonnaise du Syndicat National de médecine sociale	10 »
Syndicat des médecins de l'arrondissement de Dijon	50 »
Syndicat des médecins de la Sar he.	50 »
Syndicat de Roubaix	20 »
Syndicat de Lille	50 »
Syndicat d'Angoulême	30 »
Total au 11 Juin	2100 fr.

CORRESPONDANCE

Encore le concours de l'Agrégation.

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Vous allez annoncer la nomination (comme agrégé d'ophtalmologie à la Faculté de Paris) du Dr X... qui vient de terminer un concours sans concurrents.

J'ai pris part aux épreuves, je les ai abandonnées et sans vous demander aucune insertion, ni commentaire, dont vous restez seul juge, je tiens à vous faire connaître comment s'est passé ce concours ; « c'est belle chose être en tout bien informé », comme disait Rabelais.

Je passe sur la première épreuve, elle est théorique, sans importance réelle. Quand il s'est agi de *l'épreuve des titres*, la seule qui puisse avoir une véritable valeur, si elle est jugée en toute indépendance et sincérité, j'ai été placé *ex-æquo* avec mon concurrent.

J'ai immédiatement protesté par la lettre suivante au Président du Jury : « Ma cote scientifique et la valeur globale de mes travaux sont, de l'avis de tous les hommes compétents en la matière, indiscutablement supérieures à celles du Dr X .. Puisque le jury ne veut pas constater cette supériorité, fût-ce par un seul demi-point de plus, ce qui m'eût sastisfait, je me retire du concours. »

J'ajouterai aujourd'hui : donner la même note sur les titres, c'est annuler l'épreuve des titres ; il est impossible d'admettre l'égalité en pareille matière ; la qualité l'emporte sur la quantité, et c'est sur la qualité que jugent les hommes véritablement sincères, compétents et libres.

Accepter l'*ex-æquo*, c'était me diminuer ; je l'ai senti dans ma conscience, dans les félicitations de tous les ophtalmologistes qui s'intéressaient à la lutte.

Quant à l'influence maladroite et désastreuse pour d'autres que pour moi, qui a fait placer sur le même rang les titres des deux candidats, elle est vraisemblablement le fait du juge qui, au concours des hôpitaux, en 1903, où il siégeait également, voulait établir, toujours sur la question des titres et toujours entre les deux mêmes hommes, l'*ex æquo* contre lequel je proteste aujourd'hui. Il dut céder à la menace que lui fit un autre juge de haute valeur *scientifique et de* caractère ferme et droit, d'examiner d'un peu près la valeur des travaux de mon concurrent, et une note supérieure me fut attribuée.

Il y a donc encore, malgré quelques réformes heureuses, des concours qui sont affaire de coterie et de favoritisme. Je crois que la coterie actuellement en question vient de se porter à elle-même un coup terrible. On verra bien.

Autre particularité intéressante de ce concours. Le Pr Badal, de Bordeaux, qui avait accepté de faire partie du jury et que son âge eût placé à la présidence, a été inopinément remplacé par M. de Lapersonne, 48 heures avant le début des épreuves.

Voilà, Monsieur le Directeur, les faits que je voulais porter à votre connaissance. Vous jugerez vous-même si vous devez en faire part à vos lecteurs.

Dr ROCHON-DUVIGNEAUD,
Ophtalmologiste de l'Hôpital Laënnec.

REPORTAGE MÉDICAL

L'inauguration à Châtel-Guyon du Pavillon des bains de boues végéto-minérales a eu lieu le 15 juin dernier. Il contient, en dehors de la petite usine de préparation, 16 cabines de bains, 12 généraux et 4 locaux, dont chacune présente, à côté de la baignoire en bois cerclé de cuivre destinée aux bains de boues proprement dits, un double dispositif pour bain minéral et pour douches variées qui suivent et complètent le bain de boues.

C'est une puissante modalité thérapeutique, la première de cet ordre créée en France, que Châtel-Guyon vient d'ajouter à son armement thermal.

Elle sera d'un précieux secours pour nombre des complications ou des affections secondaires que présentent les neuro-arthritiques et les gastro-intestinaux où se recrute sa principale clientèle.

Accidents du travail. — Le Tribunal civil de la Seine a jugé que des cicatrices assez étendues de la région occipitale, avec perte des follicules pileux nécessitant chez une femme employée de magasin le port d'une perruque, constituaient une incapacité partielle et permanente de 6 %.

La dépouille mortelle du Suédois. — Un curieux procès vient d'être intenté à l'Institut royal danois d'anatomie par un rentier de Stockholm nommé Albert Vystroem.

Il y a vingt ans, M. Vystroem s'est engagé par contrat à léguer son corps à l'Institut d'anatomie contre payement d'une certaine somme. Mais depuis, le pauvre hère qui avait vendu son cadavre est devenu un homme très riche, et aujourd'hui il voudrait résilier son traité.

Toutes les négociations engagées dans ce but ayant échoué, M. Vystroem s'est adressé à la justice.

Or, les magistrats danois ont déclaré que le traité est valable, qu'il subsiste légalement et qu'il n'y a pas moyen de l'annuler. Le tribunal a même condamné M. Vystroem à payer des dommages-intérêts à l'Institut pour avoir violé une clause du contrat en se faisant arracher deux dents sans lui avoir au préalable demandé l'autorisation.

(*Le Temps*)

La crise génitale chez le nouveau-né. — Les auteurs ont recherché les manifestations de la crise génitale chez 1.575 enfants nouveau-nés et en ont trouvé chez 532 d'entre eux. Il en existait chez 48 prématurés, mais le plus souvent, il s'agissait de gros enfants.

La poussée mammaire a été observée vers le 10e ou le 11e jour, rarement avant le 7e ; ils l'ont vue quelquefois chez des prématurés.

Ils ont, chez les garçons, trouvé l'hydrocèle 67 fois, soit 10.07 p. 100 des cas ; elle existait quelquefois chez des prématurés, mais surtout chez des enfants de plus de 4.000 gr.

Quant à la menstruation, ils ne l'ont trouvée que cinq fois ; il s'agissait d'enfant de 2.500 à 3.000 grammes, une fois d'une prématurée. Le plus souvent, l'écoulement apparaît du 6e au 8e jour.

(*Clinique infantile.*)

Exercice illégal. — Le Tribunal correctionnel de la Seine vient de condamner Madame M..., sage-femme, à 1.000 francs d'amende, pour exercice illégal de la médecine, et le Dr N.. à 500 francs d'amende pour lui avoir prêté son concours, contrairement aux dispositions de la loi du 30 décembre 1892 ; tous deux solidairement à 1.500 francs de dommages-intérêts envers le Syndicat des médecins de la Seine.

D'autre part, la Cour d'appel a confirmé par défaut un jugement condamnant M. Bow, représentant de commerce, à 4 mois d'emprisonnement et 500 francs d'amende, pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. (*Cour. méd.*).

23e Congrès français de chirurgie 3-8 octobre 1910. — Le 23e Congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 3 octobre 1910, sous la présidence de M. le docteur Henri Delagénière, correspondant national de l'Académie de Médecine, Chirurgien des Hospices du Mans.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

Rapporteurs : MM. Delore, de Lyon, Lenormant, de Paris.

2° Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum.

Rapporteurs : MM. Pauchet, d'Amiens ; Ricard, de Paris.

3° Résultats immédiats et éloignés des méthodes sanglantes de traitement des varices des membres inférieurs.

Rapporteurs : MM. Jeannel, de Toulouse ; Mauclaire, de Paris.

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. le docteur Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris (7e).

Des salles particulières seront mises à la disposition de MM. les Membres de l'Association pour l'exposition des documents divers, pièces anatomiques, photographies, radiographies, dessins, schémas, etc., relatifs à leurs communications ou à la discussion des questions mises à l'ordre du jour.

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale, d'objets de pansements, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de Médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

IIIe Congrès international d'hygiène scolaire. — « Le IIIe Congrès international d'hygiène scolaire « se réunira à Paris, du 2 au 7 août prochain, au « grand Palais des Champs-Elysées. Il sera accompagné d'une exposition internationale de tout ce « qui concerne l'hygiène de l'école et de l'écolier, « qui durera un mois. La séance d'ouverture, qui « aura lieu le mardi 2 août, dans le grand Amphi- « théâtre de la Sorbonne, sera présidée par M. le « ministre de l'Instruction publique. Tous les pays « civilisés y seront officiellement représentés.

« De nombreuses excursions sont organisées. « Toutes les Compagnies de chemins de fer accordent aux membres du Congrès une réduction de « 50 °/o.

« Les médecins, les professeurs, les instituteurs, « les pères de famille et en général tous ceux qui « s'intéressent à l'avenir des enfants, peuvent « adhérer au Congrès.

« Pour obtenir les renseignements complémen- « taires, s'adresser au Secrétariat général, 10, bon- « levard Magenta, Paris, 10. »

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs DUPUY, de Roquefort (Landes); ESPAGNAT, de Venerque (Haute-Garonne); LELIÈVRE, de Sées (Orne) ; WATHIER, de Lyons-la-Forêt (Eure) ; THOMAS, de Bandol (Var). RONDOT, de Membrey (Haute-Saône) et FARGEAS DE LAMOTHE, de Connerré (Sarthe), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 26 Dimanche 26 JUIN 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Réponse à M. le professeur Courmont. L'Action contre l'Agrégation est l'amorce de la Réforme de l'enseignement médical. La solution pratique de la question : Le rattachement des Ecoles de Médecine au ministère des affaires médicales. Le ministère de l'Intérieur..... 557
Clinique chirurgicale
Tuberculose ou ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus droit..... 559
La semaine médicale
Gravité des associations morbides. — Les formes frustes et larvées des méningites cérébro-spinales aiguës.— La méthode bi muthée de Beck dans le traitement des trajets fistuleux. — Calculs de l'uretère et appendicite..... 562
Revue des sociétés savantes.
Traitement abortif de la syphilis en 30 jours. — Prophylaxie de la paralysie infantile. — Rupture du cœur chez les vieillard .— La graphologie au point de vue judiciaire..... 564
Formulaire raisonné
L'antimoine..... 565
Thérapeutique
Le tempérament bilieux. — La cholémie simple familiale..... 567
Réforme de l'enseignement
A propos de l'Agrégation. Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes..... 569
Chronique de l'assistance médicale gratuite
Un nouvel exploit de M. Chéron — L'assistance médicale gratuite au conseil général du Calvados..... 569
Chronique des accidents du travail
Les commissions d'arbitrage..... 573
Etudes et Projets
L'inspection médicale des écoles primaires publiques et privées. — Rapport de M. Buisson à la Chambre des députés..... 574
Correspondance
Toujours à propos de l'Agrégation. L'affaire du Dr Le Fur..... 576
Reportage médical... 578

PROPOS DU JOUR

Réponse à M. le Pr Courmont

L'action contre l'Agrégation est l'amorce de la Réforme de l'Enseignement médical. La solution pratique de la question : le rattachement des Ecoles de médecine au ministère des affaires médicales : le ministère de l'Intérieur.

Après plusieurs mois de critiques répétées contre elle dans tous les grands organes de la presse française l'agrégation a trouvé deux défenseurs. L'un fut M. Marion, président... du Syndicat (pardon, il ne peut y avoir légalement de Syndicats de fonctionnaires), de l'Association, veux-je dire, des agrégés en médecine ; l'autre est M. le Pr Courmont, Président de l'Association des membres du Corps enseignant des Facultés de médecine de l'Etat. Ce titre est sans doute un peu long ; mais, comme il n'est pas destiné à être mis sur une carte de visite, je lui reconnais volontiers le mérite de bien montrer que M. le Pr Courmont, en pareille matière, exprime plus qu'une opinion personnelle et que sa défense de l'agrégation mérite d'être examinée avec soin.

Je ferai grâce à nos lecteurs de la lettre de M. Marion publiée par l'*Eclair* dont j'ai du reste dit récemment un mot ; la pauvreté des arguments y est telle qu'elle ne saurait supporter la critique.

Examinons donc seulement l'article publié dans le *Matin* du 17 juin par M. le Pr Courmont.

D'abord M. Courmont reçonnaît que l'intervention de la police à l'Ecole de médecine a été justifiée, qu'il n'y a plus de lieux saints, ayant droit d'asile. Je le lui concède, tout en faisant remarquer que le Doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le Pr Landouzy, n'a pas eu toujours le même souci du calme et du bon ordre qui devaient régner dans le Temple dont il a la garde et la police. Il est des professeurs, ses collègues qui, à diverses reprises et durant plusieurs années, ont fait connaissance avec les œufs pourris et les tomates, ces arguments déplorables que nous avons été les premiers à réprouver publiquement ; leur emploi était donc devenu coutumier à l'Ecole de

✦

médecine de Paris, bien en dehors de l'action pacifique et légale du Comité contre l'agrégation.

M. le Pr Courmont affirme qu'il veut enfin dire au public la vérité sur cette question de l'Agrégation.

« A lire les proclamations du comité d'action contre l'agrégation, écrit-il, on pourrait croire que ce comité représente une fraction importante du corps médical. En réalité, une demi-douzaine de protestataires ont fait tout ce bruit. L'immense majorité des praticiens se désintéressent totalement de l'agrégation. Ils désirent, avec raison, la réforme des études médicales (ne pas la confondre avec la suppression de l'agrégation), ils souhaitent trouver les moyens de vivre honorablement de leur profession (qui devient de plus en plus dure), ils ne tiennent pas du tout à remplacer quelques douzaines d'agrégés par plusieurs centaines de privat-docents, qui leur feraient une concurrence autrement redoutable.

On avait bien dit aux praticiens qu'ils seraient tous professeurs, tous chirurgiens à l'hôpital, qu'ils auraient tous des stagiaires, même à la campagne. Ils se sont bien vite aperçus que la création du privat-docentisme ne leur donnerait pas tout cela. Les praticiens ne sont pas contre les concours : voilà une première vérité.

Comment un homme de l'intelligence de M. le Pr Courmont peut-il rabaisser aussi lamentablement pareil débat ?

Si M. Courmont s'était tenu au courant des efforts tentés par l'Union des Syndicats médicaux de France depuis 1905 pour obtenir la réforme sérieuse et complète des Etudes médicales, il se rendrait compte d'une façon plus juste du mouvement actuel contre l'agrégation.

C'est le 11 avril 1906 qu'une première démarche fut faite par le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux auprès du ministre de l'Instruction publique (1) pour demander et obtenir la transformation de l'enseignement médical.

Depuis, trois Congrès des Praticiens successifs, représentant environ 10 à 12.000 praticiens, ont voté à l'unanimité la suppression de l'agrégation. Il est peut-être téméraire d'affirmer, après ces trois Congrès où les questions d'enseignement ont tenu à mon gré une place trop prépondérante, que « l'immense majorité des praticiens se désintéresse de l'agrégation ».

Au cours d'une campagne menée par le *Radical*, j'ai moi-même, dans un article du 18 mars 1910, dit toute ma pensée sur la question, et comme je suis un simple praticien en rapports quotidiens avec de simples praticiens, qui tout comme moi n'ont aucunement l'ambition de devenir agrégé, ni privat-docent, qui ne rêvent guère d'être sacrés tous professeurs, ni d'être tous chirurgiens à l'hôpital (ce qui cependant arrive au grand bénéfice des malades dans de nombreuses petites villes de province), qui ne veulent guère non plus de stagiaires, stagiaires qui les embarrasseraient plutôt dans leur clientèle, surtout à la campagne, je suis en droit de croire que la majorité de mes confrères partagent mon opinion.

Dans cet article du *Radical*, je n'envisageais la question que sous une de ses faces, la plus terre-à-terre, l'exercice de la médecine, et je montrais dans quelle ignorance on laissait les jeunes médecins de toutes les lois sociales qu'ils étaient chargés d'appliquer.

J'y prouvais comment par le manque de sens pratique, on déconsidérait auprès des praticiens les mesures de prophylaxie et d'hygiène, je donnais en passant un exemple publiquement cité par un hygiéniste distingué, membre de l'Académie de médecine, et je terminais par ces phrases que je citerai textuellement, car elles rassureront M. Courmont sur l'esprit qui règne au Comité d'action contre l'agrégation :

« A nous autres, praticiens, peu nous importe que ceux qui sont chargés de l'enseignement médical s'appellent agrégés, privat-docents ou professeurs suppléants ! Ce que nous voulons, ce que l'on nous avait promis, ce que l'on n'a pas tenu, c'est une réforme profonde, complète, sincère, pratique de l'enseignement médical, c'est l'adaptation des Facultés de médecine à l'exercice actuel de notre profession !

Or l'agrégation est une entrave, elle est la clef de voûte des monuments archaïques que sont nos Facultés !

C'est pour cela que nous marchons aujourd'hui contre l'agrégation ! »

M. Courmont envisage assez légèrement la question des concours et du favoritisme.

Les honteuses compromissions, les scandales inouïs qui ont marqué chacun de ces concours sont trop connus pour les rappeler ici. J'ai vécu à une époque où les candidats eux-mêmes empruntaient au langage des courses de pittoresques et justes expressions pour porter le pronostic des succès :

« Tel jury ! disaient-ils, mais c'est l'écurie B... qui arrive cette année. Enfoncée l'écurie C... ». B et C désignaient les deux grands maîtres dont la rivalité a, il y a quelque vingt ans, bouleversé nos écoles. Et depuis, le progrès aidant, les écuries... d'Augias se sont multipliées.

M. Courmont craint qu'à l'hôpital l'étudiant n'acquierre pas de connaissances générales et devienne un simple « manœuvre de la médecine ».

(1) Alors M. Aristide Briand.

En toute bonne foi, je demanderai à M. Courmont à quel cours de la Faculté (je parle ici de la Faculté de Paris, la seule que je connaisse bien mais qui donne des médecins au moins à la moitié de la France), à quel cours de la Faculté on donne à l'étudiant ces connaissances générales, ces idées philosophiques larges qui doivent le rehausser. Mais si, comme bien d'autres, j'en ai acquis quelques-unes de ces connaissances qui donnent l'esprit critique et développent la faculté de penser, c'est par mes lectures, c'est par la discussion avec des amis lettrés, c'est en suivant les cours d'autres Facultés que la Faculté de médecine et ce goût des connaissances générales, ce n'est pas encore à l'école de médecine que je l'ai acquis, c'est au lycée même où j'ai eu l'avantage d'avoir des professeurs de haute valeur, tels que M. Bergson, pour n'en citer qu'un.

M. Courmont prétend que nos maîtres sont, eux aussi, partisans de réformes profondes.

M. le Pr Pinard a affirmé que depuis un quart de siècle les Facultés de médecine ne cessaient de les demander.

Il faut avouer qu'elles ont mis tant de mesure, tant de modération dans leurs réclamations qu'à pareil train, elles auraient pu encore attendre quelques siècles avant d'obtenir le plus petit progrès.

Après quelques cinq années de patience, entrecoupées de temps à autres de protestations nettement affirmées, les praticiens ont par le dernier concours d'agrégation posé nettement la question.

Elle est posée devant l'opinion publique: les organes les plus importants de la Presse lui ont très largement depuis plusieurs mois ouvert leurs colonnes ; elle est posée devant le Gouvernement qui commence à comprendre que ce mouvement n'est pas le fait d'une demi-douzaine de protestataires, comme voudrait le croire M. le Pr Courmont ; elle sera en temps propice posée devant le Parlement.

Quant à la solution, elle est, à mon avis, plus simple qu'on ne le pense.

Puisque M. le ministre de l'Instruction publique nous disait qu'il ne disposait pas des hôpitaux, elle consisterait à rattacher les écoles de médecine au ministère de l'intérieur.

Que nos lecteurs qui sont des praticiens se donnent la peine de réfléchir : ils se rendront compte de tous les progrès qui résulteraient du transfert au ministère de l'hygiène et de l'assistance publiques, au ministère de la santé publique, au ministère en somme des affaires médicales, de l'enseignement de la médecine, destiné à former des techniciens. Cet enseignement d'ailleurs n'est, en somme, maintenu au ministère de l'instruction publique où il n'a jamais été à sa place, que par le seul respect d'un préjugé datant du moyen-âge, et dans le seul intérêt d'une bureaucratie qui ne veut pas être amoindrie.

Je reviendrai sur les avantages de ce projet de réforme, que les manifestations violentes contre l'agrégation auront eu le mérite d'amorcer et je suis persuadé que M. le Pr Courmont, s'il veut bien songer sérieusement à cette question, trouvera que les praticiens qui réfléchissent ont de bonnes raisons pour ne se désintéresser ni de l'enseignement de la médecine, ni du recrutement de ceux qui doivent avoir mission de le donner. J. Noir.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Clinique de Mr le Profr Jaboulay (6 avril 1910)

Tuberculose ou ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus droit.

Je vais opérer tout à l'heure un jeune homme porteur d'une tuméfaction de la région deltoïdienne droite. Cette tuméfaction est de date récente, a une évolution rapide et nécessite l'ablation de la portion osseuse correspondante.

Ce jeune homme est âgé de 16 ans, il exerce la profession de lapidaire. Son père est mort en février 1904 d'une tumeur abdominale qui a été opérée à Genève. L'affection était trop avancée pour que l'opération fût complète. Il semble que l'on ait eu affaire à un cancer.

Sa mère a été, elle aussi, opérée à Genève, il y a cinq ans, pour une tumeur abdominale cancéreuse. Elle est à l'heure actuelle vivante et bien portante.

Le malade a quatre frères ou sœurs en bonne santé.

Personnellement, il a toujours joui d'une bonne santé. Il n'a pas présenté dans son enfance de signe de scrofulose. Il n'a rien eu aux yeux, ses oreilles n'ont pas coulé ; il n'a pas eu d'adénites.

Il présente dans son histoire un seul incident. A l'âge de dix ans, on l'a vacciné dans la région malade à l'heure actuelle. A la suite de cette vaccination, il aurait eu une petite tuméfaction au niveau de l'épaule droite. Cette tuméfaction aurait disparu au bout d'une quinzaine de jours à la suite de l'application d'une mouche.

Pour exercer sa profession de lapidaire, ce jeune homme a toujours le bras relevé et horizontalement placé. Il y a un mois, sans raison apparente, le malade ressentit une douleur vive en même temps qu'apparaissait une légère tuméfaction. On pensa à ce moment à du rhumatisme. On lui fit faire un traitement local, qui consista

en badigeons de teinture d'iode, en application de pommade. On ne lui a mis ni vésicatoire, ni pointes de feu. Sous l'influence de ce traitement, aucune amélioration ne se produisit et on nous l'envoie pour être opéré.

En somme, nous nous trouvons en présence d'un jeune homme dont le père et la mère ont eu des néoplasmes, qui personnellement n'a pas eu de scrofulose et qui fait une tuméfaction de l'épaule droite où le traitement médical a échoué. De ce fait, on nous l'envoie pour que nous l'opérions.

En vue de notre intervention, nous avons examiné ce malade en détail. Du côté de la face, nous avons noté du prognatisme de la mâchoire supérieure et nous avons appris que cette malformation était due à une chute.

Du fait de ce prognatisme, le malade se sert de ses dents latérales pour mastiquer.

Depuis 5 ou 6 jours que le malade se trouve dans le service, couché au n° 23 de la salle Saint-Sacerdos, le malade présente une température oscillant entre 37,5 et 37,8. Cette température est normale chez notre malade. Une fois cependant, il a eu 38.2, mais cela n'a eu lieu qu'une fois et, nous le répétons, sa température est normale.

Du côté des poumons, nous n'avons rien trouvé au point de vue tuberculose ou cancer. Les métastases cancéreuses pulmonaires sont, en effet, fréquentes dans les cas de néoplasmes de l'extrémité supérieure de l'humérus ; aussi faut-il s'en méfier.

Du côté de l'appareil circulatoire, nous avons trouvé un peu d'éréthisme cardiaque. Toutes ses artères battent avec force ; du côté des membres supérieurs nous voyons les artères axillaires battre à jour frisant. Nous n'avons cependant trouvé aucune lésion.

Les veines sont normales.

Il n'en est pas de même des lymphatiques. Dans l'aisselle droite, nous trouvons des ganglions plus gros que du côté opposé. Ils sont mobiles, sans caractères nets au point de vue tuberculose ou cancer. Cette chaîne ganglionnaire se prolonge et va jusque dans la région sus-claviculaire, où l'on sent aussi de petits ganglions.

En somme, adénopathie bizarre du côté de l'aisselle.

L'examen du sang a été fait. Il nous a révélé de la mononucléose. La numération a donné onze pour cent de mononucléaires.

Dans les urines nous n'avons trouvé ni sucre, ni albumine.

Du côté de l'appareil génital, nous n'avons rien trouvé.

L'appareil digestif est bon. Le malade a bon appétit, digère bien.

Il n'y a pas de contre-indications opératoires et notre opération doit réussir.

Il n'y a rien du côté du système nerveux de notre malade. Peut-être ses réflexes sont-ils exagérés, mais il faut mettre cela sur l'émotion qu'éprouvent les malades quand ils arrivent à l'hôpital.

Du côté des organes des sens, il n'y a rien. Au point de vue local, notre malade éprouve des douleurs nocturnes spontanées, mais il ne souffre pas dans la journée. A certains endroits, au palper, il y a de petites réactions douloureuses et en particulier en avant, en dehors de l'interligne articulaire, en face de la tête humérale.

Depuis 2 ou 3 semaines, ce malade présente de l'impotence fonctionnelle. L'abduction du bras est supprimée et pour exercer son métier, ce malade tenait son bras horizontalement. La projection du coude en avant ou en arrière est, elle aussi, supprimée. De lui-même il fait encore de la rotation en dedans et en dehors, ce qui prouve que son articulation n'est pas supprimée, qu'elle est intacte.

A l'examen de l'extrémité supérieure du bras droit, la région du moignon deltoïdien paraît plus saillante. Elle paraît dépasser la voûte acromio-coracoïdienne d'un travers de doigt à peu près. Elle est uniformément arrondie en avant, en dehors et en arrière. Elle est en même temps épaissie et pour nous rendre compte de son épaississement, avec le compas d'épaisseur nous avons mesuré les deux côtés et avons trouvé une augmentation d'un centimètre et demi en faveur du côté malade.

Les téguments ne présentent pas de changement de coloration.

A la main, la température locale paraissait élevée. Nous l'avons fait prendre à deux reprises et nous avons trouvé une première fois, il y a de cela trois jours :

34° du côté malade ; 31° du côté sain ; hier nous avons trouvé, 32° 1/2 du côté malade ; 31° du côté sain.

Bref, il y a une ascension de la température locale.

A la palpation, la consistance est dure, il n'y a pas de fluctuation fausse ou vraie. C'est une consistance osseuse. Il n'y a ni battements, ni expansion, ni souffle.

En mobilisant passivement le membre malade, la main gauche sur l'épaule, la main droite sur le coude nous avons mis le bras en abduction à angle droit, nous avons fait exécuter les mouvements de projection en avant et en arrière, tous mouvements impossibles spontanément. Nous avons fait exécuter aussi les mouvements de rotation que le malade exécute de lui-même. L'articulation n'est pas envahie et cela est un symptôme important pour le diagnostic.

Nous avons fait la radiographie de la région

saine et de la région malade, et à droite la tête nous paraît floue, pâle, de consistance moins solide.

La peau est intacte ; de grosses veines ne la sillonnent pas.

La sensibilité est normale, le circonflexe paraît sain.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané, pas d'œdème.

On sent le relief du deltoïde quand le malade le fait contracter vainement pour mettre son bras en abduction.

Les muscles des fosses sus et sous-épineuses sont un peu diminués de volume.

Nous arrivons à l'extrémité supérieure de l'humérus et à cet os. Son extrémité est prise et c'est elle qui est le siège de la tuméfaction. L'articulation scapulo-humérale est intacte, car dans les mouvements passifs il n'y a pas de craquements. Il n'y a donc pas de lésions du cartilage, d'encroûtement, qui existeraient si nous avions affaire à de l'arthrite.

Du côté de l'aisselle, nous avons signalé l'envahissement des lymphatiques. Quant aux autres organes du paquet vasculo-nerveux ils sont sains. Le pouls radial droit est perçu,donc rien à l'artère. Il n'y a pas d'œdème de la main, les veines ne sont pas atteintes. La main,l'avant-bras se fléchissent, s'étendent, les nerfs jouent leur rôle.

En définitive, nous nous trouvons en présence d'un jeune homme qui présente de la mononucléose, une tuméfaction douloureuse la nuit, gênant les mouvements d'abduction, de projection en avant ou en arrière, permettant la rotation du bras en dedans ou en dehors, siégeant dans l'exmité supérieure de l'humérus, ayant augmenté les diamètres de la tête humérale, présentant de l'élévation de la température locale. La radiographie nous montre que la tête humérale droite est plus pâle et plus floue. L'articulation est respectée, les ganglions axillaires et sus-claviculaires seuls sont pris.

En présence de quelle affection nous trouvons-nous ?

Ce n'est pas une affection articulaire, je l'ai suffisamment dit et je ne reviendrai pas sur les signes qui me font rejeter le diagnostic d'arthrite. Nous avons affaire à une affection de la tête humérale.

A première vue on pourrait penser à une chute et à un décollement épiphysaire. C'est en effet la forme de l'épaule dans ces cas-là, mais ce n'est pas à discuter puisqu'il n'y a pas eu de chute, que l'affection est venue spontanément.

Ce jeune homme a 16 ans et, à cet âge, l'ostéomyélite infectieuse produite par le staphylocoque est fréquente. L'ostéomyélite ne prend pas l'épiphyse,mais la région juxta-épiphysaire,ce qui n'est pas le cas. De plus, dans les cas d'ostéomyélite, la température monte à 40°. Nous aurions de la rougeur, des abcès. Il y a un mois que l'affection a débuté ; peut-être ces abcès se seraient-ils déjà ouverts.

Dans les cas d'ostéomyélite, il y a toujours retentissement sur l'articulation, les mouvements de rotation seraient impossibles. Les mouvements passifs feraient crier le malade.

Bref, nous n'avons pas affaire à de l'ostéomyélite.

A l'épaule, la tuberculose revêt deux formes. La plus fréquente est la carie sèche. Elle envahit la tête, la transforme en mastic qui est transformée en un véritable dépôt de caséum tuberculeux. Au lieu d'une saillie, nous avons une dépression, le deltoïde est fondu et de loin, on croirait avoir affaire à une luxation de l'épaule. Dans ces cas de carie sèche,nous avons donc un méplat sous-acromio-claviculaire. Nous n'aurions donc pas affaire à la forme ordinaire de tuberculose de l'épaule. Si c'était de la tuberculose nous aurions un autre signe très important: l'articulation serait prise. Dans les mouvements passifs, nous aurions des craquements. La tuberculose de l'extrémité supérieure de l'humérus est, en effet, arthripète.

Plus rarement, et c'est là la seconde forme de la tuberculose de l'épaule, nous la voyons se traduire par du gonflement. Alors il y a des fongosités sensibles à la palpation, et toujours il y a de l'arthrite et notre malade n'en a pas.

A cause de tous ces signes nous rejetons le diagnostic de tuberculose. Cependant ce malade a des ganglions et, de ce fait, le diagnostic de tuberculose ne peut être traité avec dédain. Dans ce cas cependant, nous n'aurions pas une articulation saine, nous n'aurions pas d'élévation de température locale ; aussi nous disons tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus en faisant toutefois des réserves au point de vue tuberculose.

S'il s'agit d'une tumeur, à quelle tumeur avons nous affaire ?

Est-elle primitive ou secondaire ? Si elle est primitive, est-ce un sarcome ? Si c'en est un, est-il globo-cellulaire, ce qui est le cas le plus grave, est-il furo-cellulaire, ce qui est moins grave ? Est-ce enfin un sarcome à myéloplaxes. Dans cette variété, les os sont transformés en un véritable lac sanguin. C'est le sarcome anévrysmatique des os. Cette forme qui marche vers la transformation anévrysmatique est la plus bénigne.

Elle est secondaire ? On voit en effet des tumeurs secondaires de la tête humérale, et à ce sujet, je vous rappellerai l'histoire d'une malade. Il y a un an,nous avions à Saint-Pierre, une jeune femme entrée dans le service pour une tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus droit.

Son examen nous avait révélé un goitre et la tumeur dont l'extrémité supérieure de son humérus droit était le siège n'était qu'une métastase d'un néoplasme thyroïdien. Frappé par l'analogie des deux cas, nous avons exploré la région sous-hyoïdienne de notre malade et nous avons trouvé un petit noyau goitreux. Nous ne pouvons donc faire, de ce fait, le diagnostic de tumeur primitive ou secondaire. Nous dirions donc, sans l'affirmer trop toutefois : tumeur, à cause de l'intégrité du cartilage d'encroûtement qui offre au sarcome une barrière infranchissable.

Quant aux ganglions, nous ne pouvons dire s'ils sont tuberculeux, inflammatoires ou néoplasiques.

Un caractère qui doit encore nous orienter plus du côté du néoplasme que du côté de la tuberculose est la marche rapide de l'affection. Le membre va sous peu se déformer en gigot, les veines sous-cutanées vont se dilater. Spontanément son humérus pourra se fracturer et alors les choses se précipiteront et en deux ou trois semaines, le malade mourra d'infection générale, de cachexie cancéreuse à moins qu'il ne meure de métastase. En somme, le pronostic est grave. Que faudra-t-il faire ?

Nous abandonnons le traitement local qui a échoué. Le traitement général sera lui-même impuissant. Nous interviendrons et nous ferons ensuite un traitement général, complément du traitement chirurgical.

Désarticulerons-nous ? Non, l'opération est trop grave. Si la tumeur est encapsulée, nous ferons une résection et nous commencerons même par cette intervention. Elle nous permettra en effet l'exploration des lésions et nous laissera libres de faire une intervention plus grave s'il y a lieu.

Nous anesthésierons le malade à l'éther, nous le coucherons un peu en dehors du lit, un coussin sous l'épaule malade, de façon à ce que le bras soit ballant et mobile. Nous inciserons de l'apophyse coracoïde à l'humérus. Notre incision, parallèle à l'axe huméral, passera en dehors de la veine céphalique, en dehors de l'espace deltopectoral, sacrifiera les fibres les plus antérieures du deltoïde. Nous couperons les vaisseaux et nerfs circonflexes, nous détacherons les muscles avec des ciseaux s'il s'agit d'un ostéo-sarcome, avec une rugine s'il s'agit de tuberculose. Nous inciserons la capsule et nous dégagerons le tendon du biceps de sa coulisse. Ceci fait, la tête humérale sera luxée en avant et nous la dégagerons ensuite à sa face postérieure des parties avoisinantes.

C'est là ce que nous ferons, et la chose est facile quand il s'agit de tuberculose. Quand il s'agit d'un ostéosarcome, il n'en va pas de même et on a souvent avantage à scier la tête humérale à sa partie inférieure, pour procéder de façon inverse, c'est-à-dire de bas en haut.

Nous ferons l'hémostase comme s'il s'agissait d'une amputation. Peut-être si cela saigne beaucoup, comme cela se voit dans les sarcomes, ferons-nous tenir par un aide le tube d'Esmarck enserrant la racine du membre.

Nous terminerons en liant les artères et veines circonflexes en tamponnant la cavité et en suturant. Nous immobiliserons ensuite le membre.

Les suites immédiates sont en général très simples. Au bout de deux ou trois mois, les mouvements reviennent peu à peu et le malade commence à se servir de son membre.

En résumé, nous croyons que notre malade est atteint de tumeur maligne de l'extrémité supérieure de l'humérus, et nous faisons ce diagnostic à cause de l'augmentation de la température locale, à cause de l'intégrité de l'articulation. Du fait de ses ganglions axillaires, nous faisons toutefois de fortes réserves pour la tuberculose.

Dans les deux cas, il faut intervenir et non s'abstenir et ce qu'il faut faire, c'est une résection.

(*Recueillie par* G. Naz, interne).

LA SEMAINE MÉDICALE

Gravité des associations morbides.

Récemment, M. le Dr Hutinel a fait une leçon clinique sur la gravité spéciale des maladies infectieuses qui se trouvent associées chez le même sujet : coqueluche et fièvre typhoïde, pneumonie et scarlatine, fièvre typhoïde et rougeole, colite et fièvre typhoïde, etc.

Après avoir rapporté un certain nombre d'observations d'enfants atteints simultanément de deux affections de ce genre, l'auteur formule cette conclusion à retenir : Lorsque deux maladies s'associent, elles se modifient en s'aggravant l'une par l'autre, et en s'opposant à l'immunisation de celui qui les subit.

Les formes frustes et larvées des méningites cérébro-spinales aiguës.

M. le Dr F. Maillet, de Montpellier, a étudié, dans sa thèse, les formes anomales frustes ou larvées des méningites cérébro-spinales aigües, dues au méningocoque ou à d'autres microbes, cocci divers, pneumocoque, etc.

La ponction lombaire montre assez fréquemment, dans les formes frustes de la méningite cérébro-spinale, des formules du liquide céphalo-rachidien incomplètes.

Ce que l'on désigne sous le nom de réactions méningées, à symptomatologie fruste ou atténuée, représente des degrés à peine différents de

méningites frustes, dont l'étiologie infectieuse ou toxique est à peu près impossible à élucider par la clinique seule.

En résumé, donc, il y a, à côté des méningites proprement dites, de nature infectieuse, des *états méningés* très variés.

Les uns, d'origine toxique (urémie, éclampsie, saturnisme, etc.), méritent à vrai dire le nom de méningites toxiques.

Les autres, dont la nature n'est pas encore nettement établie, qui sont très probablement d'origine toxi-infectieuse, mais dus à une toxi-infection atténuée, et qu'on a appelés réactions méningées. En réalité, ce sont bien des méningites, mais très légères, marquant une irritation peu intense et passagère, en un mot, des méningites incomplètes.

Enfin, à côté de ces dernières, il y a le méningisme proprement dit, dont le cadre se rétrécit de plus en plus, attribué à des réflexes, à des toxines, mais sur lequel on ne sait encore rien de précis. Il faut distinguer de ces états méningés, qui comprennent toujours une excitation simultanée des centres nerveux, les réactions du liquide céphalo-rachidien, sans aucun signe clinique de méningite, réactions qui paraissent d'un ordre banal et qu'on peut comparer aux réactions humorales en général, tout en tenant compte des caractères particuliers dus à l'anatomie et à la physiologie. Les résultats actuels de la ponction lombaire ne suffisent pas toujours au clinicien pour affirmer le diagnostic. En attendant que l'étude des propriétés bio-chimiques et physiologiques du liquide céphalo-rachidien arrive à préciser la nature des divers processus méningés, il devra appuyer son diagnostic, ainsi que le pronostic et la thérapeutique, sur l'analyse minutieuse des symptômes, la recherche des antécédents, les données étiologiques, éléments que l'examen de laboratoire ne peut pas toujours lui fournir.

La méthode bismuthée de Beck dans le traitement des trajets fistuleux.

Dans sa récente thèse de doctorat de Lyon, M. J. Poupon a étudié la méthode imaginée par les frères américains, Beck, de Chicago. Cette méthode consiste dans l'injection d'une pâte bismuthée stérilisée, un tiers de sous-nitrate de bismuth pour deux tiers de vaseline, dans tous les trajets fistuleux.

La technique est simple. Une seringue stérile en verre à extrémité mousse contient la pâte liquéfiée par la chaleur ; l'injection est poussée sans trop de pression, puis l'orifice est bouché jusqu'à solidification de la masse. L'injection est renouvelée à temps variable suivant la lésion.

Cette méthode a une grande valeur au point de vue du diagnostic du trajet, de l'origine et des diverticules des fistules ; l'intervention opératoire en est très facilitée.

Au point de vue curatif, la méthode est employée dans beaucoup de variétés de fistules ; elle s'adresse surtout aux tuberculoses ouvertes, en particulier aux lésions ostéo-articulaires.

Les résultats sont très variables : alors que Beck annonce des succès nombreux, les auteurs français sont moins enthousiastes : la guérison leur a paru très inconstante.

L'injection de pâte bismuthée agit de deux façons : par ses propriétés antiseptiques et surtout en isolant les parois de la fistule et en empêchant l'infection ascendante.

Elle a malheureusement des inconvénients : douleur, signes d'infection, de rétention, et en outre des dangers d'intoxication due au bismuth du sous-nitrate : stomatite pouvant devenir ulcéreuse et par suite amener des symptômes généraux graves.

Dès l'apparition du premier signe, liséré brun gingival, il faut évacuer la pâte.

Malgré les dangers et les insuccès, la méthode doit être conservée ; au point de vue curatif, elle permet de guérir des cas torpides rebelles, elle peut donner un coup de fouet à la guérison ; au point de vue diagnostic et opératoire consécutif, son utilité n'est contestée par personne (1).

Calculs de l'uretère et appendicite.

Dans une communication à l'Association française d'Urologie, M. le Dr R. *Le Fur*, de Paris, a étudié l'intéressante question du diagnostic des calculs de l'uretère et de l'appendicite.

Voici les meilleurs moyens dont nous disposons, dit-il, pour tâcher d'établir ce diagnostic.

La douleur n'est pas caractéristique ; elle peut se retrouver semblable dans les deux cas ; cependant, elle est d'habitude plus superficielle dans l'appendicite et plus profonde dans le cas de calcul uretéral. C'est surtout dans les cas d'appendicite chronique, où la douleur est à peu près le seul symptôme, que des erreurs nombreuses ont été commises.

La défense musculaire de la paroi se retrouve aussi bien dans le calcul de l'uretère en cas de crise et d'anurie que dans l'appendicite.

Les troubles urinaires et génitaux sont plus fréquents dans les calculs de l'uretère que dans l'appendicite. Minutieusement analysés, ces symptômes peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Dans les calculs uretéraux, on constate des troubles de la miction (fréquence, douleur, polyurie intermittente, urine trouble), des troubles génitaux (érections et éjaculations douloureuses), ténesme rectal et constipation. Quoique ces symptômes soient à peu près caractéristiques des calculs uretéraux, ils peuvent se rencontrer dans l'appendicite.

Le point douloureux urétéro-vésical, sur lequel a insisté avec raison Bazy, est un des meilleurs symptômes de calcul urétéral enclavé dans la portion pelvienne, ce point doit être recherché par le toucher vaginal chez la femme, et est ordinairement très net ; parfois, on peut même

(1) Voir à ce sujet l'étude très complète du Dr de Fourmestreaux (*Concours*, 1900, n° 40, page 545).

sentir et délimiter le calcul. Chez l'homme, on doit le rechercher par le toucher rectal : il est souvent moins net que chez la femme, notamment en cas de grosse prostate, car il se trouve alors à 10 centimètres environ de l'anus. Mais il suffit de déprimer fortement l'anus pour pouvoir atteindre la région urétérale inférieure, quand on a le doigt un peu long et l'habitude du toucher rectal.

Il faut accorder une assez grande importance aux *irradiations douloureuses provoquées par ce toucher*. Quand l'irradiation se fait par en haut vers le rein, on peut affirmer presque sûrement une lésion urétérale inférieure, et en général un calcul. S'il existe de l'infection, on peut constater aussi des irradiations vers la vessie, qui sont dues aux lésions urétéro-vésicales La seule cause d'erreur pourrait consister dans une douleur provoquée par la pression de la prostate en cas de prostatite ou de vésiculite, mais alors la douleur siège plus bas, ne remonte jamais vers le rein et irradie au contraire vers le canal.

On le voit, les erreurs sont donc fréquentes et le diagnostic est parfois très difficile entre l'appendicite et les calculs de l'uretère droit, ceux qui sont arrêtés dans la portion iliaque ou pelvienne de ce conduit.

A quoi cela tient-il ? *Aux rapports de l'uretère avec l'appendice*. Celui-ci croise l'uretère dans 67 p. 100 des cas, en passant au devant de lui, soit dans la position latérale interne (21 p. 100), soit dans la situation franchement descendante qu'il occupe dans 41 p. 100 des cas.

A droite, on sait que l'uretère croise l'artère iliaque externe, et descend ensuite au-devant de l'artère iliaque interne, tandis qu'à gauche, il croise le tronc de l'artère iliaque primitive. L'appendice peut donc soit passer devant le coude iliaque de l'uretère (situation latérale externe), soit, c'est le cas le plus fréquent, croiser la portion iléo-pelvienne de l'uretère droit.

C'est donc, dans les cas où l'appendice occupe une situation descendante et oblique interne, en même temps que profonde, s'insinuant sous le cæcum et l'iléon, que ses rapports avec l'uretère sont le plus intimes et que les affections de l'un de ces organes pourront plus facilement retentir sur l'autre, créant même des adhérences entre eux.

On peut aussi se baser, pour le diagnostic, sur les modifications de l'orifice urétéral révélées par la cystoscopie et surtout sur l'examen radiographique stéréoscopique, après cathétérisme de l'uretère au moyen d'une sonde imperméable aux rayons X. Presque toujours l'erreur pourra ainsi être évitée, sauf en cas d'association des deux affections, et une opération inutile évitée.

« En cas de calcul de l'uretère, il est toujours nécessaire, après avoir essayé le traitement médical, de s'adresser au cathétérisme dilatateur de l'uretère avec ou sans lavages de l'uretère, avant de recourir à l'intervention chirurgicale ; l'on peut obtenir ainsi à peu de frais l'expulsion du calcul. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement abortif de la syphilis en 30 jours. — Prophylaxie de la paralysie infantile. — Rupture du cœur chez les vieillards. — La graphologie au point de vue judiciaire.

M. Hallopeau fait à *l'Académie de médecine* une communication sur un *traitement abortif de la syphilis en trente jours*.

La syphilis, dit M. Hallopeau, est localisée, dans toute sa période primaire, presque exclusivement dans le chancre, dans les lymphatiques qui en émanent et les ganglions auxquels aboutissent ces vaisseaux. Si dès lors, on attaque énergiquement le tréponème localement, là où il siège, c'est-à-dire aux environs du chancre, on peut parvenir à tuer la maladie dans l'œuf. M. Hallopeau s'adresse, dans ce but, aux injections d'*hectine* (benzo-sulfone-paramido-phénylarsinate de soude), qui sont bien tolérées par les tissus. La plupart des préparations mercurielles, sauf le cyanure, sont à rejeter comme mal supportées par le fourreau de la verge où il faut les injecter.

Dans ces conditions, l'auteur préconise le traitement abortif suivant :

Aussitôt le diagnostic de chancre syphilitique posé, pratiquer quotidiennement, pendant 30 jours, des injections parasiticides sous le fourreau de la verge, ou dans la vulve. On introduit l'aiguille, soit dans le chancre lui-même, soit dans le tissu ambiant, soit sur le trajet des lymphatiques qui l'unissent à ses ganglions satellites. Chaque injection s'effectuera avec une dose de 0 gramme 20 centigrammes d'hectine dissoute dans 2 gr. d'eau distillée et stérilisée. On peut employer aussi le cyanure de mercure à la dose de 0 gr. 0025 à 0 gr. 0050, soit l'hectargyre qui est une combinaison d'hectine et d'oxycyanure de mercure. Des études ultérieures permettront de comparer ces trois agents au point de vue de la tolérance. Les injections d'hectine, en tout cas, ne sont plus que modérément douloureuses depuis que l'on fait usage d'une préparation neutralisée.

On associe à ce traitement local une médication générale intensive, consistant en injections quotidiennes, dans les fesses, de 2 centigr. de benzoate de mercure et en ingestion de 1 à 2 gr. d'iodure de potassium qui, contrairement à l'opinion admise, exerce une action directe sur le chancre. Cette partie de la cure agit sur les rares tréponèmes qui ont pu émigrer du foyer initial.

Le traitement abortif, ainsi conduit, semble jouir d'une efficacité réelle. L'auteur a vu, chez six malades, la syphilis définitivement enrayée dès le début, grâce à cette médication appliquée intégralement. D'autres syphiligraphes en ont obtenu d'excellents résultats.

Quelques détails de la méthode sont à préciser ou à perfectionner. Ainsi, on est autorisé à espérer qu'un traitement local de quinze jours

seulement, combiné avec trente jours de cure générale, sera suffisant. D'autre part, étant donné que les injections locales d'hectine et de cyanure de mercure employées isolément ont eu la même action abortive, il paraît indiqué de leur substituer, si elle est suffisamment tolérée, une des combinaisons de ces deux produits que M. Mouneyrat a dénommée l'hectargyre, qui contient 10 centigr. d'hectine et 2 milligrammes d'oxy cyanure de mercure ; on réduirait ainsi avantageusement la proportion d'hectine introduite dans l'organisme, les doses élevées de ce médicament pouvant avoir quelques inconvénients (accidents oculaires, par exemple).

Chez les malades de M. Hallopeau, le diagnostic de chancre avait été confirmé par la recherche du tréponème avec l'ultra-microscope. La guérison a été montrée par l'absence d'accidents spécifiques ultérieurs et l'absence de réaction de Wassermann. L'auteur conclut que, lorsque cette nouvelle méthode sera vulgarisée, les cas de contamination syphilitique diminueront et que peut-être ce n'est pas une illusion de penser qu'un jour viendra où la syphilis ne constituera plus qu'une rareté pathologique, comme il en est advenu pour la lèpre.

— M. Netter présente à l'*Académie de médecine* une étude sur la *paralysie infantile*. Cette affection, dit-il, semble nettement transmissible. Le contage serait véhiculé surtout par des produits de sécrétion ou d'excrétion. Il faut s'attacher à rendre ceux-ci inoffensifs, soit chez les individus qui les portent, soit sur les objets auxquels ils peuvent adhérer. Il convient d'éviter la communication avec les sujets même sains qui auront pu approcher les malades, et notamment leur interdire l'entrée des écoles.

Dans plusieurs pays étrangers, la Suède, la Norvège, l'Autriche et l'Allemagne, la déclaration de la paralysie infantile a été rendue obligatoire, au même titre que celle de la scarlatine, de la diphtérie, etc.

—MM. Roussy et Ameuille signalent à la *Société médicale des hôpitaux* la fréquence des *ruptures du cœur chez les vieillards*. Ils en ont recueilli 8 cas en l'espace de deux ans, à Bicêtre. La rupture du cœur se traduit cliniquement par une mort subite, foudroyante. On peut s'étonner de cette conséquence, si l'on tient compte de ce qui se passe dans les plaies du cœur où le sang filtre souvent assez lentement à travers la solution de continuité myocardique, amenant alors une réplétion lente du péricarde, mortelle seulement quand elle est achevée. Pour expliquer le fait, les auteurs pensent que les ruptures spontanées se trouvent au centre d'une région nécrosée, inerte, incapable d'oblitérer l'orifice de rupture.

— M. Paul Joire communique à la *Société d'hypnologie et de psychologie* un travail sur la *graphologie envisagée au point de vue judiciaire*. Il cite l'exemple suivant :

Un homme récemment convaincu d'un assassinat, que d'ailleurs il avoue, est considéré par tous ceux qui l'ont fréquenté comme un être très calme, très doux, sentimental, aimant son intérieur et menant une vie régulière. L'analyse de son écriture par M. Joire, d'après la graphologie scientifique, aurait montré, contrairement à l'opinion générale et conformément à ce que l'enquête judiciaire ultérieure a dévoilé, qu'il était fourbe, dissimulé, menteur, violent, sans frein, débauché.

La justice, dit l'auteur, pourrait utiliser avec avantage la graphologie scientifique pour découvrir ou pour préciser les pistes criminelles.

Pour M. Bérillon, l'examen d'une écriture peut assurément donner des renseignements sur le degré de culture intellectuelle de son auteur et sur sa situation sociale. Par comparaison avec l'écriture antérieure, on peut en tirer des déductions relatives aux changements survenus dans son état mental, mais on ne saurait y trouver de sérieuses indications sur sa valeur morale. A ce point de vue, la lecture du texte est plus instructive que l'examen des caractères de l'écriture. C'est en se plaçant sur le terrain moral que le graphologue s'expose aux critiques les plus fondées, la morale étant conventionnelle et variable, chez un individu, selon les circonstances et les nécessités sociales.

M. Louis Favre remarque que le plus grand désaccord règne encore entre les graphologues pour l'appréciation des signes de l'écriture. La graphologie n'est donc pas arrivée à une période assez positive. Mais les études graphologiques doivent être poursuivies. Elles gagneront à l'être par des hommes de science.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

L'antimoine,

Par le Dr André Lombard.

L'antimoine, introduit en médecine par Paracelse, a connu tour à tour la plus grande gloire et le plus grand discrédit ; ce n'est point le lieu de faire ici son histoire, si intéressante cependant. Il convient seulement de lui restituer en thérapeutique une place honorable que lui ont fait perdre les exagérations de la méthode rasorienne et que beaucoup de maîtres et de praticiens lui ont, du reste, déjà rendue.

Les préparations antimoniales possèdent des propriétés évacuantes, hyposthénisantes, altérantes et contro-stimulantes. La médecine utilise plusieurs de ces préparations :

1° Le *tartre stibié*, émétique, ou tartrate antimonio-potassique ; 2° le *kermès minéral*, oxysulfure d'antimoine hydraté, poudre des Chartreux ; 3° l'*oxyde blanc d'antimoine*, antimoine diaphorétique blanc, biantimoniate de potasse ; 4° le *proto-*

chlorure d'antimoine, trichlorure, beurre d'antimoine ; 5° le *pentasulfure*, soufre doré d'antimoine ; 6° l'*arséniate d'antimoine*.

Émétique. — L'*émétique*, ou tartre stibié, est la préparation d'antimoine la plus énergique. C'est un sel assez soluble dans l'eau, de saveur âcre et désagréable.

Appliqué sur l'épiderme, il agit comme l'acide arsénieux et peut provoquer la formation d'une escharre. On l'incorpore à des pommades ou à des emplâtres, et il provoque alors une pustulation spéciale, une sorte d'ecthyma stibié. On recherche peu aujourd'hui cette action, que l'on peut obtenir soit avec l'emplâtre de poix de Bourgogne stibié, c'est-à-dire recouvert de 0 gr. 50 à 1 gr. 50 d'émétique en poudre, soit avec la *pommade d'Autenrieth* :

Émétique porphyrisé	4 à 10 gr.
Axonge.....	30 gr.

soit avec une pommade au trentième. On a utilisé cette action révulsive dans les affections broncho-pulmonaires aiguës et chroniques, la coqueluche, les arthrites rhumatismales, la méningite tuberculeuse.

L'irritation a lieu aussi avec production de pustules, sur les muqueuses digestives quandl'émétique est absorbé en solution trop concentrées ou à doses trop élevées ou trop prolongées. C'est le choléra stibié, qui peut même être suivi d'hématémèses et le mélæna. Pour éviter ces accidents, il suffit de diluer les doses et de faire prendre en même temps une grande quantité de lait.

Mais ce qu'on recherche surtout dans l'émétique, c'est son action vomitive, purgative, diaphorétique. Comme vomitif, il agit sur le centre vomitif bulbaire, et avec plus d'énergie que l'ipéca ; on peut supprimer cette action vomitive, le faire tolérer en lui associant l'opium. On obtiendra l'action purgative en diluant l'émétique dans une grande quantité d'eau. Si la dose est faible, on n'obtient que des effets nauséeux et une hypersécrétion de toutes les glandes. A doses fortes, l'action purgative est énorme et peut simuler le choléra. L'action purgative est due, d'une part, à l'irritation produite par le médicament, d'autre part, à l'hypersécrétion glandulaire.

L'émétique, comme tous les antimoniaux, se fixe, ainsi que l'arsenic, dans le foie, dont il peut amener la dégénérescence graisseuse. Il débilite, ralentit les mouvements du cœur et de la respiration, abaisse la fièvre, provoque quelquefois la diaphorèse, mais peut aussi amener le collapsus.

En cas d'intoxication, il faut d'abord pratiquer le lavage de l'estomac ; les contrepoisons de l'émétique sont : une infusion de quinquina, de thé, ou de café, surtout le tanin de la noix de galle ; puis, avec des stimulants, on lutte contre la dépression.

On ne prescrira pas l'antimoine chez les malades débilités, chez ceux dont les forces diminuent ; non plus que dans la scarlatine, la fièvre typhoïde, les fièvres adynamiques ; dans la deuxième période du catarrhe suffocant, dans la diphtérie infectieuse ; dans la gastro-entérite aiguë, la diarrhée infantile, la tuberculose de l'intestin ; non plus que chez les tuberculeux qui ont des sueurs, de la diarrhée, une mauvaise nutrition et un pouls au-dessus de cent.

En même temps que l'administration de l'émétique et des antimoniaux en général, on ne laissera pas prendre de sulfures, de chlorures, de boissons ou d'aliments acides, surtout avec des acides citrique et tartrique qui provoqueraient la formation de composés rapidement solubles et facilement toxiques. L'intoxication se traduit par la tuméfaction des lèvres, une gêne de la déglutition, des vomissements, de la diarrhée, le coma et la syncope cardiaque.

On a utilisé l'émétique dans la chorée de Sydenham, parfois avec succès, mais non sans danger ; il est assez de médications efficaces pour n'avoir pas à prescrire 0 gr. 10 et plus d'émétique à des enfants. M. Jaccoud a observé de très bons effets dans le rhumatisme compliqué de pleurésie, de péricardite ; il semble que d'autres médications encore soient plus efficaces et moins dangereuses. Il constituait enfin la base du traitement de la Charité.

Antimoine	0 gr. 30
Eau distillée.....	240 gr.

à prendre en 2 fois, à une heure d'intervalle, qui fut heureusement utilisé dans l'empoisonnement par le plomb.

On prescrit l'émétique chez les enfants à la dose moyenne d'un demi-centigramme (cinq milligr.) par année d'âge. Chez les adultes, à celle de cinq centigr., comme vomitif ; celle de dix centigr. est déjà toxique ; cependant, comme contro-stimulant, on prescrit 0 gr. 20 à 0 gr. 50 en 24 heures.

La dose vomitive, chez l'enfant, est prescrite dans de l'eau chaude :

Tartre stibié.....	0 gr. 03
Eau chaude.....	100 gr.

à prendre en une fois, pour un enfant de six ans ; mais on associe le plus souvent l'émétique au sulfate de soude pour obtenir un effet émétocathartique :

Tartre stibié.....	0 gr. 05
Sulfate de soude	10 gr.
Sirop de groseilles.....	30 gr.
Eau distillée.....	120 gr.

à prendre en 2 ou 3 gorgées, en une heure, le matin à jeun, pour un enfant de 10 ans (Comby). Chez l'adulte, on prescrit un paquet de cinq ctgr. à prendre en 3 fois, à 10 minutes d'intervalle,

avec une gorgée d'eau tiède ; le plus souvent, on l'associe à l'ipéca :

Tartre stibié	cinq centigr.
Poudre d'ipéca	1 gr. à 1 gr. 50

diviser en trois paquets, qu'on prendra de 10 en 10 minutes, avec un peu d'eau tiède.

Si l'on veut une médication purgative, sans vomissements, on prescrira à un enfant :

Tartre stibié	deux à cinq centigr.
Eau	500 gr.

à prendre par demi-verres dans la journée.

Cette médication, vomitive surtout, ou émétocathartique, sera avantageusement utilisée dans l'embarras gastrique fébrile, au début de la grippe, des bronchites aiguës, de la pneumonie franche, de la coqueluche et même du croup. Dans la phtisie du poumon et dans le cours des autres affections broncho-pulmonaires déjà citées, on mettra à profit les propriétés expectorantes de l'émétique, dont la posologie est alors différente.

Voici la potion autrefois prescrite, à l'Hôpital des Enfants aux enfants, atteints du croup :

Emétique	0 gr. 10
Sirop d'ipéca	30 gr.
Oxymel scillitique	30 gr.
Infusion de polygala	150 gr.

et qu'on leur faisait prendre par cuillerées à dessert plus ou moins espacées selon l'âge ; elle n'est plus indiquée aujourd'hui.

Dans la coqueluche, J. Bergeron prescrivait chaque jour cinq à dix des pilules suivantes :

Tartre stibié, Extrait de belladone	aâ un milligr.
Excipient	q. s.

pour une pilule (ancien codex).

Chez l'adulte, on l'associe utilement à l'acétate d'ammoniaque, dans une potion expectorante :

Emétique	cinq centigr.
Extrait de belladone	dix centigr.
Acétate d'ammoniaque	5 gr.
Sucre de réglisse	10 gr.
Eau de menthe	200 gr.

(Pouchet.)

dont on fait prendre une cuillerée à soupe toutes les 2 heures.

Dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, on fait prendre utilement, toutes les 2 heures, jusqu'à obtention d'effets nauséeux et selon l'état des forces, une cuillerée à soupe de :

Tartre stibié	0 gr. 10 à 0 gr. 15
Sirop diacode	30 gr.
Julep gommeux	90 gr.

et, quand on veut recourir, contre l'hémoptysie, à la médication nauséeuse, on fait prendre, dans l'intervalle des prises de lait, de trois à six pilules par jour de :

Poudre d'ipéca	0 gr. 10
Poudre d'émétique	0 gr. 01
Extrait thébaïque	0 gr. 01

en 1 pilule, n° 15.

Dans les poussées fébriles et congestives de la tuberculose pulmonaire le tartre stibié a été prescrit à hautes doses ; malgré la tolérance, qui représente en réalité une véritable paralysie toxique des centres (Debove et Pouchet), il vaut mieux se contenter de doses plus faibles et prescrire chaque jour trois à quatre pilules de :

Tartre stibié	0 gr. 0025
Extrait de réglisse	q. s.

pour 1 pilule, n° 20.

Cette médication s'adresse surtout aux complications inflammatoires que l'on observe fréquemment entre la première et la seconde période de la phtisie. Elle possède, d'après Bucquoy, une action résolutive très heureuse.

MM. Mesnil, Laveran, etc., se sont attachés à démontrer l'efficacité de l'émétique dans la trypanosomiase ; ils ont pu en faire absorber, par ingestion ou injection, des doses énormes à des animaux ; mais les succès obtenus semblent dus à l'emploi simultané de l'atoxyl et peut-être, après tout, le tartre stibié ne présente-t-il aucun avantage sur l'acide arsénieux.

THÉRAPEUTIQUE

Le tempérament bilieux. — La Cholémie simple familiale.

Nos anciens, quoique infiniment moins armés que nous-mêmes, étaient de sagaces observateurs et, avec des moyens plus précaires, moins nombreux, moins perfectionnés, ils ont souvent eu de véritables éclairs de divination, à la faveur desquels, grâce à une sorte de prescience quasi divine, ils ont entrevu, deviné, pressenti des vérités scientifiques dont les recherches modernes sont parvenues à établir la réalité et l'inéluctabilité.

En pathologie générale, ils faisaient jouer un rôle primordial à ce qu'ils appelaient le *tempérament*, — cette notion quelque peu vague et arbitraire qui, à l'heure où triomphaient les doctrines humorales, connut des minutes de gloire.

Il faut croire d'ailleurs qu'elle n'est pas tellement dénuée de fondement puisqu'elle est venue jusqu'à nous et qu'on l'utilise encore de nos jours pour cataloguer les jeunes soldats, sur les registres d'incorporation, en nerveux, lymphatiques, sanguins, bilieux, etc.

A la vérité, et pour mieux instruits que nous soyions que nos devanciers, il nous reste encore beaucoup à apprendre ; mais ce n'est pas tant le tempérament lui-même que nous ignorons que les

circonstances étiologiques, anatomiques et fonctionnelles qui le conditionnent.

Cette ignorance n'a toutefois rien de définitif, et certains travaux récents sont venus à point pour nous donner à croire que les temps sont proches où elle fera place à une conscience de plus en plus nette des réalités. Nous voulons parler ici des nombreuses publications de MM. Gilbert et Lereboullet sur la *Cholémie simple familiale* qu'ils ont décrite minutieusement, et qui n'est autre que le vieux tempérament bilieux accommodé aux conceptions bio-physiologiques du jour.

Tandis que le tempérament bilieux ne fait que présumer les rapports qui doivent exister entre telle manière d'être, de paraître, et la fonction biliaire, la Cholémie familiale va au fond des choses, met en évidence et précise l'essence même de ces rapports.

C'est ainsi que, pour justifier sa terminologie, elle établit dans le sérum sanguin de ses justiciables la présence constante des *pigments biliaires*, à un taux moyen de 1 /17000, mais qui peut, dans certains cas, s'élever jusqu'à 1 /9000.

Elle se caractérise en outre par différents signes dont l'ensemble constitue un syndrome en quelque sorte spécifique.

Ces signes sont la *Xanthodermie*, qui se traduit par un ictère léger et fruste, sans coloration des conjonctives, déterminant un teint mat, jaunâtre, olivâtre, verdâtre, qui fait prendre les cholémiques pour des Orientaux, pour des mulâtres, mais qu'il faut parfois chercher à la paume des mains ou à la plante des pieds où il peut uniquement se cantonner ; — la *Mélanodermie*, avec ses pigmentations générales (aspect gris terreux du visage) ou locales (nævi pigmentaires, taches de rousseur, coloration plus teintée de la région orbitaire connue sous le nom de lunette périoculaire) ; — le *Xanthélasma* des paupières ; — l'*Urobilinurie*.

Ajoutez à cela une certaine constitution psychique où prédomine la tendance à l'irritabilité, à l'inquiétude, à la tristesse, aux *idées noires*, et vous aurez la symptomatologie fondamentale de la Cholémie simple familiale.

Cette symptomatologie ne constitue pas nécessairement, à vrai dire, une entité pathologique, mais plutôt un facies, un habitus extérieur, une mentalité spéciale qui, chez bien des sujets, peuvent se poursuivre pendant leur existence tout entière, sans leur apporter de troubles notables.

Mais, souvent aussi, elle se complique d'accidents dits secondaires qui lui donnent une physionomie morbide.

Ces accidents se situent pour ainsi dire dans tous les systèmes et dans tous les organes : dyspepsies, hématémèses, flux bilieux gastriques ou intestinaux, entérite muco-membraneuse, constipation, hémorrhoïdes, appendicite... au niveau de l'appareil digestif ; — neurasthénie, hypochondrie, mélancolie ... du côté du sytème nerveux ; — albuminurie transitoire ou permanente, hémoglobinurie paroxystique, du côté des reins ; — rhumatisme articulaire fugace ou aigu, hémorrhagies, prurit, urticaire, accès de fièvre simulant l'accès paludéen, etc., il y en a, c'est le cas de le dire, pour tous les goûts.

Faut-il mentionner que dans ce cortège, si fâcheusement imposant, les maladies hépatiques et biliaires occupent une place prépondérante : la lithiase biliaire, l'ictère chronique, le cirrhoses, les kystes hydatiques, voire le cancer primitif du foie ?

En réalité, la description de MM. Gilbert et Lereboullet est peut-être quelque peu confuse, et on se demande dans quelle mesure tous ces phénomènes morbides peuvent être considérés comme des symptômes de la Cholémie à proprement parler ou seulement comme des manifestations surajoutées. Au demeurant, ce qu'il faut en dégager comme étant plus conforme à la vérité, c'est ceci : quand on examine un dyspeptique, un rhumatisant, un lithiasique, un appendiciteux ... tous malades qui semblent à première vue bien différenciés les uns des autres, il arrive fréquemment que, dans leur histoire pathologique, dans leur passé, dans leur hérédité, on trouve des stigmates identiques qui permettent de les ranger dans la grande famille des cholémiques. En outre, il est possible, pour chacun d'eux, de retrouver chez ses ascendants et chez ses collatéraux, des manifestations du même ordre que celles qu'on relève chez lui-même, de telle sorte qu'en groupant ces diverses manifestations les unes avec les autres, on arrive à rencontrer dans la même famille, et presque au complet, tous les signes de la Cholémie, d'où le qualificatif de *familiale* accolé au terme principal.

S'ils ont réussi à préciser le tableau clinique de la Cholémie familiale, les auteurs sont moins affirmatifs quant aux causes essentielles qui sont, — qu'on nous permette cette image un peu osée, — comme la toile sur laquelle il est brossé. Angiocholite infectieuse ascendante, troubles fonctionnels de la cellule hépatique avec excès de sécrétion biliaire, hémolyse excessive par fragilité du globule sanguin..., autant d'hypothèses plus ou moins fondées et sur lesquelles il serait prématuré de se prononcer catégoriquement.

Ce qui paraît démontré, c'est que la Cholémie familiale « est un des éléments qui permettent de « dépister chez certains sujets cette prédisposition « spéciale aux auto-infections digestives que « nous avons étudiée sous le nom de diathèse « d'auto-infection ; par celle-ci s'expliquent cer« taines associations morbides, dont l'appendicite ; « par celle-ci se justifient certaines crises de rhu« matisme aigu ou chronique ... »

Dans la Cholémie familiale, c'est au niveau de l'appareil hépatico-biliaire que se font surtout sentir les effets de ces auto-infections.

Aussi, le traitement qu'elle réclame doit-il s'inspirer de cette considération pour se formuler utilement, — en dehors des indications qui dérivent spécialement de chacun des troubles que nous avons indiqués, et qui peuvent commander une action thérapeutique particulière.

Dans ce traitement, l'hygiène générale et la diététique tiennent, cela va sans dire, une place importante. Nous ne nous y appesantirons pas.

Nous serons plus prolixes sur la *cure alcaline*, qui intervient là au triple point de vue de la régularisation des fonctions digestives, de la stimu-



Ecrire pour Echantillon : **6, rue Guillaume-Tell, PARIS**

PIPÉRAZINE MIDY

Az H $\langle$ CH² - CH² / CH² - CH² $\rangle$ Az H
Diéthylène • Diamine

GRANULÉE EFFERVESCENTE

Produit défini plus actif que ses dérivés ou les associations médicamenteuses à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE

LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE

Prix : 5 fr. • La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.

Echantillons : Phie MIDY 140, Faub. St-Honoré, PARIS

Comme préventif : 3 mesures par jour / 10 jours par mois
Crises aiguës : 4 à 6 .....
chaque mesure = 0.20 ctg Pip pure

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE
Première Combinaison directe et entièrement stable de l'*Iode* avec la *Peptone*
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE

Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme.
Vingt gouttes IODALOSE *agissent comme un gramme Iodure alcalin.*

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS : LABORATOIRE GALBRUN, 18, Rue Oberkampf, PARIS.

Ne pas confondre l'Iodalose, produit original, avec les nombreux similaires parus depuis notre communication au Congrès International de Médecine de Paris 1900.

SOU MÉDICAL

Pour renseignements, envois de pièces, etc., adresser la correspondance, 23, rue de Dunkerque à Paris.

Pour les adhésions et le paiement des cotisations, au Dr GASSOT, *trésorier*, Chevilly (Loiret).

CORRESPONDANCE
HEBDOMADAIRE

Dr M., à S., à *Concours*. — Abonné au *Concours Médical*, je vous serais obligé de vouloir bien répondre par son intermédiaire à la question suivante, susceptible, je crois, d'intéresser un grand nombre de médecins de campagne.

Un médecin qui serait également pourvu de son diplôme de pharmacien pourrait-il ouvrir une pharmacie dans un village déjà pourvu d'un pharmacien, et y exercer concurremment les deux professions ?

Réponse. — Oui, en l'état actuel de la loi, le titulaire des deux diplômes de médecin et de pharmacien peut exercer concurremment les deux professions, dans les mêmes conditions où il pourrait exercer chacune d'elles séparément.

Dr F. à M., à *Concours*. — Un médecin a-t-il le droit de délivrer des médicaments à ses malades, quand il habite une commune où, le pharmacien étant mort, la veuve continue à tenir officine ouverte, sans l'aide d'un pharmacien diplômé ?

Réponse. — Le médecin ne peut délivrer de médicaments lorsqu'il existe dans la commune de sa résidence une officine de pharmacie *légalement* ouverte.

Or, aux termes de l'art. 41 de l'arrêté du 25 thermidor an XI, la veuve d'un pharmacien peut continuer à tenir son officine ouverte pendant un an à compter du décès, à condition, de présenter aux autorités désignées un élève âgé au moins de 22 ans.

Suite page XII.

Bronchites, Toux rebelles,
Catarrhe, TUBERCULOSE

SIROP FAMEL

LACTO-CREOSOTE SOLUBLE
Phosphate de Chaux, Codéine, Cocaïne, etc.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS
A MM. LES MEMBRES DU « CONCOURS »

86, rue de la Réunion | PARIS | 86, rue de la Réunion

TRAITEMENT RADICAL **CONSTIPATION**
MIGRAINES -- CONGESTIONS -- MALADIES de l'INTESTIN

UN ou DEUX — **GRAINS DE VALS** — **Le soir avant dîner**

à base de Cascara Sagrada et podophyllin.

ADMINISTRATION : **64, Boulevard Port-Royal, PARIS**

TUBERCULOSES CATARRHES GRIPPES, BRONCHITES
de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon.
EMULSION MARCHAIS Phospho-Créosotée
Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions.
Bien tolérée — Parf absorbée

lation du filtre rénal, et surtout de son action directe sur la glande hépatique et sur la sécrétion biliaire.

Qu'on l'associe ou non à certains traitements opothérapiques ou à certaines cures thermales qui peuvent éventuellement se montrer utiles, en raison de leurs spécialisation, la cure alcaline doit être envisagée comme l'élément principal d'une médication qui doit s'adresser particulièrement au tube gastro-intestinal et à ses annexes.

Elle est merveilleusement représentée par certaines Eaux minérales naturelles parmi lesquelles la Reine de Vals mérite d'être placée au premier rang.

Moyennement minéralisée, d'une digestibilité parfaite, très agréable au palais et très rafraîchissante à cause de sa forte teneur en gaz carbonique, la Reine de Vals a inévitablement sa place toute marquée dans la prescription du traitement de la Cholémie familiale.

C'est le cas d'user de la formule : un verre le matin à jeun, un verre une heure avant le déjeuner, un verre une heure avant le dîner.

Dr Gaston.

RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT

A propos de l'Agrégation.

Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes.

Le Conseil d'Administration du Syndicat des médecins de la Seine, réuni le 6 juin 1910 :

Considérant qu'à la suite des incidents qui se sont produits à la première séance du Concours d'agrégation, la police a été introduite à l'École de médecine et qu'elle y est encore, que les épreuves du concours se déroulent devant un public de gardes municipaux et d'agents en bourgeois, que les libertés naturelles de l'école ont été violées de nouveau sous la République, malgré l'assurance donnée en 1909 par M. Clemenceau, alors Président du Conseil ; que l'ordre du concours d'agrégation n'aurait pu être troublé d'une manière sérieuse et prolongée si ce concours était accepté par l'opinion publique et l'opinion médicale ; que l'autorité morale du doyen aurait suffi pour en assurer la continuation ;

Rappelle que pendant plusieurs semaines, en 1908, un professeur de la Faculté de médecine a été victime de violences identiques à celles qui se sont produites pendant un jour contre les membres du jury de l'agrégation, cela sans que la police ait été convoquée ;

Donne son approbation sans réserves à la protestation de l'*Association corporative des étudiants en médecine* ;

Proteste de la manière la plus énergique auprès de M. le Président du Conseil et de M. le Ministre de l'Instruction publique contre l'introduction et le maintien de la force armée à l'école de médecine ;

Signale qu'au concours de chirurgie, la salle était occupée d'une manière préventive et avant toute manifestation par la force publique ;

Décide que cet ordre du jour sera adressé à M. le Président du Conseil, à M. le Ministre de l'Instruction publique, au Conseil de la Faculté de Paris, aux journaux médicaux et politiques, et, d'autre part, à l'*Union des Syndicats médicaux de France*, qui sera saisie de la question de principe soulevée par l'occupation militaire d'une école de médecine.

Chronique de l'Assistance médicale gratuite

Un nouvel exploit de M. Chéron.

La vigilance bien connue de M. le sous-secrétaire d'Etat, M. Chéron, ne s'étend pas qu'à nos soldats et marins ; elle s'occupe aussi de faire faire au département du Calvados des économies dans le domaine de l'Assistance médicale gratuite. En cela, M. Chéron a parfaitement raison, mais le moyen qu'il préconise est un peu naïf ; il y a des abus médicaux, dit-il ; faisons des économies en établissant le forfait, l'abonnement, à la place du tarif à la visite. Ce n'est pas plus difficile que cela.

Allant même plus loin, M. Chéron prévoit des résistances de la part du corps médical ; d'où, d'après lui, la nécessité de créer un corps de médecins départementaux, médecins fonctionnaires.

L'idée de M. Chéron n'est pas à rejeter sans examen : la création d'un corps de praticiens administratifs ne serait pas chose mauvaise, à la condition que ces médecins soient suffisamment payés et que leur traitement ne soit pas analogue à ceux infimes que l'on a l'habitude de donner au praticien ; il conviendrait que ces appointements soient plus corrects sans se rapprocher pourtant de ceux d'un sous-secrétaire d'Etat. Tout comme les députés, M. Chéron, les médecins veulent de l'augmentation.

Donc, en suivant le raisonnement de M. Chéron, puisque les médecins s'obstinent à vouloir être payés à la visite et qu'ils entendent toucher des honoraires raisonnables, il serait créé un corps de « médecins départementaux spécialement attachés au service de la science et de l'intérêt public ».

Sans relever ce que cette phrase contient d'ampoulé, phrase bonne à dire dans une réunion électorale, on pourrait dégager de l'idée de M. Chéron les notions suivantes :

1° Les médecins se plaignent d'être mal rétribués ;

2° Les indigents se plaignent de ne pas être libres de choisir leur médecin, c'est-à-dire de n'avoir pas le droit de confier leur peau (leur seul capital) au praticien qui, à tort ou à raison, leur inspire confiance ;

Ils se plaignent à cause de cela d'être trop souvent dirigés sur l'hôpital, alors qu'ils préféreraient rester au milieu des leurs ;

3° La commune, le département dénoncent des abus, soit du fait du nombre de visites, soit à cause des ordonnances trop chargées.

Je n'ai pas l'intention de discuter ce troisième point ; dans certains cas, rares à la vérité, ces dernières plaintes ont peut-être du fondement.

D'où la possibilité de la création du corps de médecins fonctionnaires, pour combattre ces abus mais pas à la manière de M. Chéron. Le médecin fonctionnaire est, pour moi, un praticien représentant l'administration et chargé de contrôler. L'administration paye, elle a le droit de contrôle. Pour cela faire, elle a donc le choix ou bien entre les médecins fonctionnaires, ne faisant que du contrôle, *n'ayant absolument pas le droit de faire de la clientèle* ; ou bien, si on recule devant cette création, faire faire le contrôle par une commission composée mi-partie de conseillers généraux, mi-partie de médecins nommés par le Préfet, sur une liste présentée par les syndicats médicaux du département.

En bon Français qu'il est, M. Chéron penche pour le médecin fonctionnaire. A mon avis, ce praticien, qui ne devra jamais faire de clientèle, pourra inspecter, contrôler le département ou l'arrondissement ou le canton, suivant le nombre de nominations. A lui d'enquêter pour savoir si les médecins de telle localité font trop de visites pour l'A. M. G., pour les enfants-assistés ; à lui de connaître les ordonnances des médecins, centralisées tous les mois entre ses mains ; et d'y reconnaître si tel ou tel confrère ordonne trop facilement des préparations chères, qui pourraient être remplacées par des produits similaires, mais de prix inférieur. C'est lui qui, en pareille circonstance, irait trouver le confrère et lui demanderait confraternellement compte de sa conduite, pourrait connaître le cas particulier pour lequel ces médicaments chers ont été ordonnés, etc.

A ce fonctionnaire d'inspecter les nourrices faire la besogne d'inspection de la protection du premier âge, étant encore bien entendu que jamais il n'aura à soigner un enfant.

A lui encore d'inspecter les hôpitaux, de surveiller les commissions administratives, de connaître les petits conflits journaliers entre commissions et médecins.

Croyez-vous que ce médecin fonctionnaire n'aurait pas de travail ? Sa création serait, à mon avis, la meilleure solution, car nous pourrions dire aux pouvoirs publics : « Nous demandons pour tous nos malades le droit de choisir librement leur médecin ; nous demandons pour nous la suppression des forfaits et l'établissement du tarif à la visite ; mais vos médecins contrôleurs pourront vous donner la sécurité et la certitude que nous ne commettrons pas d'abus. S'en produirait-il ? Ce fonctionnaire étant lui-même médecin pourrait juger, en connaissance de cause, du bien fondé des arguments du praticien en faveur de sa conduite ».

Voici les fonctionnaires que vous devez demander, M. Chéron, et non point des médecins qui feraient la médecine à l'abonnement. Le fonctionnarisme tel que vous le concevez, avec le traitement à l'année, sera la mort du dévouement et de l'émulation. Souvenez-vous que si, d'une part, l'administration estime qu'elle paye toujours les visites trop cher, les malades trouvent que le médecin à forfait est trop avare de ses soins et le médecin à forfait estime toujours qu'on exige trop de lui, pour le maigre salaire qu'on lui alloue.

Rétribution honorable, à la visite, contrôlée par un corps spécial de médecins fonctionnaires, voilà une solution, celle que proposent Syndicats et Congrès médicaux. Dr Paul Boudin.

L'assistance médicale gratuite au Conseil général du Calvados.

(Extrait de l'*Année médicale de Caen.*)

Nos confrères liront plus loin avec peine les regrettables paroles prononcées par M. Henry Chéron lors de la dernière session du Conseil général du Calvados et approuvées par cette Assemblée.

Nous les faisons suivre de la réponse qui lui a été adressée par le Directeur de notre journal, M. le Dr Gidon, président du Syndicat médical de l'arrondissement de Caen. Nous publions également l'ordre du jour de protestation voté lors de la dernière assemblée de notre Syndicat.

L'incident nous paraît d'autant plus fâcheux qu'il survient au moment même où M. le Préfet du Calvados vient de constituer une commission chargée d'étudier avec le corps médical les modifications indispensables à apporter au fonctionnement actuel du service de l'Assistance médicale gratuite.

Dans un esprit d'équité et d'impartialité dont nous ne saurions trop le féliciter et le remercier, M. le Préfet a tenu à faire entrer dans la constitution de cette commission un représentant de notre Syndicat, ainsi qu'un confrère ne faisant pas partie du service de l'Assistance médicale.

Le corps médical du Calvados attend avec confiance le résultat des travaux dressés par M. le préfet.

Quant à nous, nous osons espérer que les paroles du député de Caen ont dépassé sa pensée, et nous serions heureux s'il voulait prendre connaissance du remarquable rapport sur la question du libre choix pour l'Assistance médicale gratuite présenté, il y a deux ans, au Congrès de Lille par MM. Bombart, Boudin, Boutry, Gairal et Lemière.

Il y verrait que, si les Syndicats médicaux réprouvent partout et toujours les abus et recherchent les moyens de les faire disparaître, ils ne sauraient, en aucune circonstance, obéir aux menaces quand bien même elles sortiraient de la bouche d'un membre du Gouvernement.

I. — *Extrait du compte-rendu de la séance du Conseil général du jeudi* 12 *mai* 1910, *publié dans le* Journal de Caen *du* 14 *mai dernier.*

M. Henry Chéron signale l'augmentation croissante des honoraires des médecins. Il y a des abus. Depuis longtemps, la commission des finances le signale. C'est uniquement le système de

l'abonnement qui permettra d'y remédier. C'est l'intérêt des finances départementales, mais c'est aussi l'intérêt des malheureux qu'on ne gaspille point les deniers publics, afin de permettre au département de conserver les ressources nécessaires pour de nouvelles œuvres de solidarité sociale.

M. Henry Chéron dit qu'il connaît d'ailleurs le dévouement et le désintéressement de l'immense majorité du Corps médical. Il est convaincu que les médecins eux-mêmes collaboreront à la répression des abus.

M. le comte Foy, président de la Commission des finances, appuie les observations de M. Henry Chéron et dit qu'il a exprimé le sentiment de la Commission tout entière.

M. le Préfet dit que le monde médical reconnaît lui-même les abus. Une commission a été instituée. Elle a commencé ses travaux. Les médecins y sont représentés. Le Préfet pense qu'elle aboutira.

M. le docteur Moutier reconnaît en effet que des abus graves ont été constatés. Comment y remédier ? La question est délicate. Un grand nombre de médecins paraissent disposés à refuser le système de l'abonnement, M. le docteur Moutier en est partisan.

M. Henry Chéron dit que M. le docteur Moutier vient de prononcer des paroles qui lui font honneur. Mais elles soulèvent une grave question. M. Moutier a dit que les médecins refuseraient le système de l'abonnement. Si le conseil général le vote, faut-il en conclure que les médecins refuseront d'assurer le service d'assistance ?

M. le docteur Moutier réplique qu'il craint de graves difficultés.

M. Henry Chéron dit alors énergiquement : « Si un fait aussi grave se produisait, si des médecins, pour une question d'argent, refusaient leurs soins à des malheureux, le conseil général se souviendrait que ses divers services d'assistance et d'hygiène sont suffisamment nombreux pour motiver la création d'un corps de médecins départementaux spécialement attachés au service de la science et de l'intérêt public. Ils ne manquent pas, les jeunes gens sortant des hautes écoles, qui ne demandent qu'à se dévouer et à travailler. La sélection d'un concours nous assurerait des sujets d'élite. Il est bon que nous dédiions les intentions que je viens d'exprimer à ceux qui voudraient résister à la volonté légitime du Conseil général, qui consiste à défendre à la fois les finances publiques, l'intérêt des assistés et la dignité des institutions sociales du département. » (Marques chaleureuses d'approbation.)

Les conclusions du rapport de M. Henry Chéron sont adoptées à l'unanimité.

II. — *Lettre ouverte adressée à Monsieur Henry Chéron, sous-secrétaire d'Etat, Député de Caen, Conseiller général du Calvados, par M. le Dr Gidon, président du Syndicat Médical de l'arrondissement de Caen.*

Caen, le 17 mai 1910.

Monsieur Chéron,

Comme suite à l'entretien que vous avez bien voulu m'accorder samedi, voulez-vous me permettre d'appeler de nouveau votre attention sur le libre choix du médecin dans son application à l'assistance médicale gratuite.

Cette question, qui intéresse le corps médical tout entier, a occupé la séance de la Chambre du 2 mars dernier et semble avoir marché vers une solution favorable. La loi sur les accidents du travail ayant déjà reconnu pour l'ouvrier blessé le libre choix du médecin, pourquoi nos législateurs le refuseraient-ils aux autres ?

Le Syndicat de l'Arrondissement de Caen, dont j'ai l'honneur d'être le président, a suivi avec intérêt toutes les discussions à ce sujet. Il avait, avant les élections législatives, reçu mission d'informer les candidats que ses membres n'accorderaient leur confiance et leur vote qu'à ceux qui prendraient l'engagement formel d'assurer, à chaque citoyen, *la liberté absolue dans le choix* de son médecin, en adoptant à la Chambre toute proposition présentée dans ce but. J'ai été le premier à conseiller aux membres du Syndicat de ne pas s'engager dans cette voie. Il nous semblait d'ailleurs à tous que les idées que vous avez toujours émises sur la mutualité, l'assistance et toutes œuvres démocratiques en général, nous étaient un sûr garant de la position que vous prendriez dans la lutte pour le libre choix.

Au cours d'une réunion instituée en vue de rechercher les améliorations à apporter au fonctionnement de l'assistance médicale gratuite, et dont je faisais partie, M. le Préfet nous a mis au courant des vices de ce fonctionnement et m'a adressé un relevé succinct des modifications qu'il paraît désirable d'introduire dans la réglementation actuelle du service pour permettre de maintenir le système vosgien en vigueur.

Membre de la commission au titre de Président du Syndicat, je soumettrai à ce dernier, dans une très prochaine séance, les modifications proposées.

Vous devez bien penser qu'il est difficile d'étudier ces modifications sans toucher aux opinions qui ont été émises dans la dernière séance du Conseil général. Et voilà pourquoi j'ai voulu vous mettre au courant des idées qui règnent dans notre syndicat.

Il me semble bon de rappeler tout d'abord ce qui a été proclamé par tous ceux qui ont souci du pauvre, et répété à la Chambre par M. Laurent : « Ce que les mutualistes, les riches, peuvent obte- « nir, il faut l'accorder à l'indigent, bien plus à « plaindre encore que tous les autres lorsqu'il est « malade. La confiance du malade dans son méde- « cin est une des premières conditions de la gué- « rison. Un médecin que a la confiance de son « malade peut faire des miracles. Si, au contraire, « le malade n'a pas confiance en son médecin, il « ne guérira pas ; et, dans certains cas, enlever au « malade le droit de choisir son médecin c'est le « condamner à mort. — C'est comme si vous en- « leviez à un accusé le droit de choisir son avocat; « et vous, qui ne voudriez pas priver un accusé de « ce droit, vous accepteriez d'enlever à un ma- « lade, parce qu'il est pauvre, le droit de choisir « son médecin ! — C'est un singulier état d'es-

« prit que de vouloir refuser à toute une catégo-
« rie de citoyens, aux plus humbles, une liberté
« qui leur est nécessaire, une liberté qui sauve-
« garde à la fois leur dignité, leur santé sans aug-
« menter les dépenses de l'Assistance. C'est à la
« fois un acte de défiance vis-à-vis des médecins
« et vis-à-vis des malades. Vous devez au Corps
« médical tout entier, si dévoué, si honnête, si
« prêt à vous seconder dans toutes vos œuvres
« sociales, cet acte de haute justice qui n'est mê-
« me qu'un acte de simple équité. »

Ces paroles ont été prononcées dans la séance de la Chambre du 2 mars. Elles font partie d'une discussion à laquelle prirent part MM. Laurent, Bouveri, Sireyjol, Paul Constans, le sous-secrétaire d'Etat aux finances, Pierre Leroy-Beaulieu, Dudouyt.

Vous me répondrez, je n'en doute pas, qu'en principe vous êtes d'accord avec M. Laurent, mais que l'augmentation des dépenses vous oblige à modifier votre opinion.

Dans la même séance, M. Laurent ajoutait que, d'après ses statistiques, si l'on envisage l'ensemble de la France, le coût de l'assistance médicale est plus élevé dans les départements où le libre choix n'existe pas, c'est-à-dire qu'il est de 16,50 par indigent et par an dans ces départements, tandis qu'il n'est que de 15,85 dans les départements où existe le libre choix.

A cette affirmation vient s'ajouter celle de M. Dudouyt : « En dehors du libre choix il y a le sys-
« tème forfaitaire ou le système à l'abonnement.
« C'est entre ces différents systèmes que les Con-
« seils généraux sont appelés à fixer leur choix.
« L'an dernier, sur le même article, j'ai démontré
« qu'avec le système du libre choix adopté par la
« presque totalité des communes de la Manche, et
« en particulier de l'arrondissement de Cou-
« tances, que j'ai l'honneur de représenter, on
« avait soigné les quatre cinquièmes des malades
« pour le même prix que le dernier cinquième
« qui usait d'un autre système ».

Cette augmentation de dépenses dans le Calvados est-elle due au système du libre choix lui-même ou à des abus ? Avez-vous constaté que ces abus existent ? Les avez-vous recherchés ? En avez-vous combattu ?

Il me semble indispensable de régler toutes ces questions avant de condamner le système en vigueur.

La première cause de cette augmentation vient de l'inscription trop facilement faite par les maires sur la liste d'assistance.

Je n'ai pas besoin d'insister sur les motifs de cette complaisance.

La seconde vient des malades, qui font appeler et revenir le médecin, alors qu'ils pourraient se déplacer pour aller le consulter.

La troisième vient des médecins, qui peuvent se rendre trop fréquemment près de malades qu'ils pourraient avertir que leur état leur permet de se déplacer pour venir les voir ! — qui pourraient se dispenser quelquefois de faire des ordonnances à chaque visite, et se souvenir qu'il existe un formulaire-tarif qu'ils doivent suivre exactement ; — qui devraient enfin formuler avec plus de réserve sur les quantités.

La quatrième peut s'appliquer au pharmacien qui peut se prêter à de coupables combinaisons pour augmenter ses bénéfices.

Croyez-vous qu'il y ait là des raisons suffisantes pour faire condamner le libre choix.

Les mêmes abus peuvent se produire quand le medecin est choisi par le Préfet.

Avant de condamner, commencez par régulariser le fonctionnement.

Les maires n'ont qu'à faire strictement leur devoir pour remédier à la première des causes que j'ai signalées.

J'estime que pour faire cesser les autres, il n'y a qu'à frapper quand on tient les coupables. J'ai des raisons de dire que la chose est facile.

Vous ne me contredirez pas, je pense, si j'affirme qu'il y a dans le corps médical du dévouement et de l'honnêteté. Donnez-lui donc les moyens de conserver cette réputation qu'il mérite.

Ce n'est pas une question d'argent seule, comme le compte-rendu de la séance du Conseil général vous le fait dire, mais une question de principe, le libre choix, qui le fait agir. Et quand j'entends mettre en avant cette question d'argent, je ne puis m'empêcher de prier ceux qui en parlent de constater que toutes les fois qu'on veut porter remède aux misères de l'humanité on fait appel non seulement au dévouement des médecins, dévouement qu'ils ne marchandent jamais, mais encore à leur désintéressement ; on fait peser sur eux la charge des lois sociales en leur imposant des tarifs de famine.

J'ajoute avec M. Sireyjol qu'un médecin est un prolétaire comme un autre, qui a besoin de gagner sa vie, et qui n'a très souvent que son travail pour subvenir à ses charges de famille.

Laissons de côté, si vous le voulez bien, la question argent, comme vous semblez l'envisager. Disons simplement que toute peine mérite salaire, que le désintéressement, est une qualité qu'on ne peut nous enlever, mais que, pour être désintéressé à l'extrême, il faut d'abord être riche.

En résumé, M. Chéron, je pense que vous avez parlé de la question du libre choix du médecin sans la connaître.

Vous avez constaté une augmentation de dépenses, et, sans chercher quelles en sont les causes vous vous êtes dit augmentation = médecin, et vous avez condamné le libre choix.

J'espère qu'un examen plus approfondi modifiera votre opinion.

Ordre du jour voté par le Syndicat médical de l'arrondissement de Caen dans sa séance du jeudi 19 *mai* 1910 (1).

Les membres du Syndicat médical de l'arrondissement de Caen, réunis en Assemblée générale le jeudi 19 mai 1910, après avoir pris connaissance de la discussion à laquelle a donné lieu la question de l'Assistance médicale gratuite au

(1) Cet ordre du jour a été adopté à l'unanimité des membres présents.

Conseil général du Calvados dans sa séance du 12 mai dernier,

Regrettent que M. Chéron ait pris texte de quelques abus signalés dans le service pour en faire retomber le poids sur l'ensemble du Corps médical du Calvados ;

Protestent énergiquement contre les termes comminatoires dont il a cru devoir se servir ;

Regrettent que le Conseil général tout entier ait donné son approbation aux paroles de M. Chéron,

Et approuvent les observations que M. Gidon, président du Syndicat, a adressées à cette occasion à M. Chéron.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les Commissions d'arbitrage entre Syndicats médicaux et Compagnies d'assurances.

Les lecteurs du *Concours médical* vont bientôt pouvoir lire le texte de la Convention-type réglant le fonctionnement des commissions d'arbitrage et élaborée par les soins de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Cette question de l'arbitrage a depuis longtemps, on le sait, préoccupé nos confrères Jeanne, Diverneresse et Noir, qui sont là comme ailleurs les ouvriers de la première heure et qui avaient non seulement étudié la question, mais formulé des précisions très nettes.

Malgré leurs efforts, ces projets n'aboutirent pas à ce moment à une réalisation, et il faut attendre jusqu'en 1907 pour voir un essai d'arbitrage tenté par l'Association de la Banlieue-Ouest de Paris sous l'impulsion de M. Lecerf et Fournier qui, sans réaliser tous les desiderata formulés, donna cependant des résultats incontestables.

Devant cet essai, le Syndicat des Médecins de la Seine eut l'idée à son tour, malgré les difficultés dues au grand nombre de ses adhérents (quinze cents) de tenter une expérience analogue. Philippeau et Guillemonat entamèrent en 1909 des pourparlers avec les assureurs.

Leur idée était, sans s'attacher de suite à obtenir la perfection, d'essayer de faire à Paris, ce qui avait été fait à la Banlieue-Ouest, et si l'expérience réussissait, de faire subir au texte de la Convention toutes modifications reconnues utiles.

Le texte de leur convention fut copié sur le texte même qui avait servi de base au fonctionnement de la Commission d'arbitrage en Banlieue. Vingt et une compagnies d'assurances, les principales, signèrent et des arbitres chargés de rendre les sentences arbitrales furent désignés tant du côté des médecins que du côté des assureurs. Voici les noms des Compagnies qui signèrent la Convention :

1° La Prévoyance ;
2° La Préservatrice ;
3° La Zurich ;
4° Le Syndicat général de garantie du bâtiment et des travaux publics ;
5° La Foncière ;
6° La Caisse commune de l'industrie et du bâtiment ;
7° La Société Suisse d'assurances contre les accidents dite la Winterthür ;
8° L'Alimentation ;
9° L'Urbaine et la Seine ;
10° La Participation ;
11° La Paix ;
12° L'Abeille ;
13° L'Association industrielle des Travailleurs français ;
14° La Garantie ;
15° L'Union et le Phénix Espagnols ;
16° La Compagnie générale d'assurance contre les accidents ;
17° Le Secours ;
18° La Caisse syndicale d'assurances mutuelles des foyers de France contre les accidents du travail ;
19° La Caisse syndicale d'assurances mutuelles des Industries textiles de France contre les accidents du travail ;
20° La Caisse Syndicale d'assurances mutuelles des industries sucrières de France contre les accidents du travail ;
21° L'Union industrielle du Nord.

Une difficulté résidait dans le mode de nomination du Président. Il eût été évidemment désirable de trouver pour remplir cette fonction une personnalité absolument indépendante et sans attache aucune, soit du côté des assureurs, soit du côté des médecins. Cela fut impossible et la difficulté fut résolue par l'ingénieuse solution suivante, due à M. Cayla.

M. Cayla avait proposé qu'un président fût nommé par les médecins et un autre par les assureurs, la Commission devant être présidée alternativement, tantôt par un président médecin et tantôt par un président assureur, avec cette précaution que, dans une même séance, les litiges étant divisés en lots d'égal nombre et d'importance numérique à peu près égale, fussent arbitrés successivement sous chacun des deux présidents.

Cette solution mise en pratique donna de très bons résultats.

On aurait pu craindre que les solutions adoptées diffèrent complètement suivant le président et qu'il ne se produisît quelque chose d'analogue aux sentences prononcées par les conseillers prud'hommes.

Il n'en fut rien, et on peut dire que dans la grande majorité des cas les sentences ont été rendues pour ainsi dire à l'unanimité des membres de la Commission. Ce qui est vraiment tout à fait digne d'être remarqué.

C'est ainsi que la question du cumul jugée parfois différemment par certains juges de paix et même certains experts, fut tranchée constamment par l'affirmative et érigée en principe absolu dès la première séance de la Commission.

Parmi les résultats à retenir, on peut citer le règlement à l'amiable de certains litiges, quelques instants avant la comparution des parties.

On peut citer aussi la grosse économie de temps et une notable économie matérielle pour les médecins. Car, dans la plupart des cas, les litiges sont tranchés dans une seule et même séance.

Après un délai de cinq jours, les décisions prises sont notifiées par les soins du secrétaire tant au médecin qu'à la Compagnie et dans les huit jours qui suivent cet avis la Compagnie est tenue de faire payer au domicile du médecin le montant des honoraires arbitrés par la Commission.

Cependant l'Union des Syndicats médicaux de France avait suivi avec intérêt l'expérience du Syndicat des médecins de la Seine ; certains points de la Convention ne donnaient pas entièrement satisfaction à ceux qui depuis longtemps avaient étudié la question et, à juste titre, MM. Noir, Jeanne et Diverneresse désiraient les voir modifier.

Il s'agissait particulièrement du mode de nomination des arbitres, de la question de savoir si les sentences devaient ou non être, dans tous les cas, motivées, et enfin, du local dans lequel devaient avoir lieu les séances. Dans son assemblée générale de novembre l'Union désigna une Commission chargée d'élaborer un projet de convention-type très minutieusement étudiée en faisant d'une part intervenir les desiderata théoriques, et d'autre part, les données de l'expérience acquise.

On verra dans le texte de cette convention type, qu'il a été considéré comme désirable que les arbitres médecins fussent nommés par l'Assemblée générale de leur syndicat et au scrutin secret et, d'autre part, que les sentences fussent motivées toutes les fois que les parties en feraient la demande et également toutes les fois que les arbitres le jugeraient utile.

Pour la question du local, le projet stipule que les séances devront avoir lieu dans un local neutre.

Dès à présent sur ce point, nous avons pu obtenir à Paris que la Commission, qui se réunissait primitivement au Siège social d'une Compagnie, se réunît au Ministère du Travail (Grande salle des Commissions) et cela régulièrement : le 1er et le 3e mardi de chaque mois.

Le fonctionnement des commissions d'arbitrage présente encore un avantage qu'il convient de signaler : une jurisprudence s'établira par la force même des choses et en raison des sentences rendues et motivées, qui rendra grandement service aux parties en cause, puisqu'elle aura été établie par un Tribunal de compétence. En outre, ces Commissions appliquant constamment le tarif Dubief, il sera possible de plus en plus d'en apercevoir et d'en mettre en lumière les lacunes et on sait que l'éventualité toujours imminente de la révision de ce tarif rend précieuses toutes les données qui permettront d'une façon précise et en quelque sorte expérimentale, de lui faire subir toutes les modifications nécessaires.

Il faut d'ailleurs noter que certains juges de paix ont d'ores et déjà, envoyé des parties devant la Commission d'arbitrage pour examiner en qualité d'expert des litiges intéressant des médecins même non syndiqués.

Ces quelques données permettent de comprendre toute l'importance et toute la portée de la convention type que viennent d'élaborer les délégués de l'Union des Syndicats.

Il s'agit là d'un projet très au point, dont nos confrères des départements pourront s'inspirer avec profit.

MM. Dausset, Diverneresse, Fournier, Helme, Jeanne, Levassort, aidés de Mes Gatineau et Rocher, ont fait une œuvre éminemment utile et qui certainement doit servir de base aux Syndicats qui jugeront bon de créer à leur tour des commissions d'arbitrage. Il ne s'agit pas, bien entendu, d'un texte absolument intangible, et de petites modifications de détail, imposées par les circonstances ou les régions, pourront y être apportées ; mais les grandes lignes, et cela se conçoit, devront en être conservées, car elles sont basées sur l'expérience d'hommes qui ont beaucoup réfléchi à la question et elles ont reçu la consécration d'une expérience déjà suffisamment prolongée pour qu'on puisse se rendre compte de leur valeur et de leur grande utilité au point de vue de la pratique courante.

Ch. TOURTOURAT.

ÉTUDES ET PROJETS

N° 3315. — Chambre des députés, neuvième législature, Session de 1910.

Annexe au procès-verbal de la 2e séance du 29 mars 1910.

Rapport fait, au nom de la Commission de l'enseignement et des beaux-arts chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'inspection médicale dans les écoles primaires publiques et privées,

Par M. Ferdinand BUISSON, député.

Messieurs,

Le projet de loi sur l'inspection médicale, que vous venez de renvoyer à l'examen de votre Commission de l'enseignement, était attendu depuis longtemps.

Non seulement, le principe de cette inspection médicale est inscrit dans la loi organique de l'enseignement primaire (art. 9 de la loi du 30 octobre 1886), mais l'administration centrale et de nombreuses administrations départementales ou communales en ont fait une première et heureuse application sous les formes les plus diverses. Paris et plusieurs de nos grandes villes ont créé de toutes pièces des services remarquables d'inspection hygiénique et médicale. Des expériences du plus haut intérêt, organisées dans les écoles publiques, des relevés statistiques portant sur l'état sanitaire des enfants de différents âges dans différentes conditions, ont montré l'impor-

tance capitale qu'aurait certainement une enquête méthodique, régulière et permanente sur la marche du service scolaire au point de vue de la santé des jeunes générations.

Enfin, la Commission permanente de préservation de la tuberculose, saisie de la question, y a consacré de nombreuses séances et a chargé une sous-commission de rechercher les moyens pratiques d'une organisation générale de cette surveillance hygiénique de l'école. C'est sur les indications de cette sous-commission qu'a été adopté, après une longue et minutieuse étude, un type de livret sanitaire ou de carnet de santé dont chaque élève serait pourvu et qui permettrait de le suivre, à ce point de vue, pendant toute la durée de la scolarité.

C'est à l'ensemble de tous ces efforts que le Gouvernement nous demande de donner à la fois une sanction et un encouragement par le projet de loi qu'il a déposé.

Ce projet, comme il est naturel, fait suite en quelque sorte à la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite. Il en est pour ainsi dire un mode nouveau et particulier d'application. Il donne un corps à l'inspection médicale prévue par la loi scolaire. Il la rend possible en en faisant l'objet d'un service public régulièrement constitué. Il lui trace des règles, lui assigne des conditions d'action, lui donne des organes, définit ses droits et ses devoirs, indique les fonctions qu'elle devra remplir, les limites qu'elle ne devra pas dépasser. Il la dote enfin d'un statut et d'un budget.

Votre commission a examiné les détails du régime que le Gouvernement recommande à votre approbation. Et, sauf d'insignifiantes modifications de rédaction, elle vous propose d'en accepter l'ensemble et les détails.

Article premier. — L'article premier pose le principe ; Il y aura dans chaque département un service d'inspection médicale de toutes les écoles publiques et privées, organisé dans les conditions prévues par la loi du 15 juillet 1893.

Les attributions du Conseil général seront pour ce service ce qu'elles sont pour les autres parties de l'assistance médicale gratuite.

L'article dispose que la désignation des médecins inspecteurs appartiendra au Préfet. Nous n'avons pas cru nécessaire d'ajouter dans le texte de la loi ce qui se fera par la force des choses et suivant l'usage : le Préfet tiendra compte des avis et des témoignages qui lui parviendront de la part des comités d'hygiène et des autorités compétentes pour le renseigner sur la valeur technique des candidats.

Article 2. — L'article 2 énumère, avec des détails très précis, les divers objets sur lesquels portera l'inspection du médecin dans les écoles.

Il examinera les locaux scolaires et le mobilier des internats et des externats en signalant, pour les installations déjà existantes, les corrections nécessaires et les améliorations possibles.

Il examinera la manière dont fonctionnent les divers services important à l'hygiène collective des classes, depuis l'aération des locaux jusqu'à l'éclairage diurne et nocturne, depuis le régime alimentaire jusqu'à la répartition des heures de travail et de sommeil, de repos et d'exercice.

Il ira plus loin, et c'est une des nouveautés capitales que prépare la loi. Deux fois par an, il examinera les élèves de manière à pouvoir noter, semestre par semestre, les changements notables qui peuvent se produire depuis leur entrée à l'école.

Tout le monde sait combien il peut être important, soit pour l'élève lui-même, soit pour ses camarades, que l'attention d'un homme compétent soit appelée sur ces faits qui échappent parfois à l'observation même des parents. Souvent l'instituteur peut constater dans l'état sanitaire de l'enfant des troubles qui se manifestent par des bizarreries dans sa conduite, dans son travail, dans son développement intellectuel.

Toutes ces observations du médecin seront consignées dans un carnet, livret ou feuillet sanitaire dont il aura seul la responsabilité et dont seul aussi il pourra faire usage. C'est là que seront consignés, par exemple, « les résultats de son examen sur l'état des voies respiratoires, du système cutané, sur les organes de la vue et de l'ouïe, sur la dentition, etc. ». La commission estime même que ces mots n'ont pas besoin de figurer dans la loi, puisque la loi remet à l'inspecteur le soin de rédiger le document d'après un spécimen-type annexé au règlement d'administration publique.

Un de nos collègues, sans faire objection au texte proposé, a tenu à rappeler que, bien entendu, le médecin inspecteur, dans cet examen individuel des élèves, se garderait de tout empiètement sur les attributions des médecins des familles.

Enfin, viennent les mesures de prévention et de défense contre la tuberculose et la contagion des maladies tuberculeuses ou autres. C'est évidemment une des principales raisons d'être de la loi proposée.

La commission était d'avis de supprimer au dernier § 4 l'article ainsi conçu : « Le médecin inspecteur devra constater le degré d'instruction des élèves en matière d'hygiène et en référer, s'il y a lieu, à l'inspecteur d'académie ».

Confier au médecin cette appréciation de l'enseignement que l'instituteur a donné, ce serait, nous a-t-il semblé, courir le risque de faire naître des conflits avec l'inspecteur primaire, seul chargé de tout ce qui concerne l'enseignement.

Article 3. — L'article 3 détermine, conformément aux règles posées par la loi du 15 juillet 1893, le taux et le mode de paiement des dépenses qu'entraînera le fonctionnement de l'inspection médicale scolaire. Les indications du Gouvernement nous paraissent répondre aux conditions pratiques que comporte l'organisation de ce nouveau service.

Articles 4 à 6. — Les derniers articles règlent, d'une manière que la commission n'a pu qu'approuver, des questions secondaires qui n'ont donné lieu à aucun débat.

En conséquence, la Commission a l'honneur de

vous proposer d'adopter le projet de loi dont suit la teneur.

PROJET DE LOI

Article premier. — Le service de l'inspection médicale des écoles publiques et privées est organisé dans chaque département, dans les conditions prévues aux articles 4 et 5 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Le Conseil général déterminera notamment les circonscriptions médicales, le nombre des médecins inspecteurs, le mode et le montant de leur rémunération.

La désignation des médecins inspecteurs appartient au préfet.

Art. 2. — L'inspection médicale des écoles doit porter :

1° Sur les locaux scolaires et sur le mobilier scolaire, soit des internats, soit des externats. A ce titre, l'inspection médicale est appelée à donner son avis sur le choix des emplacements, sur les plans et aménagements des établissements scolaires, sur le choix du mobilier scolaire. Pour les établissements déjà existants, elle signale les imperfections des locaux ou du matériel et indique les améliorations à réaliser ;

3° Sur l'hygiène des établissements ;

A ce titre, elle doit assurer l'observation des règlements concernant l'aération, l'alimentation, le chauffage, l'éclairage, les soins de propreté, ainsi que des règlements qui fixent la durée du travail sédentaire, du repos, du sommeil, des repas, des exercices physiques.

3° Sur l'état sanitaire des élèves ;

Le médecin inspecteur procède, au moins deux fois par an, aux époques fixées par le règlement arrêté conformément à l'article 1er, à l'examen individuel des élèves. Il consigne les résultats de ce examen, pour chaque élève, sur un carnet ou livret sanitaire dont il a la responsabilité.

4° Sur l'observation des conditions imposées au personnel des écoles en matière d'hygiène par les règlements ;

5° Sur les mesures hygiéniques spéciales relatives à la tuberculose et aux maladies contagieuses.

Le médecin inspecteur assure l'observation de toutes les prescriptions réglementaires qui tendent à mettre l'école à l'abri de ces maladies.

Chaque fois que des cas de maladies contagieuses se manifestent dans un établissement scolaire, le médecin inspecteur est immédiatement prévenu et appelé à donner son avis sur la mesure urgente à prendre par l'administration académique.

Avis des constatations faites des mesures prises est donné, suivant le cas, au service départemental d'hygiène ou au bureau d'hygiène.

Art. 3. — Les dépenses du service de l'inspection médicale des écoles comprennent :

Les frais de livrets et d'imprimés ;

Les indemnités allouées aux médecins inspecteurs.

Ces dépenses sont obligatoires.

Elles sont supportées par les communes, les départements et l'Etat, dans les conditions fixées aux articles 27, 28 et 29 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Toutefois, dans le cas où le montant total des indemnités allouées aux médecins inspecteurs pour le département excéderait un maximum calculé à raison de 0 fr. 30 par enfant inscrit au siège de la circonscription d'inspection et dans les communes situées dans un rayon de 10 kilomètres, et de 0 fr. 40 par enfant inscrit dans les communes distantes de plus de 10 kilomètres, l'excédent de dépenses n'entrerait pas en compte pour la détermination de la subvention de l'Etat.

Art. 4. — Les communes ou syndicats de communes qui justifieront d'un service d'inspection médicale des écoles suffisant aux exigences de la présente loi peuvent être autorisés, par une décision spéciale du Ministre de l'Instruction publique, à avoir une organisation spéciale.

Art. 5. — Les médecins du service de l'Inspection médicale des écoles ne pourront être considérés comme inéligibles au Conseil général ou au Conseil d'arrondissement à raison de leur rétribution sur le budget départemental.

Art. 6. — Un règlement d'administration publique déterminera les mesures nécessaires pour assurer l'exécution de la présente lo et notamment le modèle du livret sanitaire et les conditions dans lesquelles il sera conservé, communiqué et remis à la fin de la scolarité.

CORRESPONDANCE

Toujours à propos de l'agrégation.

Paris, le 19 juin 1910.

Monsieur le Directeur,

J'ai dénoncé publiquement, l'autre jour, dans ma leçon d'Agrégation à la Faculté de Médecine, l'attitude à mon égard de deux professeurs, qui s'étaient rendus coupables envers moi d'une grave injustice pendant mon concours de prosectorat.

M. le professeur agrégé Marion qui, sur leurs affirmations tendancieuses, s'était laissé entraîner à mettre en doute ma bonne foi, vient très loyalement après les documents que je lui ai fournis,de reconnaître son erreur et de m'adresser une rétractation publique, en la faisant précéder de la lettre suivante : « Mon cher Le Fur, « je t'adresse la rectification en question, heureux « si elle peut contribuer à faire cesser la légende « de cet incident. Reçois, mon cher Le Fur, l'as« surance de mes meilleurs sentiments.

« G. MARION ».

C'est cette rectification que je vous serais reconnaissant, M. le Directeur, de porter à la connaissance de vos lecteurs. *Elle contribuera, j'en*

suis sûr, à faire justice de ces insinuations, même après l'injustice dont j'ai été victime.

Veuillez agréer,

Docteur Le Fur.

Lettre de M. le Dr Marion à l'*Eclair*.

Monsieur le Directeur,

Dans un article que vous avez bien voulu publier, je faisais allusion à un incident de concours. Si le fait en lui-même était exact, l'interprétation que moi, avec beaucoup d'autres, lui avions donnée était fausse comme le prouvent des documents qui m'ont été fournis.

Je me vois donc obligé de nouveau de vous demander l'hospitalité de votre journal, car il me parait juste que l'honorabilité de la personne en question, que j'avais incriminée, soit complètement établie.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Je terminais un article paru dans l'*Eclair* du 5 mai par cette phrase :

« Qu'il me soit permis de signaler combien il « est risible de voir, parmi ceux qui attaquent le « plus violemment la justice des concours, cer- « taines personnalités qui, autrefois dans un con- « cours, n'ont pas craint de chercher à s'imposer « à leurs juges au détriment de leurs camarades « par des procédés que je ne qualifierai pas, et « de ce fait, les dossiers peuvent faire foi ».

Cette phrase faisait allusion à un incident qui s'était produit au concours de prosectorat de 1899. A ce concours, M. Le Fur, ayant changé un mot dans sa copie en la lisant, comme le prouve une pièce signée des membres du jury, que j'ai entre les mains, s'était vu donner une note très inférieure à celle que méritait sa copie.

Pour la plupart de ceux qui avaient eu connaissance de l'incident, il était admis qu'il y avait eu erreur voulue.

M. Le Fur, ému par l'article en question, m'a soumis plusieurs documents qu'il avait en sa possession, dont j'ignorais complètement l'existence parce qu'il ne les avait jamais communiqués, et qui, à mon avis, prouvent que, s'il y a eu erreur, elle fut involontaire.

Ce sont :

1° Tout d'abord une *protestation signée par tous les candidats concurrents de M. Le Fur à ce concours.*

Lettre de protestation en ma faveur signée par l'unanimité des candidats.

Monsieur le Président,

Il s'est passé hier dans la première séance de lecture du Concours du Prosectorat, un fait profondément regrettable. Un de nous a été accusé d'avoir modifié sa copie.

S'agissait-il d'une modification volontaire ou d'une simple erreur de lecture ? Une modification volontaire réclamait un zéro ; une erreur de lecture ne devait pas être reprochée. Or le Jury a bien voulu permettre la vérification et pour *nous tous* il paraît *évident* qu'il s'agit non d'une modification intentionnelle, mais d'une simple erreur de lecture.

Une modification volontaire se comprendrait d'autant moins que ce changement était absolument désavantageux pour le candidat.

Convaincus de l'*absolue honorabilité* de notre collègue Le Fur, certains qu'il est *incapable de commettre un acte contre l'honneur*, les concurrents au Prosectorat soussignés, *à l'unanimité*, vous prient respectueusement, Monsieur le Président, par tel acte qu'il plaira à l'unanimité du Jury, *d'établir d'une façon indiscutable l'absolue bonne foi de leur collègue*, laquelle, à leurs yeux, ne peut être mise un seul instant en doute.

Dans l'espoir, Monsieur le Président, que nous aurons au début de la prochaine séance la solution que nous désirons tous, nous vous prions, Monsieur le Président, d'agréer l'assurance de nos sentiments respectueux.

Suivait la signature de tous les candidats.

2° Le texte de l'allocution par laquelle M. le Professeur Duplay, Président du Jury, répondit à cette protestation et que voici intégralement :

Texte de l'allocution du président du jury, reconnaissant mon honorabilité et ma bonne foi.

Le président du jury a reçu la lettre suivante :

(*Suit la lettre de protestation des candidats que nous avons donnée plus haut*).

Le jury, après s'être réuni, m'a prié de vous communiquer sa réponse. Il y a un fait matériel qui, à son avis, a mérité une sanction. Je m'empresse de remarquer que les mots modifiés par M. le Fur dénaturent sa *phrase en en faisant une erreur alors que la version écrite était exacte.* Un tel changement en sa défaveur ne peut donc être interprété contre son honorablilté.

Mais le jury a pensé et pense néanmoins, car il ne peut revenir sur sa décision, qu'une copie lue si peu inexactement que ce soit ne peut avoir sa note intégrale, mais s'il avait eu la moindre suspicion contre M. Le Fur il l'aurait naturellement exclu en lui donnant 0.

Au contraire, en lui donnant 18, on a voulu lui montrer qu'il pouvait suivre le concours, et le jury sera très heureux et espère même le voir aux épreuves d'oral en lui montrant bien par là qu'il n'a jamais un instant pensé à lui retirer son estime.

3° La copie du *procès-verbal de la séance* rédigée par M. Hartmann.

Extrait du procès-verbal du 31 mai 1899.

Le Jury n'incrimine en rien la bonne foi de M. Le Fur ; la meilleure preuve en est qu'il a donné comme point 18 et non 0, n'ayant pas voulu l'exclure du concours pour un changement pendant la lecture, résultant, tout porte à le croire, d'un simple erreur involontaire. Néanmoins, comme le fait matériel existe, qu'une sanction est nécessaire, le jury maintient le point voté dans la dernière séance ; il espère que

M. Le Fur continuera à prendre part au concours, ce qui prouve qu'il ne suspecte pas l'honorabilité du candidat en question. »

Pour copie conforme :

Le secrétaire :

Signé : HARTMANN.

Ces documents me paraissent établir de la façon la plus absolue que s'il y a eu erreur matérielle de la part de M. Le Fur, elle fut involontaire. En conséquence, il ne peut plus être question d'erreur voulue entachant en quoi que ce soit son honorabilité et je retire la phrase par laquelle se termine l'article en question.

Dr G. MARION,

Président de la Société des Agrégés,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

REPORTAGE MÉDICAL

Etablissement Thermal de Vichy. — On nous communique la lettre suivante, adressée aux médecins par la Compagnie Fermière :

Paris, le 17 juin 1910.

Monsieur le Docteur,

Dans le cas où il vous serait agréable d'aller à Vichy, vous n'auriez, à votre arrivée, qu'à vous présenter à votre Inspecteur Général qui vous accordera, à vous-même, à votre femme et à vos enfants non mariés, les faveurs suivantes :

Le traitement gratuit en 1re classe ;

L'entrée au Casino ;

Des billets de soirée au Théâtre chaque fois que le service le permettra.

Si votre femme ou vos enfants se rendaient seuls à Vichy, ils devraient être munis d'une lettre de vous les accréditant auprès de notre Administration.

En raison de l'affluence des baigneurs, nous sommes au regret de ne pouvoir étendre ces faveurs aux autres membres de la famille. Cependant, sur une lettre de recommandation de vous, nous accorderons à votre père et à votre mère l'entrée au Casino et une réduction de 50 % sur le prix du traitement.

Si vous le préférez, vous pourrez, quelques jours avant le départ pour Vichy, nous demander les cartes nécessaires à l'obtention de ces faveurs, elles vous seront adressées par retour du courrier.

Toujours à votre entière disposition, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Docteur, l'assurance de notre considération distinguée.

Le Directeur, P. COUBAND.

Le Président Fallières en Auvergne. — On annonce qu'au cours de son prochain voyage en Auvergne, voyage retardé comme l'on sait en raison de la catastrophe du *Pluviôse*, le Président Fallières visitera deux de nos principales Stations thermales, Royat et Châtel-Guyon.

Des préparatifs sont faits ici et là pour lui ménager une réception digne de lui, et pour lui présenter les Nymphes thermales d'Auvergne sous leurs plus brillants atours.

Contre la dépopulation. — Pour remédier au fléau de la dépopulation en France, M. le docteur Lannelongue, sénateur du Gers, préconise, sous forme de proposition, un ensemble de mesures qui peuvent se résumer comme suit : 1° augmentation des charges militaires pour les célibataires au-dessus de vingt-neuf ans ; 2° obligation pour les fonctionnaires d'être mariés à partir de vingt-cinq ans, des avantages pécuniaires de carrière et de retraite étant accordés aux fonctionnaires ayant au moins trois enfants vivants ; 3° suppression des dispositions du code civil relatives à la réserve et à la quotité disponibles, de façon que le droit du père de famille de disposer de son patrimoine en toute liberté dissipe les craintes de morcellement des fortunes par l'accroissement du nombre des enfants.

Médecins allemands et assurances. — On lit dans *Les Nouvelles* : Les médecins allemands se liguent contre les assurances.

Une importante manifestation vient encore d'avoir lieu contre le statut des assurances de l'empire ; sur l'invitation de la Faculté de médecine d'Iéna, presque toutes les Facultés de médecine d'Allemagne ont adressé une pétition aux gouvernements confédérés. Cette pétition contient les signatures de plus de cent cinquante professeurs.

Elle appelle l'attention sur les dangers de la nouvelle législation et proclame la solidarité des professeurs de l'Académie avec les vœux des médecins, tels qu'ils ont été exprimés au congrès tenu à Berlin par les médecins et le conseiller sanitaire Mugdan, au Reichstag.

Il n'y a pas qu'en France, on le voit, que le corps médical se dresse contre les compagnies d'assurances.

Si le *consensus populi* est un argument valable en faveur de la légitimité d'une opinion, il faut bien admettre, bon gré mal gré, que celle que professe l'universalité des médecins européens à l'égard des susdites entreprises doit bien avoir quelque fondement.

Le « Cardiotéléphone ». — On sait qu'il existe un stéthoscope électrique qui triple l'intensité des bruits du cœur tels qu'ils sont entendus avec le stéthoscope ordinaire. M. BROWN (*The Lancet*, 7 mai) vient d'inventer un relais, grâce auquel cette intensité devient vingt fois plus forte ; le patient et toutes les personnes qui se trouvent dans la même chambre entendent très nettement ces bruits avec tous leurs détails. Bien mieux, la transmission à distance pourrait s'opérer par l'intermédiaire du téléphone ordinaire, de sorte qu'il serait possible de faire percevoir à un médecin — qui n'aurait pas ainsi à se déranger — les bruits du cœur d'un malade habitant loin de lui. (*Bull. méd.*).

On peut se demander s'il y a quelque avantage à ce que les malades entendent distinctement les bruits normaux ou pathologiques de leur propre viscère. Cela paraît peu probable.

Quant à l'auscultation médiate à distance, on ne saisit guère quel surcroît de précision elle pourrait apporter au médecin.

Aussi peut-on considérer cette découverte comme une chose amusante, comme une curiosité. — Rien de plus. — « Allo, allo, j'écoute, dira le médecin appelé au téléphone. — Insuffisance aortique, ou insuffisance mitrale », répondra le cœur du malade en envoyant à travers le fil conducteur le souffle révélateur ! ! !

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 27 Dimanche 3 JUILLET 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : **Le Conseil de Direction.** — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Comment logiquement on devrait comprendre l'enseignement pratique de la médecine..... 579
Clinique médicale.
Surdité syphilitique secondaire. 581
La semaine médicale
La phtiriase dans les écoles publiques. — La radiumthérapie de l'arthrite blennorrhagique..... 582
Revue des sociétés savantes
Traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire. — Autoplastie urethrale. — Traitement des angiomes par l'air chaud. — Traumatismes craniens par armes à feu — Gangrène du gland. — Anurie scarlatineuse traitée par la décapsulation des reins. — Section de la cloison recto-vaginale par un passaire en porcelaine..... 584
Formulaire raisonné
L'antimoine..... 585
Pédiatrie
L'ascite tuberculeuse ou curable de la seconde enfance. 587
Ophtalmologie du praticien
Maladies infectieuses de la conjonctive..... 588
Hydrologie
La vulgarisation thérapeutique des eaux minérales lithinees laxatives naturelles..... 590
Chronique des accidents du travail
Type de convention d'arbitrage entre les syndicats médicaux et les Cies d'assurances accidents..... 591
Chronique de la Prévoyance
Les retraites de la vieillesse médicale..... 593
Réforme de l'enseignement
A propos de l'Agrégation..... 594
Stations thermales et climatiques
L'application de la cure-taxe..... 596
Chronique de l'exercice illégal
Les petits profits du métier..... 597
Sou médical
Séances du conseil d'administration..... 598
Jurisprudence médicale
Nos bons juges..... 599
Reportage médical... 599

PROPOS DU JOUR

Comment logiquement on devrait comprendre l'enseignement pratique de la médecine?

Les écoles de médecine déversent tous les ans un millier de jeunes confrères dans le corps médical français. La mentalité de ces nouveau-venus influence profondément les mœurs et les coutumes de notre profession ; aussi nous pensons qu'il est absurde de prétendre que les médecins n'ont ni droit ni intérêt à s'occuper de l'enseignement médical, de l'éducation de leurs confrères de demain.

Les controverses que suscitent à ce propos les événements du concours de l'agrégation donnent lieu à des malentendus entre les partisans des réformes et les défenseurs du statu quo ; dans le feu de la discussion, on semble de part et d'autre les exagérer à plaisir. Ne pourrait-on pas examiner la question avec sang-froid, en y mettant un peu de bonne foi, et, si possible, en y ajoutant un grain de bon sens ?

Faisons d'abord, si vous le voulez bien, une expérience : adressons-nous au public, au besoin à un public d'élite, à un public instruit, et posons-lui cette question :

« Quel est le but idéal que doit poursuivre une école de médecine ? »

On nous répondra, comme cent personnes nous ont déjà répondu :

« Le but idéal d'une école de médecine, c'est de former de bons médecins, et l'on doit entendre par bons médecins ceux qui savent bien soigner leurs clients, les guérir lorsque c'est possible et les préserver, quand il y a lieu, des maladies transmissibles. »

Mais si cette réponse est celle que dicte le sens commun, ce n'est pas celle que l'on trouve dans la bouche des défenseurs de l'agrégation.

« Le but idéal d'une école de médecine, affirment-ils, n'est pas de faire de bons médecins, mais des médecins savants, capables de faire progresser la science médicale » (1).

Certes, ce but serait beau s'il pouvait être réalisé, mais, avec un peu de réflexion, on se rendra facilement compte que chaque jour il deviendra de moins en moins réalisable.

Les défenseurs de l'agrégation auront beau

(1) « La science médicale ! Si elle existe ? », me disait tout récemment un agrégé de bonne foi, qui, celui-là, est cependant un savant.

qualifier le praticien, apte à bien soigner ses malades, de « manœuvre de la médecine » et d'« infirmier supérieur »; ils auront beau vanter les connaissances générales et la haute philosophie qu'ils n'ont jamais enseignées, et pour cause : tous ces arguments spécieux ne sauraient nous convaincre.

Nous ne sommes plus au temps de Pic de la Mirandole, un seul homme, même en médecine seule, ne peut acquérir la science universelle. Il est impossible en quelques années d'études d'approfondir, à notre époque, nous ne disons pas toutes les sciences médicales, mais même seulement une de leurs branches. L'étudiant, pour devenir un bon praticien, doit fatalement se borner à des connaissances précises de la pratique courante en les éclairant de notions scientifiques claires, nettes, mais forcément élémentaires. En cinq ans d'études, un étudiant ne peut à la fois devenir un savant et un technicien, quand l'étude des maladies d'un seul système, le système nerveux par exemple, suffit à absorber toute la vie d'un homme laborieux. En poursuivant ce double but, on risque fort de faire de l'étudiant un demi-savant, incapable et prétentieux, et un assez mauvais praticien.

C'est là justement le vice de notre système d'enseignement médical et ce vice persistera tant que les écoles de médecine resteront annexées aux universités, c'est-à-dire au ministère de l'Instruction publique.

Nous ne cesserons de répéter que nous subissons les conséquences d'un traditionnalisme routinier qui veut que depuis le moyen-âge, les Facultés de médecine continuent à faire partie de l'Université. Le médecin jouit seul de ce singulier privilège d'être, bien malgré lui, un pseudo-universitaire, sans doute parce que l'usage lui réserve en France le titre de docteur.

Sortons un peu de la tour d'ivoire universitaire où MM. nos Maîtres se plaisent à s'enfermer et observons ce qui passe dans les autres professions savantes. Que voyons-nous ? Des écoles spéciales, des écoles techniques, où l'on forme des artistes, des industriels, des commerçants, des officiers, des administrateurs, des ingénieurs et des architectes. Ces écoles, à Paris, ne sont pas rattachées à la Sorbonne et leurs professeurs qui, dans leur partie, sont cependant, eux aussi, des hommes éminents, ne s'habillent pas de rouge les jours de cérémonie et n'ornent pas leur chef de toques à galons dorés. Est-ce à dire pour cela que les ingénieurs, les architectes et autres techniciens qui sortent de ces écoles soient des ignorants ? Nous les voyons chaque jour accomplir des merveilles d'art, des prodiges d'audace industrielle, et concourir au moins autant que les médecins à la gloire de la Nation.

Il existe à la Sorbonne des chaires de mathématiques, de mécanique, d'électricité, etc. On y forme de très savants docteurs ès sciences ; mais viendra-t-il un instant à l'idée d'un chef d'industrie d'aller y chercher celui qui devra diriger une usine, jeter un pont, exploiter une mine ou construire un chemin de fer ? Pourquoi ce fait, qui paraît relever du simple bon sens lorsqu'il s'agit de construire, de faire fonctionner ou de réparer des machines, devient-il subversif quand il s'agit de soigner et de réparer la machine humaine. Il existe une profession absolument analogue à la nôtre, c'est la médecine vétérinaire ; elle a aussi fourni à la science un contingent respectable d'hommes réellement éminents ; a-t-on jamais songé cependant à rattacher les écoles vétérinaires à l'Instruction publique ? Non, elles sont restées à leur place, annexées au ministère de l'agriculture. Pourquoi en serait-il autrement de la Médecine humaine ? Si nos écoles étaient rattachées au ministère de l'intérieur, ministère de la santé publique, on ne leur refuserait pas les crédits nécessaires pour développer l'enseignement pratique de l'hygiène et de la prophylaxie, parce que les administrateurs de ce ministère seraient bien convaincus de l'utilité de ce genre d'éducation et n'auraient pas à doter, aux dépens des laboratoires médicaux, des chaires de tamoul ou de pâli.

S'il en était ainsi, on ne verrait pas le très distingué professeur d'hygiène de la Faculté de médecine de Lyon, M. le Pr Courmont, réduit à attirer aux cours payants d'un Institut d'hygiène, par l'appât d'un diplôme de valeur discutable, un public hétéroclite d'instituteurs, d'architectes, d'administrateurs et de dilettanti, qui, sans connaissances préalables, sont en six mois sacrés hygiénistes, ayant, avec une rapidité surprenante, assimilé la partie la plus importante de la médecine moderne, tandis qu'à la Faculté, le même Pr Courmont ne peut enseigner cette science aux étudiants en médecine au cours de cinq années d'études.

Mais, objectera-t-on, qui se préoccupera de faire progresser les sciences médicales ? Ce seront nos savants d'aujourd'hui. Débarrassés du souci de l'enseignement, pour lequel de fort grands savants peuvent n'avoir aucune aptitude, ils se livreront sans obstacle à leurs recherches. On leur construira des instituts spéciaux, comme l'Institut Pasteur ; on fondera pour eux des laboratoires, alimentés par le budget de l'école des Hautes-Etudes, annexés au Collège de France, au Muséum, à la Sorbonne, aux Universités de province. Dans ces établissements de haute science travailleront utilement de vrais savants, entourés du respect et de l'admiration de tous sans se soucier des titres, ni des grades, sans songer à jouer aux Pontifes du dieu Esculape, ni à se vêtir, les jours de grande cérémonie, de robes rouges ni de toques dorées.

J. Noir.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur DIEULAFOY.

Surdité syphilitique secondaire.

Je vous présente un malade qui fut atteint, il y a six mois, de chancre syphilitique. Six semaines plus tard, éclatèrent des accidents secondaires d'une gravité exceptionnelle : céphalalgie intense, insomnie, perte des forces, mauvais état général, douleurs rhumatismales, comme on en voit dans la syphilis précoce maligne. En même temps, apparaissait sur la peau une éruption groupée au hasard, papulo-tuberculeuse, ressemblant à une syphilide tertiaire.

Cet homme nous est donc arrivé avec ces deux grands phénomènes morbides : d'une part, des symptômes généraux, d'autre part une éruption que nous n'avons pas l'habitude de voir à la période secondaire. Tout cela sentait la malignité. Nous questionnons le patient et nous apprenons qu'il n'avait pas été traité du tout. En l'interrogeant, nous nous rendons compte qu'il entend mal, presque pas même, des deux oreilles. Cette surdité est survenue, comme l'éruption cutanée, un mois à six semaines après le chancre. Le malade s'est aperçu à ce moment qu'il entendait moins bien et son entourage s'est rendu compte qu'il ne répondait plus aux questions qui lui étaient posées. Cet homme vint alors consulter à l'Hôtel-Dieu. Là, on l'examine, on lui fait le cathétérisme des trompes d'Eustache et on lui prescrit une pommade nasale au menthol. A la suite de ce premier cathétérisme, l'audition s'améliore, mais au bout de 3 ou 4 jours, la surdité reparaît. Nouvelle visite à la consultation de l'Hôtel-Dieu ; nouveau cathétérisme ; nouvelle amélioration suivie également d'un retour de la surdité 36 heures plus tard. Le malade redemande conseil ; on le cathétérise et on lui dit de continuer l'usage de la pommade au menthol.

Je vais me permettre de faire une remarque. Elle n'est pas une critique ; nous sommes ici pour nous instruire. Eh bien, quand vous avez affaire à un malade dans ces conditions il faut non seulement rechercher la cause anatomique du mal, mais établir également la cause pathogénique. Or, chez cet homme, on a négligé l'étiologie pathogénique, on n'a pas pensé à la syphilis.

Quoi qu'il en soit, les maux de tête augmentant, ainsi que l'éruption, le patient entra dans notre service. Le diagnostic de syphilis était élémentaire. Quand nous avons constaté sa surdité, nous l'avons rattachée à la syphilis. Nous nous sommes dit : il a une lésion syphilitique de l'oreille, comme on a une lésion syphilitique du larynx ou de l'œil. Lorsqu'un malade a une iritis, vous songez à la syphilis. En présence d'un enrouement, il est bon d'y penser aussi. De même, quand éclate une surdité. En pareil cas, examinez les oreilles, mais interrogez également le sujet. C'est faire de la bonne séméiologie. Je me permets de dire que chez cet homme, venu quatre fois à la consultation, on ne paraît pas avoir fait de la bonne clinique. On n'a pas cherché la nature de la surdité, qui aurait pu durer et devenir grave. Le catarrhe tubaire existant aurait pu dégénérer à la longue en atrésie de la trompe.

Le diagnostic de la cause de la surdité (la syphilis) et de la nature de la lésion spécifique (la salpingite auriculaire) était établi. Il fallait agir non seulement sur la localisation spécifique, mais surtout sur la syphilis elle-même.

Puisque l'occasion s'en présente, je vais vous dire quelques mots de la surdité syphilitique. Je laisserai de côté l'hérédo-syphilis et la syphilis tertiaire de l'oreille. Je m'occuperai seulement de la surdité syphilitique secondaire.

La surdité syphilitique secondaire est quelquefois précoce. Un malade a eu la syphilis, il y a deux mois par exemple. Il devient sourd. Vous l'interrogez. Vous apprenez qu'il a eu un chancre et que, depuis une ou deux semaines, il entend mal. Il a de la céphalée, des maux de gorge, des plaques muqueuses sur les amygdales. A moins de faire la rhinoscopie postérieure, vous ne pouvez pas voir ce qui se passe dans le naso-pharynx. Néanmoins, l'examen otoscopique, qui montre l'intégrité du conduit et une dépression du tympan, joint à la coexistence de la syphilis et de syphilides de la gorge, vous permettent de conclure à une salpingite auriculaire syphilitique.

La surdité syphilitique secondaire peut tenir aussi à des syphilides érosives, papulo-érosives, voire ulcéreuses, du conduit auditif externe. Ces syphilides se recouvrent quelquefois de végétation, de petits choux-fleurs, de condylomes, parfois infectés.

Lorsque l'exploration du conduit ne révèle rien, il faut examiner l'oreille moyenne, le labyrinthe, la trompe d'Eustache. La salpingite syphilitique est peut-être la variété la plus commune de surdité syphilitique secondaire. En pareil cas, la rhinoscopie postérieure montre généralement des syphilides érosives sur les orifices tubaires du pharynx nasal. Il est aussi une forme primitive où la syphilis se jette d'emblée sur la trompe. Le diagnostic s'établit par le cathétérisme qui ramène l'audition, momentanément du moins, tant que la guérison n'est pas définitive. Cette variété de surdité syphilitique, tenant à l'imperméabilité tubaire, n'est pas d'un mauvais pronostic.

Le syphilitique à la période secondaire peut encore avoir une otite moyenne avec sécrétion ca-

tarrhale. Je passe sur cet état de la caisse, pour arriver à une question plus difficile,celle de la syphilis précoce de l'oreille interne, labyrinthite ou apoplexie du labyrinthe.

Il est une variété de surdité syphilitique précoce, pouvant survenir quelques semaines ou quelques mois après le chancre. Elle n'est pas très bien connue. Je la trouve signalée dans le livre de Fournier. Elle est assez rare, mais quand elle se produit, elle est grave. Elle détermine une surdité foudroyante, qui se complète en quelques semaines et même en quelques jours. La surdité en question débute d'une façon inopinée et, ce qui est pis, elle a tendance à se bilatéraliser. Sa résistance au traitement est habituelle. Elle se produit, enfin, sans lésions otoscopiques, sans altérations de l'oreille moyenne ni de la trompe. En voici un exemple : une jeune femme de 25 ans contracte la syphilis en mai 1884. Comme symptômes spécifiques, elle n'a rien, à part quelques plaques muqueuses.On la soumet dès le début au traitement mercuriel. Au mois de novembre de la même année, elle éprouve des maux de tête, des bourdonnements, des étourdissements, et rapidement la surdité s'installe pour devenir absolue. Malgré tous les traitements,en dépit des tentatives thérapeutiques, l'état reste sans amélioration. Une surdité aussi soudaine, aussi rapidement complète et définitive est surprenante. Une telle surdité relève de lésions du nerf acoustique, ou d'une apoplexie labyrinthique, ou d'autres altérations de l'oreille interne ; nous ne sommes pas bien fixés sur ce point. Dans un cas suivi d'autopsie, Moos a rencontré des lésions du labyrinthe, mais une seule autopsie ne suffit pas pour nous éclairer sur ce sujet.

Il est curieux de voir des troubles de ce genre survenir à la période secondaire. On a observé cette surdité précoce grave au 7e jour (cas de Politzer), après 3 semaines, 6 semaines, 2 mois, 3 mois, en moyenne donc, entre un et trois mois.La surdité en question, à marche rapide et bilatérale, est irrémédiable. Cependant, elle a guéri dans un cas. Voici cette observation unique de guérison. Chez un malade, au sixième mois d'une syphilis, l'oreille se prend. On fait des injections mercurielles et on donne de l'iodure. L'ouïe continue à diminuer et le patient arrive à ne plus entendre le diapason.Puis l'oreille opposée est intéressée à son tour. L'examen des deux oreilles est négatif et l'on ne trouve aucune lésion appréciable. On fait six injections de calomel. L'ouïe s'améliore alors et bientôt le malade entend jusqu'à la voix chuchotée . Ce cas est un correctif heureux au mauvais pronostic de la syphilis précoce grave de l'oreille. Toutefois, la note dominante reste le mauvais pronostic. Aussi, quand on a affaire à une surdité précoce chez un syphilitique, est-on bien aise lorsqu'on peut dire que l'oreille interne n'y est pour rien. On doit donc faire,non seulement le diagnostic de surdité syphilitique, mais encore le diagnostic topographique de cette surdité.

La question est intéressante. Nous avons reçu dernièrement, salle Saint-Christophe, un homme de 39 ans. Il était syphilitique et sourd. Son chancre remontait à seize mois. Il avait eu une roséole et des plaques muqueuses. Nous constatâmes à son entrée une surdité bilatérale absolue qui avait débuté six mois et demi après l'apparition du chancre. C'est bien encore là une surdité précoce de la période secondaire.Il n'y avait rien au conduit, rien à l'oreille moyenne, rien à la trompe d'Eustache. La lésion siégeait dans l'encéphale ou le labyrinthe.Ces lésions ne sont pas encore bien connues. Quoi qu'il en soit, nous avons fait des injections de biiodure,un, deux, trois centigrammes, sans amener de changement à la surdité. On a fait également des piqûres de calomel, on a donné l'iodure. La surdité est restée rebelle.

Sachez donc qu'il existe une surdité syphilitique secondaire, qui peut tenir à des lésions de l'oreille externe,de l'oreille moyenne,de la trompe, ou de l'oreille interne. Dans ce dernier cas, la surdité n'est généralement pas modifiée par le traitement. Dans les autres cas, l'affection guérit par la cure mercurielle. Chez le sujet que je vous ai présenté, l'administration du mercure d'une manière intensive a amené la disparition des symptômes généraux, l'amélioration de l'appétit, la cessation de la céphalée et la guérison de la surdité.

Comme conclusions :

Chez notre malade, six semaines après le chancre, sont apparus des symptômes généraux annonçant la gravité de sa syphilis.

A ces symptômes, s'est jointe une éruption qui doit être rangée dans les syphilis malignes.

Vers la 6e semaine est apparue une surdité. Nous savons que cette surdité est parfois grave. Heureusement, il s'agissait ici de lésions tubaires, curables

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

LA SEMAINE MÉDICALE

La phthiriase dans les écoles publiques

M. le Dr Célestin Huet a étudié dans sa thèse la question de la phthiriase dans les écoles publiques, en prenant comme terrain de recherches les écoles publiques du Havre.

« Tout d'abord, dit l'auteur, les causes de la phthiriase sont multiples. Ce sont, d'abord, les préjugés, souvent contradictoires, qui entretiennent dans le milieu, qui fréquente des écoles publiques, un état de négligence étonnant à notre

époque. Des institutrices se font parfois les propagatrices de ces préjugés. Un appât du gain, inattendu en cette matière incite les parents à faire l'élevage des poux sur la tête de leurs enfants. Enfin, les scrupules des médecins-inspecteurs, qui ne portent pas souvent le diagnostic de « poux », empêchent de se rendre compte de l'étendue des ravages.

« Cependant on serait coupable, si, par son apathie, on laissait subsister une maladie qui entraîne comme complications l'impétigo, l'anémie, les adénites cervicales, les teignes, l'albuminurie et même la mort. Elle fait, des enfants, de merveilleux terrains pour l'éclosion de la tuberculose, et en dépit de la rareté de quelques-unes d'entre elles, chacune est assez sérieuse pour motiver, à elle seule, une lutte énergique ».

L'auteur préconise comme traitement la pommade bleue de M. THOREL, du Havre, dont voici la formule :

Bleu de méthylène.....	2 gr.
Eau distillée.....	20 gr.

Faire dissoudre le bleu et ajouter :

Lanoline.....	30 gr.

Quand l'incorporation du bleu est complète a outer pour faire une pommade :

Oxyde de zinc.....	12 gr.
S.-n. de bismuth.....	12 gr.
Vaseline.....	12 gr.

« On peut encore recourir à la formule suivante, chez les enfants. dont la tête ne présente pas de croûtes d'impétigo :

Vinaigre ordinaire.....	} ââ p. e.
Liqueur de Van Swieten..	

« Enfin, une bonne méthode consiste à employer le mélange d'huile d'olive et de pétrole à parties égales.

« Le mélange de l'huile au pétrole le rend moins inflammable, et cette solution, qui ne présente aucune toxicité, peut facilement être employée, alors même que la peau présenterait une solution de continuité facilitant l'absorption.

Ce mélange gras présente plusieurs autres avantages : il n'est pas très cher, comme le précédent, du reste ; c'est une qualité à envisager pour un remède que l'on désire voir devenir populaire. On peut se le procurer chez n'importe quel épicier, tout le monde a chez soi de l'huile et du pétrole. Tous ces avantages l'auraient fait préférer au premier, si l'on n'avait eu besoin d'un dissolvant de la chitine pour se débarrasser des restes des lentes mortes.

« Ajoutons à cela qu'elle détruit les poux d'une façon suffisante, en les agglutinant et en collant les pores respiratoires de leur surface cutanée. Ils meurent par asphyxie comme meurent les moustiques dans les étangs sur la surface desquels on a répandu du pétrole.

« Enfin cette matière grasse ramollit les croûtes d'impétigo et les fait vite tomber. Elle concourt donc, de deux façons à la guérison de l'impétigo : en guérissant les lésions et en supprimant la cause, qui est l'irritation, par les poux, d'une peau malpropre ».

La radiumthérapie de l'arthrite blennorrhagique.

Le *Journal médical français* publie une leçon clinique du professeur Debove sur le traitement de l'arthrite blennorrhagique suppurée par le radium.

La malade du Dr Debove était atteinte d'arthrite blennorrhagique suppurée du genou droit. Après une ponction évacuatrice, on avait retiré cent grammes de pus que l'examen microscopique montra exempt de bacilles tuberculeux et que l'inoculation à des cobayes démontra absolument stérile, comme il advient généralement en pareil cas. On sait que les arthrites gonococciques purulentes sont extrêmement graves. Il est bien rare qu'elles guérissent complètement sans laisser de trace. Le plus souvent, elles se terminent par ankylose ou nécessitent une résection de l'articulation ; on en cite même qui ont donné lieu à des suppurations interminables accompagnées de délabrements si considérables qu'il a été nécessaire d'amputer.

« La thérapeutique courante est si mal armée contre de pareils accidents que nous nous décidâmes à appliquer, sans plus tarder, un traitement qui a donné déjà, pour des cas il est vrai beaucoup moins graves, de très heureux résultats ; je veux parler du traitement par le radium. Nous priâmes notre confrère, le docteur Dominici, de mettre en œuvre cette méthode de traitement qu'il a perfectionnée et qui, dans ses mains, a procuré de très brillants succès.

« Le docteur Dominici emploie des appareils qui ne laissent pénétrer dans la région irradiée que les rayons qui sont à la fois les plus pénétrants, les plus inoffensifs pour les tissus normaux (la peau, en particulier), et les plus capables de modifier les tissus pathologiques inflammatoires ou néoplasiques. Ce procédé est appelé procédé du *rayonnement ultra-pénétrant*. Il est réalisé en pratique au moyen d'un appareil contenant un sel de radium enfermé dans une triple gaine. Une première paroi est formée de lames de plomb, d'argent ou d'or, destinées à arrêter tous les rayons non pénétrants. L'épaisseur de ces lames est calculée d'après la densité du métal employé. Avec les lames de plomb, qui sont le plus généralement utilisées, elle doit être comprise entre un demi et trois millimètres.

« La gaine métallique est doublée d'une seconde enveloppe en papier, d'une épaisseur de un à deux millimètres qui sert à arrêter encore quelques rayons nocifs.

« Enfin, l'ensemble est protégé par une feuille de caoutchouc destinée uniquement à éviter que l'appareil soit souillé par les liquides malpropres qui peuvent couvrir la surface de l'organe sur lequel il sera appliqué.

« Un semblable dispositif ne laisse passer que

quelques rayons β et ceux des rayons γ dont la puissance de pénétration paraît supérieure à celle des rayons X ; en tout cas, cette méthode présente des avantages au double point de vue de la commodité de son application, et de son pouvoir modificateur sur les tissus ».

Les appareils restent en place 24 heures par périodes successives espacées d'un ou deux jours.

Les applications ont amené presque immédiatement une amélioration considérable ; à la 3e séance, les douleurs ont disparu complètement ; le genou a repris sa forme et sa souplesse normales ; l'atrophie musculaire du quadriceps fémoral a guéri également. Cette méthode paraît donc excellente et d'une efficacité incontestable.

Malheureusement, diverses causes s'opposent, au moins momentanément, à la généralisation de la méthode radiumthérapique. Le sulfate de radium est un produit excessivement cher : il vaut 400 francs le milligramme, autrement dit 4.000 francs le centigramme et, si nous en employons 2 centigrammes pour le traitement d'un malade nous utilisons 3.000 francs de substance active. Aussi est-on obligé de placer une garde destinée à surveiller l'action thérapeutique et plus encore les faits et gestes du malade qui porte sur lui une petite fortune.

Cette cherté du radium n'est peut-être que temporaire. Il est probable qu'elle diminuera par les progrès de l'industrie, mais elle est, dans l'état actuel des choses, un gros obstacle à la vulgarisation de la radiumthérapie.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire. — Autoplastie uréthrale. — Traitement des angiomes par l'air chaud. — Traumatismes craniens par armes à feu. — Gangrène du gland. — Anurie scarlatineuse traitée par la décapsulation des reins. — Section de la cloison recto-vaginale par un pessaire en porcelaine.

M. Tuffier rapporte à la *Société de chirurgie* un cas de *gangrène pulmonaire* ouverte dans les bronches et traitée par décollement pleuro-pariétal avec greffe d'une masse lipomateuse entre la plèvre décollée et les espaces intercostaux.

La thérapeutique des suppurations pulmonaires d'ordre chirurgical — abcès ou gangrène —, a passé par des phases diverses. Tout d'abord, on a considéré l'ouverture, le drainage de ces abcès par pneumotomie comme leur unique traitement chirurgical.

« Plus tard, dit M. Tuffier, j'ai cherché à montrer que la permanence de la cavité suppurée était due à la béance de cette cavité et à l'impossibilité de coalescence des parois de l'abcès. Nous avons proposé alors, pour certains cas, la thoracoplastie qui, en permettant l'affaissement, le collapsus du poumon permet l'affaissement de la cavité intra-pulmonaire. »

Brauer a recherché d'une façon plus brutale et plus complète ce collapsus pulmonaire, en établissant un pneumothorax artificiel. M. Tuffier a modifié la méthode de Brauer en substituant au pneumothorax intra-pleural un pneumothorax extra-pleural par décollement pleuro-pariétal.

Dans le cas actuel, pour maintenir le pneumothorax extra-pleural, l'opération a été complétée par la greffe d'un volumineux lipome qui est venu combler la cavité du pneumothorax artificiel.

— M. Legueu fait un rapport à la *Société de chirurgie* sur un travail de M. Tanton intitulé : *autoplastie uréthrale par transplantation veineuse*.

L'auteur montre la possibilité, dans le traitement de l'hypospadias par exemple, de pratiquer une transplantation veineuse dans un but d'autoplastie uréthrale. On prend une veine — en général la saphène — soit sur le même individu soit sur un autre sujet ; on la place dans du sérum artificiel chaud jusqu'au moment de s'en servir et on la greffe sur le néo-canal uréthral. Cette nouvelle forme de greffe a donné dans quelques cas de bons résultats.

— M. Ricard présente à la *Société de chirurgie* trois malades atteints de *nævi pigmentaires de la face traités par l'air chaud*. M. Ricard insiste sur deux points intéressants : la rapidité très grande de la guérison et la perfection, presque l'absence de la cicatrice.

Pour M. Quénu, la méthode ne saurait s'appliquer qu'aux angiomes superficiels.

M. Vignat, dans le service de M. Bazy, a employé l'air chaud pour faire disparaître des tatouages.

— A propos d'une observation de M. Duval, une discussion s'engage à la *Société de chirurgie* sur le *traitement des blessures du cerveau par armes à feu*. Cette question a déjà été mise à l'ordre du jour de la même société il y a vingt-deux ans et en 1894. Les règles formulées alors par Gérard-Marchant sont encore admises aujourd'hui. La discussion actuelle conduit, en effet, aux conclusions suivantes :

Le chirurgien appelé auprès d'un blessé qui vient de recevoir une balle dans le crâne doit se contenter de désinfecter soigneusement la porte d'entrée de la balle, l'agrandir au besoin, enlever les esquilles et les corps étrangers qui ont pu être entraînés et ne pas s'occuper de la balle elle-même, ne pas chercher à extraire celle-ci, sauf le cas où elle est tout à fait superficielle et d'accès facile.

Plus tard, si la balle est tolérée, continuer l'expectation. L'extraction secondaire n'est indiquée que s'il y a des accidents.

Quant au pronostic de ces traumatismes craniens par armes à feu, il est difficile à établir. Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade comateux qui vient de recevoir une balle dans le crâne, il est à peu près impossible d'émettre une opinion quelconque sur l'évolution future de

la blessure. M. Pierre DELBET est amené à penser que l'étude du réflexe de Babinski peut fournir un élément de pronostic. Si le réflexe se fait en extension, le pronostic serait très grave. Si, au contraire, le réflexe est normal, on peut espérer. M. ROUTIER rappelle la possibilité de mort subite chez des blessés dont la balle résidant dans le crâne depuis un certain temps a paru jusque-là assez bien tolérée.

— M. PASTEAU, à la *Société des chirurgiens de Paris*, cite le cas d'un malade atteint de *gangrène du gland*. Cet homme, non diabétique, était porteur d'un phimosis. L'incision dorsale du prépuce au thermocautère montra la présence d'une gangrène du gland avec ulcération. La gangrène n'étant pas arrêtée par les médications habituelles et s'étendant rapidement, on envisageait la nécessité de l'amputation de la verge. Des applications d'air chaud amenèrent une guérison rapide.

M. VERCHÈRE, discutant le diagnostic, se demande s'il ne s'agissait pas de phagédénisme gangréneux d'un chancre mou, ce qui expliquerait d'autant mieux l'action de l'air chaud. Il pense qu'on ne doit faire l'amputation de la verge que pour les cas d'épithélioma.

— MM. LEROUX, GENOUVILLE et A. HUGIER rapportent à la *Société des chirurgiens de Paris* l'observation d'un jeune homme de 20 ans atteint de scarlatine, qui fut pris, 6 jours après le début de la maladie, d'une crise d'oligurie grave, avec albuminurie. Quatre jours plus tard, l'anurie était complète. Le malade fut opéré d'urgence après anesthésie au chloroforme. On fit des deux côtés la *décapsulation des reins* après incision lombaire. Les deux reins étaient doublés de volume, rouge violacé. La capsule, très mince, friable, se laissa enlever avec la plus grande facilité ; seule, l'extériorisation des reins fut un peu difficile en raison de leur situation haute et de leur augmentation de volume. Le lendemain de l'intervention, l'opéré urina 50 gr. d'urine, le surlendemain 160 gr. Le pouls était bon et la température normale. Le 4e jour, le malade émit 510 gr. d'urine, mais le pouls devint irrégulier ; le faciès présenta une coloration subictérique, il y eut des selles hémorrhagiques et du saignement des deux plaies La mort survint le matin du 5e jour.

Les auteurs pensent que, dans ce cas, la double décapsulation eut une influence excito-sécrétoire très nette sur les reins et que la mort fut moins le fait des lésions rénales que de l'altération et l'insuffisance du foie, plus touché encore que le rein par l'infection scarlatineuse.

— A la *Société des chirurgiens de Paris*, M. PÉRAIRE fait un rapport sur un travail de M. BÉCHET (d'Avranches) relatif à un cas de *section de la cloison recto-vaginale par un pessaire de porcelaine* ayant séjourné cinq ans dans le vagin.

M. Béchet, après avoir sectionné la partie supérieure de la cloison recto-vaginale, put extirper le pessaire ou plutôt l'hystérophore en porcelaine, dont une moitié était engagée dans le rectum. Dans un second temps, plusieurs mois après, il ferma la fistule recto-vaginale en dédoublant la cloison jusqu'au dessus de l'orifice et en suturant en sens contraire les parois du vagin et du rectum.

M. Péraire fait le procès des pessaires destinés à traiter les prolapsus génitaux. Il estime que les moyens véritablement chirurgicaux seuls doivent, à l'heure actuelle, être employés pour remédier à ce genre d'affection.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

L'antimoine (1)

Par le Dr André LOMBARD.

Ce que nous avons dit à propos de l'émétique peut, d'une façon générale, s'appliquer aux autres composés antimoniaux ; car il est, sinon le plus employé, du moins le plus énergique et le plus toxique.

Kermès. — Le kermès minéral, alkermès, oxysulfure d'antimoine hydraté, est une poudre rougeâtre, insipide, insoluble dans l'eau et l'alcool ; mais les acides tartrique et citrique favorisent sa solubilisation, surtout en présence des alcalis, c'est ainsi qu'il peut provoquer des symptômes d'intoxication. C'est un médicament peu émétisant, expectorant, stimulant et diaphorétique ; il liquéfie les mucosités bronchiques, favorise leur sécrétion et stimule leur expulsion. On l'emploie chez l'enfant, après 3 ans, à la dose d'un centigr. par jour et par année d'âge ; chez l'adulte, à celle de dix à cinquante centigr. On le prescrit, soit en tablettes, dosées à un centigr., soit en potion ; mais, en raison de son insolubilité, il faut agiter le flacon avant chaque prise ; l'emploi d'un mucilage gommeux le maintient plus facilement en suspension dans la potion, et il vaut mieux ne pas le triturer pour préparer la potion.

Dans la bronchite, la coqueluche, on peut faire prendre, à un enfant de cinq ans, toutes les 2 heures, une cuillerée à soupe de :

Kermès minéral.....	0 gr. 05
Oxymel scillitique.....	10 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.....	10 gr.
Julep gommeux.....	100 gr.

(Comby.)

ou bien, à un enfant de dix ans, de la même façon, la préparation suivante :

Kermès minéral.....	0 gr. 10
Looch blanc.....	120 gr.

(1) Page 566, 2e colonne. **Erratum** : lire *émétique* au lieu de : *antimoine*, dans la formule du traitement de la Charité.

✦✦

Chez l'adulte, dans la bronchite avec hypersécrétion, la bronchite aiguë fébrile,on fera prendre également toutes les deux heures une cuillerée à soupe de :

Kermès	0 gr. 10 à 0 gr. 50
Potion gommeuse (ou looch blanc).	150 gr.

ou bien de :

Kermès minéral	0 gr. 50
Gomme ammoniaque pulv	5 gr.
Emulsion d'amandes douc. s	60 gr.
Julep gommeux	90 gr.

Quand la bronchite tend à s'aggraver, on facilitera l'expulsion des crachats avec la potion suivante :

Kermès minéral	0 gr. 20
Benzoate de soude	2 gr.
Eau de laurier-cerise	8 gr.
Julep gommeux Q. S. p	150 cmc.

à prendre par cuillerées à soupes toutes les 2 heures.

Dans la bronchite grippale, quand les crachats commencent à se former, que la toux devient plus humide, on se trouvera bien de faire prendre toutes les deux heures une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Kermès minéral	0 gr. 20
Sirop diacode	30 cmc.
Looch blanc	90 cmc.

Dans la pneumonie aiguë, après la chute de la fièvre, si la résolution est lente à se faire, on prescrira aussi le kermès dans un looch ; il aura la même utilité que les infusions d'ipéca. Dans les poussées fébriles de la tuberculose,on peut avantageusement conseiller la potion suivante :

Kermès minéral	0 gr. 15 à 0 gr. 30
Extrait de quinquina	1 gr.
Sirop de codéine	20 gr.
Eau distillée	125 gr.

à prendre par cuillerées à soupe toutes les 2 heures.

Enfin, dans l'asthme compliqué d'emphysème pulmonaire, on associera parfois utilement le kermès et l'iodure:

Kermès	0 gr. 15
Iodure de potassium	0 gr. 50
Sirop thébaïque	30 gr.
Eau de laurier-cerise	4 gr.
Julep q.s.p.	200 cmc.

à prendre par cuillerées à soupe en 24 heures.

Quand on prescrit le kermès en tablettes (5 à 25 par jour), ou en potion, il faut avoir soin de le faire prendre dans les intervalles des prises d'aliments

Oxyde blanc d'antimoine. — C'est la préparation la plus employée et la plus inoffensive. C'est une poudre blanche, insipide,insoluble dans l'eau, légèrement soluble dans les acides organiques ; donc incompatible avec eux, surtout les acides tartrique et citrique. On le prescrit aux enfants à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par année d'âge et, aux adultes, à celle d'un à six gr., en potion ou dans un looch. Il reconnaît les mêmes indications que le kermès.

On pourrait prescrire à un enfant de 5 à 6 mois, atteint de bronchite, très déprimé, la potion suivante :

Oxyde blanc d'antimoine	0 gr. 20
Oxymel scillitique	4 gr.
Rhum	6 gr.
Sirop de tolu	20 gr.
Eau distillée	40 gr.

dont on ferait prendre 3 à 4 cuillerées à café par jour.

A un enfant de 4 ans, atteint de bronchite aiguë, on peut faire prendre, dans les 24 heures, par cuillerées à café, la potion suivante

Oxyde blanc d'antimoine	0 gr. 80
Sirop de terpine, Sirop de tolu	aâ 10 gr.
Eau distillée	40 gr.

ou celle-ci :

Oxyde blanc d'antimoine	1 gr.
Sirop de tolu	30 gr.
Eau distillée	70 gr.

par cuillerées à café de 2 en 2 heures

Chez l'adulte, on peut prescrire, aux lieu et place des potions au kermès et à prendre de la même façon, les potions suivantes

Oxyde blanc d'antimoine	4 gr.
Extrait thébaïque	0 gr. 05
Sirop de tolu	40 gr.
Infusion d'hysope	90 gr.

ou :

Oxyde blanc d'antimoine.	0 gr. 50 à 1 gr.
Sirop de capillaire	30 gr.
Julep	90 gr.

dans la bronchite.

Voici la formule d'une potion (A. Robin) à utiliser aussi dans le traitement de la bronchite:

Oxyde blanc d'antimoine	1 gr.
Sirop d'ipéca	10 à 20 gr.
Alcoolat de rac. d'aconit	XV gouttes
Sirop diacode	20 gr.
Teinture de noix vomique à 1/5	X gouttes
Eau de laurier-cerise	10 gr.
Eau de tilleul	120 gr.

laquelle associe des substances qui fluidifient les sécrétions bronchiques, facilitent l'expectoration et excitent la contraction des muscles des bronches.

Dans la pneumonie, on prescrira utilement, après la chute de la fièvre, cette potion :

Oxyde blanc d'antimoine	1 à 2 gr.
Looch blanc	120 gr.

à prendre de 2 en 2 heures. Toutes ces potions seront prises dans l'intervalle des prises de lait ou de bouillon. De même que le kermès, l'oxyde blanc d'antimoine a été employé contre les poussées congestives de la tuberculose, à la dose de

1 gr. 50 à 2 gr. ; et, s'il y a de la diarrhée, on lui associe l'extrait thébaïque.

L'oxyde blanc d'antimoine est surtout un expectorant ; mais, « comme éméto-cathartique », on pourrait fort bien donner, dans une cuillerée de lait ou d'eau sucrée, 25 à 50 centigr. de la poudre de Tribus ou Cornachine :

Scammonée..... } aâ parties
Crème de tartre..... } égales
Oxyde blanc d'antimoine.....

« Cette préparation, il est vrai, est fort oubliée ; mais sa composition est très rationnelle ».

(Comby.)

PÉDIATRIE

L'ascite tuberculeuse bénigne ou curable de la seconde enfance.

Il existe, chacun le sait, deux grandes variétés de tuberculose péritonéale : l'une est la forme ascitique, à évolution plutôt lente et prolongée ; l'autre est la forme fibro-caséeuse, à évolution plus rapidement mortelle, qui peut être primitive ou dériver de la première variété.

On admet généralement qu'elles ne guérissent ni l'une ni l'autre. Or dans la seconde enfance, il arrive que la forme ascitique guérit volontiers en l'espace de quatre à six mois ; c'est cette variété que Marfan a dénommée ascite tuberculeuse bénigne ou curable.

Jadis les auteurs, frappés des différences qu'elle présentait dans son évolution avec la tuberculose ascitique de l'adulte, l'avaient appelée ascite idiopathique, essentielle ; ils ne lui avaient point reconnu le caractère tuberculeux. Chez l'enfant du sexe féminin, Cruveilhier, l'attribuant à la congestion de l'utérus, l'avait nommée : « ascite de la puberté de la jeune fille » ; son interprétation était d'ailleurs inexacte puisque le même type se retrouvait chez le garçon.

Aujourd'hui, l'analyse minutieuse des symptômes, sur lesquels nous allons revenir, l'évolution bénigne de ces ascites interrompue parfois par l'apparition de gâteaux péritonéaux réclamant une opération, opération qui révèle la présence de granulations tuberculeuses du péritoine — ont montré qu'il en était de ces ascites essentielles idiopathiques de la seconde enfance, comme des pleurésies *a frigore*. *Elles sont considérées, toutes, comme tuberculeuses* ; ce sont des péritonites tuberculeuses à forme ascitique (Marfan). Contrairement à la plupart des auteurs, Hénocque cependant, maintient l'existence de la péritonite exsudative simple, banale ; il cite, à l'appui de son idée, des cas d'ascites, remontant parfois à deux ans, et opérés, sans qu'on ait trouvé trace de granulations tuberculeuses dans le péritoine, ni dans le mésentère.

Pour arriver au péritoine, le bacille de Koch peut emprunter plusieurs voies. Parfois il vient de la muqueuse intestinale ; cependant cette pathogénie est rare dans l'ascite tuberculeuse bénigne, car l'intestin n'est presque jamais tuberculeux. Parfois aussi l'infection péritonéale reconnaît pour origine les ganglions mésentériques ; mais ce mécanisme est ici exceptionnel ; le plus souvent les lésions bacillaires de ces ganglions n'existent pas, ou, quand elles se rencontrent, elles sont d'origine toute récente. *Très fréquente au contraire est l'infection par voie sanguine*, où les bacilles tuberculeux, de leur centre d'occupation, de leur premier lieu d'élection, se lancent dans tout l'organisme et vont coloniser dans les points les moins résistants : os, plèvres, ganglions trachéobronchiques, péritoine, méninges, ganglions mésentériques, etc.

Quand, chez un enfant de dix à quinze ans, on découvre une ascite, il faut tout d'abord songer à la tuberculose et la rechercher par tous les moyens d'investigation possibles.

Dans l'ascite tuberculeuse, le foie et la rate sont normaux ; la palpation du rein amène aux mêmes constatations pour cet organe ; il n'y a pas au niveau de l'abdomen de réseau veineux superficiel appréciable ; par contre on note un état fébrile ou subfébrile intermittent et durable. Enfin, la cuti-réaction positive, les antécédents pleuro-pulmonaires personnels ou héréditaires confirment le diagnostic.

On n'oubliera pas que dans l'ascite par cirrhose, on trouve un foie gros (la cirrhose atrophique n'existe pas chez l'enfant), un foie bosselé, une rate également augmentée de volume, un réseau veineux sous-tégumentaire généralement bien apparent. Les troubles digestifs sont la règle en l'occurrence, mais il n'existe pas d'état fébrile ou subfébrile.

Chez l'enfant, on peut aussi rencontrer une ascite néoplasique, tributaire d'un sarcome du rein ou de kystes congénitaux du mésentère ou de l'épiploon. Le sarcome est d'ailleurs rare, et la palpation de l'organe permettra le plus souvent de constater sa dureté et son volume exagéré.

L'ascite tuberculeuse bénigne ne réclame, en dehors du traitement général, qu'un traitement local des plus simples, qui consiste en l'application de compresses d'eau très chaude, souvent renouvelées. Celles-ci, trempées dans de l'eau à 55°, sont bien exprimées, puis étalées sur le ventre et recouvertes de taffetas gommé ; elles sont bien maintenues à demeure pendant une demi-heure, ou une heure. Si on renouvelle cette pratique 5 ou 6 fois par jour, on en obtient d'excellents effets résolutifs. Ce traitement est continué jusqu'à ce que l'enfant n'ayant plus de fièvre puisse être envoyé à Berk ou à Hendaye pour sa guérison définitive.

Cependant l'état subfébrile peut se prolonger cinq ou six mois, la percussion et la palpation peuvent démontrer la diminution du liquide épanché ainsi que la production d'infiltration en masses, de gâteaux épiploïques autour de l'ombilic : la péritonite ascitique bénigne s'est transformée en tuberculose péritonéale fibro-caséeuse, chronique désormais, pour ainsi dire incurable ; il faut

dans ces conditions tenter la seule chance de succès, il faut opérer. Cette transformation fibro-caséeuse s'observe dans la moitié des cas environ des ascites tuberculeuses.

Dr Georges.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par le Dr F. Chabrut.

Maladies infectieuses de la conjonctive (*Suite*).

Le trachome est une affection dont le contage microbien n'est pas connu, mais qui n'en n'est pas moins éminemment contagieux.

La fréquence de la bilatéralité, la contamination fréquente des sujets sains avoisinant le malade, sa gravité et sa diffusion rapide dans le milieu à population dense et misérable, la distribution géographique même le prouvent surabondamment. L'Egypte est son berceau, d'où son nom d'*ophtalmie égyptienne*, et il semble y avoir été connu des anciennes dynasties, vers 2000 ans avant J.-C.

Celse et les médecins arabes le connaissaient et le traitaient comme nous par les sels de cuivre, le brossage (à la feuille de figuier) et les scarifications, et faisaient même la canthoplastie contre l'ectropion. De l'Egypte le trachome gagna facilement la Palestine d'où il est importé en Belgique par les croisés au XIVe siècle. Il y gagne son nouveau nom d'*ophtalmie des croisés*. Mais c'est surtout la campagne d'Egypte qui nous valut, à la fin du XVIIIe siècle, sa véritable invasion en Europe où l'importèrent les soldats de Napoléon et aussi sa nouvelle appellation d'*ophtalmie militaire*, qui lui est bien due si l'on songe à la part que prirent les armées à sa propagation pendant les guerres du XIXe siècle et de la fin du XVIIIe Presque tous les soldats de l'armée d'Egypte en furent atteints. Il y eut 5000 aveugles dans l'armée anglaise en 1818, 2.300 atteints dans l'armée allemande de 1813 à 1817. 76,000 dans l'armée russe dans une période de 23 années.

Le résultat de cette contamination fut que les navires, les prisons, les écoles, les orphelinats, les quartiers misérables des grandes villes furent le siège d'épidémies extrêmement graves, pendant toute la première moitié du XIXe siècle.

Aujourd'hui que la contagion est sinon disparue de ces milieux, au moins très atténuée, on ne l'observe plus en France que dans le Nord, en Bretagne, en Belgique flamande, en Hongrie, en Turquie, en Grèce, dans le Nord de l'Afrique, de l'Egypte, où il reste très répandu, au Maroc, à Madagascar, au Tonkin, en Chine, au Japon, où il donne encore une proportion d'aveugles de 25 %, et en Amérique du Sud. L'Amérique du Nord s'en défend énergiquement par une véritable loi de prohibition qui oblige les immigrants à une visite médicale très sévère à la suite de laquelle les suspects sont réembarqués. Aussi demandent-ils, à leur départ de France, des certificats qui ne leur assurent pas toujours un débarquement libre.

En présence d'un cas de trachome douteux, il faudra songer, s'il s'accompagne d'un cortège inflammatoire violent et d'écoulement de pus, à une conjonctivite blennorrhagique possible, qui sera cependant facile à éliminer si l'on recherche attentivement les granulations après renversement des tarses. Quant aux cas subaigus et chroniques, c'est avec la conjonctivite printanière et surtout avec la conjonctivite folliculaire qu'ils prêteront le plus à la confusion.

Rappelons à ce sujet que les granulations du catarrhe printanier s'étalent sur la face interne du tarse plutôt qu'elles ne se groupent dans le cul-de-sac, qu'elles dessinent un véritable pavage dont les éléments s'élargissent à mesure qu'ils approchent du bord supérieur du cartilage, et enfin que la néoformation granuleuse grisâtre qui envahit souvent la cornée ne ressemble en rien au pannus rouge, injecté et souvent charnu du trachome. La confusion est plus facile au début, et avant toute cicatrice, avec la conjonctivite folliculaire. Mais nous rappelons (voir n° 1 page 11) que cette dernière affection a, contrairement au trachome, une prédilection ordinairement marquée pour le cul-de-sac inférieur, qu'elle n'a aucune parenté avec le pannus, qu'elle ne s'accompagne pas du facies spécial au trachomateux et surtout qu'elle n'a pas les cicatrices du trachome. Malgré ces différences manifestes, des cas nombreux pourront prêter à confusion.

Il y aura lieu aussi de différencier le trachome de la *conjonctivite infectieuse de Parinaud*, à granulations aussi, mais siégeant indifféremment sur la conjonctive palpébrale ou bulbaire, sans affinité spéciale pour les culs-de-sac, et s'accompagnant, ce qui n'est pas un signe clinique ordinaire de trachome, d'une adénite aiguë, préauriculaire, parotidienne ou cervicale, quelquefois énorme et même suppurée, et d'un état fébrile qui indique une infection générale, affection qui guérit d'ailleurs et sans complication au bout d'un temps variable de un à plusieurs mois.

Quant au *traitement du trachome*, il est long, très long et le médecin et le malade doivent s'armer d'une égale patience pour obtenir un résultat durable. Les moyens d'ailleurs, mieux employés et surtout aidés de l'asepsie moderne sont, ou à peu près, ceux qu'employaient Celse ou les médecins arabes. Deux agents modificateurs ont là leur rôle classique : le *nitrate d'argent* et le *sulfate de cuivre*. Le premier sera employé contre la réaction inflammatoire et son rôle sera celui

qu'on lui reconnaît sur toute muqueuse enflammée : il tarira l'inflammation et l'écoulement. Ce sera le topique du début et des trachomes récents. Le sulfate de cuivre par sa réaction violente, sera le modificateur profond de la muqueuse asséchée, le spécifique véritable mais bien inégal cependant de l'état infectieux. Ce sera le topique de la maladie à sa période d'état et des vieux trachomes. Le nitrate d'argent sera appliqué au pinceau exprimé en solution au 1/50, comme pour les gros catarrhes des conjonctivites banales, sur la face interne des tarses retournés, une fois par jour et plus, suivant l'effet cherché et produit (voir traitement des conjonctivites), en évitant le contact des ulcères graves de la cornée, ce qui sera toujours facile avec un pinceau exprimé. Quand la conjonctive ne secrétera plus, ce sera le tour du sulfate de cuivre, employé pur en cristal taillé et poli par le lavage, en attouchements rapides sur toute la longueur des 2 tarses retournés (voir traitement des conjonctivites), traitement très douloureux, précédé d'une instillation de cocaïne au 1/30, 1/20, et suivi d'application de compresses froides. Contre l'état hypertrophique de la conjonctive qui accompagne le trachome on le continuera, une fois par jour d'abord, puis 3 fois, 2 fois, 1 fois par semaine pendant le temps voulu, des mois, de longs mois s'il le faut, jusqu'à ce que la conjonctivi soit redevenue lisse. On pourra se servir aussi de glycérolé de sulfate de cuivre au 1/10e. Vers l'approche de la guérison pour assouplir le travail de cicatrisation de la conjonctive qui se rétracte, la pommade à l'oxyde jaune de mercure au 1/100e ou au 1/50e rendra des services.

On arrivera ainsi le plus souvent au blanchiment sinon à la guérison absolue des trachomes légers non confluents, quitte à revenir de temps en temps au nitrate d'argent si le catarrhe reparaît ou même pour reposer la muqueuse de l'irritation répétée du cuivre. Mais les ulcères graves envahissants de la cornée seront malheureusement une contre-indication à l'emploi du sulfate de cuivre.

Quant aux granulations confluentes qui remplissent en masse les culs-de-sac, elles seront traitées par l'*expression* et le *brossage*. L'expression sera faite au moyen de pinces avec lesquelles on saisira une à une les granulations qui seront expulsées comme un noyau de cerise. La pince à rouleaux de Knapp (*fig.* 1), construite dans ce but, permettra de pincer un pli plus grand de la muqueuse et de rendre l'opération de l'expression plus rapide. Ce procédé, excellent pour les grosses granulations, est insuffisant pour les petites qui ne sont pas chassées et doit être suivi d'attouchements au sulfate de cuivre. Il est donc plutôt un temps préparatoire à l'emploi du spécifique qu'un mode thérapeutique véritable. Il en est probablement de même du brossage au sublimé au 1/1000 ou au 1/500 qui intervient bien plutôt d'une façon mécanique en expulsant les trachomes, que par son action antiseptique. Il sera donc suivi aussi de la cautérisation au sulfate de cuivre. Ce brossage se fera avec une brosse à dents ordinaire, un peu dure et trempée dans la solution, sur la face interne du tarse retourné à l'aide d'une pince (*fig.* 2) et sur les granulations saillantes, après anesthésie locale. Ce brossage s'accompagne d'un suintement sanguin qui, une fois essuyé, doit montrer un simple piqueté hémorrhagique et non pas une véritable surface cruentée, indice d'un brossage trop vigoureux et risque de rétraction cicatricielle ultérieure.



Fig. 1



Fig. 2

Le pannus léger ne sera pas l'objet d'un traitement spécial. Il guérit seul après traitement de la conjonctive. Épais au contraire et encore vascularisé, il est traité par l'excision d'un anneau de conjonctive autour du limbe, véritable tonsure qui isole le pannus de ses vaisseaux nourriciers et en amène la régression. Mais s'il est ancien et organisé en tissu conjonctif sans vascularisation, épidermisé, véritable peau qui voile la cornée, il est alors, mais alors seulement, justiciable de l'inoculation de jequirity, traitement souvent héroïque des vieux trachomes épais qui résistent à toute autre méthode. Mais le jequirity employé sur un trachome récent et une cornée non protégée pourrait en amener la mortification ; on se servira pour cela d'une macération à 3 ou 5 % pendant 24 heures de grains pulvérisés (semences de l'*Abrus præcatorius* dont l'emploi a été préconisé et répandu par de Wœcker). On touchera 1 à 2 fois par jour la conjonctive des tarses retournés avec un pinceau imbibé de ce liquide et on renouvellera la macération tous les jours. Il s'établit rapidement (au 2e ou 3e jour) une injection violente de la muqueuse qui se recouvre de plaques d'exsudat, véritable diphtérie artificielle accompagnée d'un œdème très prononcé. C'est le moment d'arrêter les badigeonnages qui deviendraient dangereux pour

la vitalité des membranes et de se borner aux lavages aseptiques. Quand tout catarrhe a disparu, la conjonctive est plus affaiblie et le pannus s'est éclairci.

Il va sans dire que le trachome sera l'objet de mesures prophylactiques extrêmement sévères, qui tendront à isoler le malade et à réduire au minimum, par une propreté méticuleuse, les dangers de contagion de l'entourage par les objets de pansement.

Le trichiasis, l'entropion, le symblépharon seront, après guérison traités chirurgicalement. Le xérosis sera atténué, mais non guéri, par l'emploi de topiques adoucissants destinés à masquer la sensation de sécheresse : pommades, glycérinés neutres, huile d'olive stérilisée, applications de lait

HYDROLOGIE

La vulgarisation thérapeutique des eaux minérales lithinées-laxatives naturelles.

Il est une station médicale française dont on parle peu relativement, mais qui semble appelée, en raison de la valeur thérapeutique de ses eaux minérales, à occuper une des premières places parmi les grandes stations médicales d'Europe.

La Fontaine salée de Santenay-les-Bains a une physionomie hydrologique tout à fait spéciale : ce sont des eaux chlorurées et sulfatées sodiques et lithinées analogues aux eaux de Carlsbad, Kissingen, Marienbad, Hombourg, etc. On a surnommé la station le « Hombourg français ».

Or, non seulement la teneur des eaux de la Fontaine salée de Santenay en sels de sodium ne le cède en rien à la teneur de ces eaux rivales étrangères, mais elles possèdent — et c'est là une supériorité incontestable — une richesse en lithine inconnue dans toutes les autres eaux minérales consommées en boisson.

Cette association à un pareil degré de la lithine, du chlorure de sodium et du sulfate de soude est du reste absolument caractéristique de la Fontaine salée de Santenay, et c'est sur les avantages thérapeutiques qui en résultent que nous voulons appeler l'attention des praticiens.

Déjà en 1633, un médecin de Charolles, le Dr Pierre Quarré, publia un opuscule édité à Dijon et intitulé : « Les Merveilleux effets de la Nymphe de Santenay au duché de Bourgogne ».

A maintes reprises, Gubler, Durand-Fardel, le Pr Robin et la plupart des hydrologistes insistèrent sur les vertus particulières de la Fontaine salée de Santenay.

Maurice Binet lui consacra plusieurs études très documentées auxquelles nous renvoyons le lecteur pour des renseignements plus détaillés.

L'action de l'eau de la Fontaine salée de Santenay est *purgative à haute dose*, mais il s'agit moins d'une purgation que d'un lavage, car l'eau absorbée est évacuée en moins d'une heure après l'absorption, après avoir provoqué une diurèse abondante.

Cette propriété de l'eau salée de Santenay est excessivement curieuse et spéciale : à quelque dose qu'elle soit absorbée, elle est admirablement tolérée et ne provoque jamais de coliques ni de vomissement.

Les gens de la région se purgent avec elle pendant leurs repas sans que leur digestion soit aucunement troublée, même d'après eux, elle serait favorisée.

A dose moyenne, l'eau est digestive, laxative, diurétique, tonique et reconstituante. Elle a une action stimulante très marquée sur le foie.

Elle excite, du reste, et accélère les principales fonctions de la nutrition, de la circulation et du système nerveux.

En conséquence, ses principales *Indications thérapeutiques* sont les suivantes :

Troubles digestifs (embarras gastrique, pyrosis, pituite, dyspepsie hypochlorhydrique, atonie intestinale, constipation chronique surtout lorsque celle-ci est liée à une hypochlorhydrie marquée (A. Robin).

Maladies du foie (congestions hépatiques, surtout celles qui sont en relation avec l'hyposthénie gastrique chez les goutteux, les paludéens, les diabétiques et les cardiaques. Cirrhose à la période préascitique surtout chez les arthritiques et les dyspeptiques).

Lithiases (calculs du foie, des reins, de la vessie). La Fontaine salée est indiquée pendant la crise comme moyen curatif et entre les crises comme moyen préventif.

Diathèse urique. Goutte. La Fontaine salée de Santenay est spécifique de la goutte et convient surtout aux goutteux uricémiques, déprimés et obèses, en état d'insuffisance gastrique.

Albuminuries. Seules, les albuminuries d'origine digestive et les albuminuries uricémiques (Robin) sont justiciables de la Fontaine salée de Santenay, car celle-ci est contre-indiquée toutes les fois qu'il y a de la néphrite.

Diabète. De même sont justiciables de la Fontaine salée les diabétiques chez lesquels la nutrition est ralentie, les oxydations insuffisantes et le système nerveux déprimé (Robin).

Obésité. Il en est de même des formes d'obésité par économie de dépenses décrites par Robin.

Scrofule. Lymphatisme. La composition chlorurée sodique de ces eaux les indique formellement dans ces affections.

Contre-indications : 3 principales :

1° L'hyperchlorhydrie;
2° La néphrite ;
3° L'hyperexcitabilité nerveuse nettement marquée.

Mode d'emploi. — Les sources de la Fontaine salée de Santenay, au nombre de deux (source Fontaine salée et source Carnot), ont le grand avantage d'être froides, ce qui en permet la consommation à domicile et le traitement chez soi.

Globéol

FORTIFIE

Augmente la force de Vivre

2 pil. à chaque repas 20 jours par mois

Labor. 207, Bd Péreire, Paris.

FER COLLOÏDAL . MANGANÈSE COLLOÏDAL
EXTRAITS PROTOPLASMIQUES TOTAUX
DES GLOBULES SANGUINS

LES ÉNERGÉTÈNES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiquement & Physiologiquement titrés



SUCS DE VALÉRIANE·SAUGE·DIGITALE·GENET·MUGUET·COLCHIQUE

Chaque flacon 3f50 .LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE & GENTILLY (Seine)

LES ÉNERGÉTÈNES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiquement & Physiologiquement titrés



SUCS DE VALÉRIANE. SAUGE. GUI. GENET. MUGUET. COLCHIQUE

Chaque flacon 3f50. LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE & GENTILLY (Seine)

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

—

vous écrire au sujet de notre affaire du service des indigents. Vous voyez que nous ne sommes pas longs à recourir à vos bons offices.

Voilà en deux mots ce dont il s'agit :

Par suite des abus d'un médecin marron, aujourd'hui parti, nous avons accepté à D..., pour les indigents de la ville, l'abonnement à 2 fr. par tête et par an. Autant dire que nous opérons gratuitement. Or, pour une population de 3.100 habitants, il y avait au 1er janvier 1910, 190 indigents inscrits.

Nous avons à D..., une municipalité libérale qui a fortement battu les radicaux en 1908. Ceux-ci sont furieux de leur échec et cherchent par tous les moyens à se rendre populaires. Or, il y a 3 mois, grâce à une démission, le préfet a nommé au bureau de bienfaisance un nouvel administrateur qui est bien entendu radical. Les radicaux depuis lors sont 4 contre 3.

Il y a deux mois, le bureau a inscrit sur les listes (théoriquement arrêtées au 1er janvier 1910) une douzaine de nouveaux indigents. Or, on ne nous a ni consultés, ni prévenus ; nous avions eu le tort en effet de ne pas exiger qu'on nous présente les listes d'indigents au commencement de chaque année, et on a dû finir par croire que nous nous désintéressions de nos droits.

Quoi qu'il en soit, il n'y avait jamais eu jusqu'à présent d'abus d'inscription.

Mais cette fois, l'abus existe, 4 des inscrits, 4 enfants, ne sont nullement indigents, et nous ne voulons pas les accepter comme tels, sachant trop bien que si nous nous laissons faire il y aura 50 nouveaux inscrits d'ici un an.

Nous nous sommes donc réunis tous les 4 (il y a 42 médecins à D..., tous syndiqués) et avons décidé d'envoyer une lettre au maire, président de la commission du bureau de bienfaisance pour le prévenir que : 1° nous croyions que le bureau n'avait pas le droit en cours d'année d'inscrire de nouveaux indigents, à moins de payer pour eux les visites, etc., au tarif ouvrier local ; 2° nous refusions d'accepter les 4 faux indigents ci-dessous ; 3° nous entendions que, selon la loi, la liste arrêtée au 1er janvier nous fût *soumise* chaque année désormais.

Suite page XII.

Dyspepsie, Gastralgie
Anorexie, Flatuosités
Hyperchlorhydrie
Constipation
MALADIES DE L'ESTOMAC
CACHETS CHARVOZ
DIGESTIFS, TONIQUES ET APÉRITIFS
Quassime, Cannabine, Amers végétaux alcalinisés à 50% par procédé spécial
Se trouvent dans les principales pharmacies et chez tous les fournisseurs habituels des pharmaciens.
3 fr. la boîte de 40 cachets
Echantillons franco sur demande adressée à la
PHARMACIE CENTRALE
12, Rue Neuve, LYON

CONTREXEVILLE GREAT SOURCE
GOUTTE GRAVELLE, Voies Urinaires, Régularisatrice de la Digestion
Société des Meilleures Eaux Minérales : Contréxéville Great Source à Contrexéville (Vosges

POUGUES
ÉTABLISSEMENT THERMAL St-LÉGER
Maladies Guéries : DYSPEPSIES, GRAVELLES, DIABÈTE, ENTÉRITES, ANÉMIE, GOUTTE, LES CONVALESCENCES
Forfait de traitement, 30 fr.
Balnéothérapie complète
Hydrothérapie scientifique
CASINO - THÉATRE tous les soirs
Forfait pour la Saison, 30 fr.
Concerts dans le Parc 2 fois par jour
ENVIRONS PITTORESQUES
Chevaux et Voitures pour Excursions

120 Chambres et Salons
Chambres à 2 lits.
Salle à manger de 140 couverts
Salons de Jeux, de Lecture, de Conversation et de Coiffure
Salles d'Armes, de Billard
Fumoir
dans le Parc de l'Établissement
Luxe Moderne, Confort
PRIX DES PLUS MODÉRÉS
Table exquise, Vin renommé
Conditions spéciales pour Familles
JOINS PARTICULIERS
PROPRIÉTÉ DE LA COMPAGNIE
SPLENDID HOTEL

LACTARGOL
FURONCULOSE-ANTHRAX-OSTÉOMYELITE
AFFECTIONS STAPHYLOCOCCIQUES
2 A 4 CACHETS PAR JOUR
Laboratoire J. HUMBERT, 25, rue Nationale, Rambouillet (S.-et-O.). — Littérature et Échantillons sur demande.

PAIN "ESSENTIEL" "MOFÉOL"
DÉCHLORURÉ CH. HEUDEBERT
en biscottes de 10 grammes chacune
BASE DE LA CURE DE DÉCHLORURATION
Affections valvulaires, Cardioadispose
Albuminuries, Œdèmes.
Littérature et Échantillons sur demande
CAFÉ
des Cardiaques et des Nerveux
DIURÉTIQUE
TONIQUE, RAFRAICHISSANT, INOFFENSIF
Usines & Bureaux à NANTERRE (Seine)
PRODUITS DE RÉGIME CH. HEUDEBERT, 120, Rue du Faubourg St-Honoré, PARIS. - Téléph. 582-52

Il est préférable de la prescrire à jeun, légèrement tiédie ou non, suivant les cas.

La dose ordinaire est un à deux verres par jour.

La dose laxative est une bouteille.

La dose purgative varie avec les individus, mais il ne faut pas oublier que l'eau est avant tout une eau de régime et une eau laxative.

Dr Budan,
Santenay-les-Bains (Côte-d'Or).

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Type de Convention d'arbitrage entre les Syndicats médicaux et les Compagnies d'assurances accidents.

Litiges portant sur le quantum des notes d'honoraires médicaux concernant les accidents du travail. (*Lois du 9 avril* 1898, 31 *mars* 1905, 12 *avril* 1906. *Arrêté du* 30 *septembre* 1905.)

Projet élaboré par une Commission de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Entre les soussignés :

1° Le Syndicat médical de
dûment représenté par son président le Dr
D'une part ;

2° Et la Compagni
Dont le siège social est à
Dûment représentée par M.
D'autre part ;

Animées d'un égal désir de soumettre à l'expérience les principes d'arbitrage pour parvenir à un règlement amiable de certains litiges susceptibles de naître entre les membres du Syndicat et la Compagnie d'assurances sus-nommée, les parties contractantes ont résolu d'établir entre elles la présente convention d'arbitrage dont la durée est fixée à l'article 11.

OMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DE LA CONVENTION D'ARBITRAGE.

Article 1er. — Les différends et affaires litigieuses dont il sera parlé ci-après seront portés devant une commission arbitrale de cinq membres composée de deux médecins désignés par le Syndicat ; de deux représentants nommés ou agréés par la Compagnie d'assurances sus-nommée, et d'un président.

Toutefois, à titre exceptionnel, après accord préalable entre les parties en cause, la commission pourra connaître des litiges et les solutionner tout en n'étant composée que de trois membres, un médecin désigné par le Syndicat, un représentant nommé ou agréé par la Compagnie d'assurances sus-nommée et un président désigné comme il est dit ci-dessous.

Le Syndicat réuni en Assemblée générale nommera au scrutin secret les membres de la commission arbitrale et leur suppléant.

En cas de renouvellement de la convention, les arbitres pourront être nommés pour deux ans, sauf dans la période de début. Ils ne seront rééligibles qu'après une interruption de deux ans.

De son côté, la Compagnie d'assurances désignera des représentants à la Commission d'arbitrage.

Notification de cette élection sera faite aux intéressés dans la huitaine.

Cette commission sera présidée par un arbitre départiteur, qui sera tantôt un médecin nommé par le Syndicat sus-nommé, tantôt un représentant choisi ou agréé par la Compagnie. Les deux présidents exerceront à chaque séance de la commission la présidence à tour de rôle.

La présente convention ne devant apporter aucune dérogation aux traités ou conventions particuliers pouvant exister, dans le présent ou dans l'avenir, entre certains membres du Syndicat et la Compagnie contractante, il est bien entendu que les difficultés susceptibles de naître à l'occasion de ces conventions ne pourront être soumises à l'arbitrage de la commission.

Ne pourront connaître comme arbitres des litiges intéressant la Compagnie d'assurances contractante toutes personnes faisant partie de l'administration ou du personnel de cette Compagnie, non plus que les médecins personnellement intéressés à ces litiges.

Article 2. — La commission arbitrale rendra ses décisions à la majorité de ses membres, y compris le président.

Pour établir le plus d'équité possible dans le fonctionnement de la commission, il sera fait, par les deux présidents, préalablement à chaque séance, deux parts des cas litigieux retenus pour la séance.

Ces deux parts devront être composées d'un nombre égal de cas, et, autant que possible, de cas équivalents en importance, l'importance d'un litige étant déterminée par le chiffre exprimant la différence entre la somme réclamée et la somme offerte.

La part attribuée à chaque présidence sera désignée par le sort.

Toute affaire dont l'examen aura été commencé sous la présidence de l'un des présidents sera obligatoirement examinée jusqu'à la solution sous la même présidence et par les mêmes arbitres dans le cas où il y aurait lieu, pour un motif quelconque, de la renvoyer à une ou plusieurs séances ultérieures.

Cependant, en cas d'empêchement d'un des arbitres et à la demande d'une des deux parties, un arbitre suppléant complétera la Commission d'arbitrage.

Article 3. — Les séances de la Commission auront lieu aussi souvent qu'il sera nécessaire, dans un local neutre et aux dates qui seront déterminées de concert entre les présidents et les membres de la commission.

COMPÉTENCE DE LA COMMISSION

Article 4. — Seront soumis à la commission arbitrale tous différends survenant entre un mem-

bre du Syndicat et la Compagnie contractante, en tant qu'ils porteront sur le quantum des notes d'honoraires médicaux concernant des accidents du travail (lois des 9 avril 1898, 31 mars 1905, 12 avril 1906).

Pourront être également soumis à la commission, après accord préalable à cet égard des parties contractantes, et dans les formes et conditions prévues à la présente convention, tous litiges de même nature, qui seront pendants au jour de sa prise d'effet déterminé à l'article 11 ci-après.

Article 5. — La commission arbitrale rendra ses décisions d'après les règles du tarif légal applicable aux accidents du travail (Arrêté du 30 septembre 1905), dit Tarif Dubief.

Procédure de la Commission.

Article 6. — Lorsque surgira entre les intéressés un différend donnant lieu à l'arbitrage, la partie la plus diligente avisera, par simple lettre, la partie adverse, ainsi que l'un des présidents de la commission. Les parties seront ensuite convoquées après entente entre ces derniers, par les soins du secrétaire pour la plus prochaine séance de la commission.

Chacune des parties sera tenue de produire au début de la séance ses défenses et pièces, spécialement une note explicative et détaillée, avec références au tarif légal, établissant, soit la somme demandée, soit la somme offerte.

Article 7. — La commission aura pleins pouvoirs pour recourir à tous moyens d'instruction qu'elle jugera opportuns, et spécialement pour entendre toutes personnes susceptibles de l'éclairer sur le litige (blessés, médecins, spécialistes, chirurgiens ou autres).

Article 8. — La commission sera dispensée de toutes formalités judiciaires.

Les décisions seront motivées, lorsque les *deux parties* en feront la demande au début de la séance. Toutefois la commission pourra, lorsqu'elle le jugera utile, donner les motifs de sa décision.

Il sera tenu par le secrétaire de la commission, dont la désignation, les fonctions et la rémunération, s'il y a lieu, seront ultérieurement réglées d'un commun accord entre le Syndicat et la Compagnie d'assurances qui aurait accepté une convention d'arbitrage identique à la présente, un registre des décisions prises, dûment signées par le président qui les aura rendues, avec indication de la somme demandée, de la somme offerte et de la somme arbitrée.

Article 9. — Les décisions arbitrales de la commission sont sans appel. Les parties contractantes se soumettent préalablement et de plein gré à cette juridiction, prennent l'engagement d'honneur d'en accepter les conséquences et s'obligent à en assurer ou à en garantir l'exécution dans les délais prévus aux alinéas suivants.

Dans les cinq jours de leur date, les décisions seront notifiées par les soins du secrétaire et par simple lettre, tant au médecin qu'à la Compagnie.

Dans les huit jours qui suivront cet avis, la Compagnie fera payer contre sa quittance au domicile du médecin le montant des honoraires arbitrés par la commission

Trésorerie et frais.

Article 10. — Pour faire face aux frais de correspondance, de secrétariat, d'enquêtes, expertises ou autres, s'il y a lieu, ainsi qu'aux frais de déplacement des membres de la commission et, en outre, pour éviter les recours abusifs à l'arbitrage de la commission, il sera perçu par litige un droit d'arbitrage de 20 % sur les sommes litigieuses, c'est-à-dire, sur la différence existant entre la somme demandée et la somme offerte, et, en plus 3 % du montant total de la note.

Les droits ainsi fixés seront supportés par les parties proportionnellement aux chiffres représentant l'exagération de la demande et l'insuffisance de l'offre.

Ils seront recouvrés par prélèvement sur la somme due par la Compagnie, aussi bien pour la part lui incombant que pour celle incombant au médecin.

Les droits ainsi perçus seront mentionnés sur le registre des décisions à la suite de chacune d'elles, et recouvrés par les soins du secrétaire trésorier qui sera également chargé du règlement des frais ci-dessus prévus dans les conditions qui seront déterminées de concert entre les présidents et les membres de la Commission et sous leur contrôle.

Dans le cas où la commission serait appelée à examiner en qualité d'expert les différends intéressant des médecins non affiliés au Syndicat, et qui pourraient lui être renvoyés à ce titre par les tribunaux réguliers saisis de procédures ordinaires, il serait perçu par la commission un droit d'expertise de 15 % sur le montant total des honoraires à expertiser avec le minimum de 20 fr.

Ces droits auront la même destination que ceux prévus aux alinéas précédents et seront recouvrés dans les mêmes conditions contre la partie à qui ils incombent.

Durée de la Convention

Article 11. — La présente convention prendra effet le . Elle sera d'une durée de à partir de cette date et prendra fin, en tout cas, de plein droit, le jour de la publication au *Journal Officiel* de l'arrêté ministériel portant modification ou révision du tarif légal en date du 30 septembre 1905 actuellement en vigueur.

Elle pourra toutefois être renouvelée d'un commun accord entre les parties contractantes avec ou sans modifications.

Toutes les demandes d'arbitrage formées avant la date d'expiration déterminée au premier alinéa du présent article devront être solutionnées même après cette date suivant les règles et conditions fixées par la présente convention.

Fait en double à

Nota. — Il est entendu que l'*Union des Syndicats médicaux de France* propose ce type de con-

vention aux Syndicats médicaux qui pourront suivant les nécessités locales y apporter des modifications de détails, les grandes lignes en ayant été étudiées avec soin. Il leur est recommandé de s'écarter le moins possible du type proposé.

LES MEMBRES DE LA COMMISSION :

Dr DAUSSET,	Dr JEANNE,
Dr DIVERNERESSE,	Dr LEVASSORT,
Dr FOURNIER,	Dr ROCHER,
Me GATINEAU,	Me ROCHER,
Dr HELME,	Dr TOURTOURAT.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Les Retraites de la vieillesse médicale

Le Dr Dumur, de Bordeaux, nous écrit :

La proposition que j'avais formulée il y a 7 à 8 ans se basait simplement sur ce fait qu'il existait des associations qui pouvaient constituer des retraites moyennant un versement minime, 12 fr. par an. Et la chose était d'autant plus sûre que ces Sociétés étaient approuvées par l'Etat.

La plus ancienne, je crois, de ces Sociétés, était la Marseillaise dont le président était M. Arnaud, 1, boulevard Dugommier à Marseille. C'est sur le modèle de cette association que se sont fondées les Sociétés similaires, comme la Caisse de Retraites du Sud-Ouest dont je suis actuellement président. Nous avons pris les statuts et les barèmes de la Marseillaise et l'Etat a approuvé les uns et les autres. Inutiles les calculs ; inutiles les actuaires.

Avec 12 fr. par an on peut se constituer une retraite sous le contrôle de l'Etat ; cette retraite varie, bien entendu, suivant l'âge où l'on commence à verser sa cotisation, mais on peut toujours arriver à se constituer la retraite de 360 fr. que la loi autorise en versant autant de fois 12 fr. que cela est nécessaire pour arriver au résultat désiré avec 20 ans de versements au moins et à 55 ans d'âge (loi de 1898). Lorsque j'ai essayé d'exposer ces données à l'Association, on s'est récrié et l'on m'a objecté que depuis longtemps nos sociétaires avaient repoussé toute augmentation de cotisation. Mais on n'a pas voulu entendre que nos sociétaires répondaient ainsi parce qu'on ne leur promettait rien en échange. Tandis que le système proposé par moi accordait une pension d'autant plus élevée que le sociétaire consentait un sacrifice plus grand. On a aussi objecté que la somme de 360 fr. accordée par la loi était indigne du médecin et qu'alors mieux valait rien du tout ou tendre la main. Il nous serait d'ailleurs facile, à l'Association, avec les fonds considérables que nous accumulons sans en tirer tout le profit possible, d'augmenter cette retraite *de droit* et de la porter à 5 ou 600 fr. sous appellation quelconque ainsi que le fait l'Association des pharmaciens de France.

Je vous adresse donc ci-inclus nos statuts et nos barèmes, nous sommes encore trop jeunes comme Société pour avoir commencé à payer des retraites ; mais la Marseillaise en paye déjà depuis de longues années et tout chez elle marche à souhait.

En présence de ces données, avec près de cinq millions en caisse, on ne trouverait pas le moyen de créer chez nous des retraites de droit ? Allons donc ! Il faudrait, pour que cela durât, que les hommes dévoués tels que vous n'existassent plus et nous savons qu'ils sont légion au *Concours*.

Caisse des retraites du Sud-Ouest

Fondée le 1er juillet 1901.

But et conditions de la Société.

La Caisse des retraites a pour but d'assurer à chacun de ses adhérents, âgé de cinquante-cinq ans ou plus, **une pension progressive avec les années de versements**, mais après vingt ans de présence au moins dans la Société.

La cotisation est de *un franc par mois*, plus un franc payé annuellement pour frais d'administration : *en tout treize francs par an*, et tout sociétaire peut prendre, suivant ses ressources personnelles, plusieurs livrets, et avoir droit à plusieurs pensions.

On est admis sociétaire sans distinction de nationalité, de résidence, ni de limite d'âge. Les sociétaires retraités sont exonérés de toute cotisation.

Les livrets sont personnels ; nul ne peut continuer le livret d'un décédé, ni en bénéficier. Le mari et la femme ont donc intérêt à faire tous deux partie de la Société.

Le sociétaire qui, en cas de mort prématurée, veut faire revenir à sa famille le montant des cotisations qu'il a versées, doit, en plus des cotisations, payer une prime de 1 fr. 50 par an.

La Société se recommande surtout aux pères de famille prévoyants qui, pour un faible versement, préparent à leurs enfants une pension appréciable.

Formalités d'Admission.

1° Adresser au siège social, à l'Athénée, rue des Trois-Conils, 53, à Bordeaux, un acte de naissance sur papier libre ou une pièce en tenant lieu ; à défaut, donner exactement les *nom, prénoms*, date et lieu de naissance ;

2° Les personnes résidant hors Bordeaux n'auront qu'à joindre à ces renseignements un mandat-poste de 3 fr. 50, représentant pour chaque livret :

Droits d'entrée..... Fr.	1 »
Frais de gestion.....	1 »
Livret.....	0 50
Cotisation mensuelle.....	1 »
Total.....	3 50

Il est de l'intérêt de tout nouvel adhérent de faire remonter son inscription au 1er janvier de l'année courante.

Les membres honoraires sont dispensés du droit d'entrée, des frais de gestion et du livret.

Sociétaires résidant hors de Bordeaux

Les sociétaires résidant hors de Bordeaux doivent envoyer leur cotisation par correspondance et par trimestre, semestre ou année. *Tous les frais de poste, ou autres dépenses d'envoi et de retour*, demeurant à leur charge (art. 15 des statuts). En cas de retard, ils doivent ajouter les intérêts (0,05 par mois).

Les mandats-poste doivent être adressés à l'ordre de *M. le Trésorier de « La Caisse des retraites »*, rue du Réservoir, 17, Bordeaux.

Extraits des statuts

(*Approuvés le 10 juin 1901*)

ART. 6.— On est admis Sociétaire, *sans distinc-*

tion de nationalité, pourvu qu'on n'ait encouru aucune condamnation infamante.

Nulle limite d'âge n'est exigée des adhérents.

ART. 9.— Les livrets de pension pour hommes, femmes et enfants, sont *indistinctement* de 1 franc par mois, soit une cotisation annuelle de 12 francs.

ART. 12.— En dehors de sa cotisation de 12 frs, chaque Sociétaire est tenu de payer une cote supplémentaire annuelle de 1 *franc par chaque livret*.

Cette cote, destinée à couvrir les frais généraux de la Société, est intégralement exigible de *tous les Sociétaires, sans distinction d'âge*, dès le premier versement de leur cotisation annuelle, et de tout nouvel adhérent, au jour de son admission, à quelque date de l'année qu'elle ait lieu.

ART. 13.— Les Sociétaires retraités sont exonérés de toute cotisation et continuent à participer aux avantages éventuels de la Société.

ART. 16.— Toute personne qui adhère à la Société, au cours de l'année, peut demander son inscription à dater du 1er janvier de l'année courante. Il suffit qu'elle acquitte la totalité des mois déjà écoulés, ainsi que les intérêts de retard, 0,05 par mois.

Les versements ne peuvent être rétroactifs au delà du 1er janvier de l'année courante.

ART. 17.— Les Sociétaires qui désireraient augmenter leur pension de retraite ont la faculté de prendre plusieurs livrets, sans que l'ensemble de leurs livrets puisse donner droit à un chiffre de pension supérieur à celui fixé par la loi. Chaque nouveau livret porte un numéro matricule, représente une pension et entraîne le versement obligatoire de la cotisation statutaire (12 francs), *aussi bien que du droit d'admission et de la cote annuelle*.

Art. 20.— Le Sociétaire tombé dans le dénuement pourra être autorisé à suspendre le paiement de ses cotisations.

Il conservera, dans ce cas, ses droits quant aux versements effectués, mais le délai suspensif qui lui sera accordé viendra en déduction des vingt années de versement exigées par les Statuts.

ART 21.— Le Sociétaire en retard de plus de deux mois dans le paiement de ses quotités mensuelles sera débiteur envers la Société d'un intérêt de 5 centimes par mois de retard. Il sera dispensé du paiement de cet intérêt par l'acquittement anticipé et immédiat d'un nombre de quotités égal à son arriéré.

Art. 22 § I.— Le Sociétaire en retard d'un an dans le paiement de ses quotités sera mis en demeure, dans les premiers jours du douzième mois, par le Conseil d'administration, et sur avis détaché d'un carnet à souche, de régulariser sa situation avec la Caisse.

Un délai d'un mois lui sera accordé pour effectuer ses versements.

A l'expiration de ce délai, c'est-à-dire à la fin du treizième mois, le Sociétaire qui n'aura pas payé l'intégralité de son arriéré sera rayé.

§ 2.— Toutefois, pendant les trois mois qui suivent la radiation, le Sociétaire sera admis à faire valoir les motifs de son retard au Conseil qui peut le réintégrer si les causes du retard ne lui sont pas imputables.

§ 3.— Après ce dernier délai de trois mois, nulle excuse n'est admise, la radiation devient définitive. Toutes les sommes antérieurement versées restent acquises à la Société, et le Sociétaire rayé ne peut rentrer qu'en prenant un nouveau livret.

ART. 23.— Les Sociétaires ont la faculté d'assurer le remboursement, en cas de décès avant la retraite, des cotisations mensuelles versées (sans intérêts).

Barême des Pensions pour un livret.

Age au premier versement	Nombre d'années versées	Cotisations mensuelles versées	Montant annuel de la pension	Age au premier versement	Nombre d'années versées	Cotisations mensuelles versées	Montant annuel de la pension
et au-dessus 35	20	240	48	18	37	444	174
				17	38	456	186
				16	39	468	200
34	21	252	50	15	40	480	216
33	22	264	53	14	41	492	232
32	23	276	57	13	42	504	250
31	24	288	62	12	43	516	268
30	25	300	68	11	44	528	288
29	26	312	74	10	45	540	309
28	27	324	80	9	46	552	332
27	28	336	87	8	47	564	356
26	29	348	94	7	48	576	382
25	30	360	102	6	49	588	410
24	31	372	110	5	50	600	440
23	32	384	119	4	51	612	471
22	33	396	128	3	52	624	506
21	34	408	138	2	53	636	542
20	35	420	150	1	54	648	581
19	36	432	162	0	55	660	622

(*A suivre*). A. GASSOT.

RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT

A propos de l'agrégation

Lyon, le 12 juin 1910.

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai beaucoup hésité avant de vous écrire, car le sujet que je vais aborder est de ceux auxquels il est difficile de toucher en ne froissant personne et il m'est désagréable de penser que je pourrais, sans le vouloir, faire de la peine à des amis. Cependant, le conflit actuel entre le corps enseignant et le corps soi disant enseigné me touche de si près que je voudrais faire entendre aussi ma voix et dire ce que je pense de l'agrégation en médecine.

Je me trouve dans une situation spéciale qui est la suivante : admissible une première fois à l'agrégation de chirurgie, je voulais en 1901 me présenter une seconde fois, mais étant alors docteur depuis 9 ans, je n'avais pas attendu cette date pour exercer la médecine et j'avais choisi la spécialité de mon père, l'ophtalmologie. L'agrégation de chirurgie n'avait donc pour moi qu'un intérêt temporaire. Je voulais pouvoir poser ma candidature à la chaire d'ophtalmologie en 1907, au moment où le professeur Gayet devait être atteint par la limite d'âge et je n'avais nullement l'intention de me consacrer à l'enseignement de la chirurgie. J'allai donc demander au juge de Lyon si, dans ces conditions, il voterait pour moi et il me répondit très loyalement qu'en son âme et conscience cela lui serait impossible ; désigné par la Faculté de Lyon pour recruter les meilleurs agrégés de

chirurgie, il considérait comme un devoir de voter pour des chirurgiens. Je compris ses raisons et ne m'inscrivis pas. Mais, après la clôture du registre, le professeur en question tomba malade et déclara qu'il ne siégerait pas. Un concours allait donc s'ouvrir sans juge de Lyon. C'était le salut possible pour moi. J'allai trouver M. le directeur de l'enseignement supérieur et lui exposai mon cas. Il me répondit qu'il consentirait à m'inscrire après la clôture du registre, à la condition que tous mes camarades de Lyon y consentiraient eux-mêmes et que M. le Recteur de l'Académie de Lyon n'y verrait aucun inconvénient. Je dis, à l'honneur de tous mes camarades, qu'aucun d'eux ne fit d'objection et mon nom parut à l'*Officiel* avec ceux des autres candidats. Mais toutes ces démarches avaient duré quelques jours et le professeur qui devait siéger pour Lyon s'était guéri plus vite qu'il ne l'avait pensé. Il se ravisa et vint prendre sa place parmi les juges. Dans ces conditions je me retirai du concours.

En 1904, il était devenu trop tard pour moi pour me présenter, car un agrégé de chirurgie s'était orienté vers l'ophtalmologie et seule une agrégation d'ophtalmologie aurait pu à ce moment m'être utile, comme le fut l'agrégation d'obstétrique pour un de mes amis de la même promotion d'internat que moi, qui fut nommé professeur d'obstétrique contre d'anciens agrégés de chirurgie.

Je demeurai donc simple ophtalmologiste sans titre officiel, mais je n'ai pas conservé contre l'agrégation l'amertume des candidats évincés par le concours. Je regrette qu'une institution qui est jugée bonne aujourd'hui, l'agrégation d'ophtalmologie, n'ait pas été jugée bonne il y a 15 ans ; car je serais professeur d'ophtalmologie très probablement à l'heure actuelle, mais je ne critique que les institutions et non les personnes. J'ajoute que je ne suis nullement jaloux. La situation indépendante que j'ai acquise m'est infiniment agréable ; je me demande souvent si j'aurais été plus heureux en passant mon existence dans une chaire magistrale et je me demande aussi si mon enseignement eût été fécond. Ceci dit, ne pensez-vous pas que j'aie quelques raisons pour avoir suivi avec un vif intérêt toutes les discussions qui ont eu lieu relativement au concours d'agrégation et ne croyez-vous pas que je sois en droit d'avoir sur ce sujet une opinion longuement mûrie ?

D'ailleurs, toutes les opinions sincères ne méritent-elles pas d'être enregistrées en ce moment-ci spécialement ?

Et, puisque M. Marion demande des articles signés, n'est-ce pas le moment d'en écrire un avec une signature qui n'a rien de révolutionnaire ?

Je commence par ajouter que le concours avec un seul juge pour représenter une Faculté était immoral et donnait lieu à des marchandages de voix dont certains juges avaient le cynisme de parler aux candidats : *experto crede Roberto*.

Mais le tirage au sort du jury, la publication des notes, ont modifié profondément cet état de choses et la réforme en somme a été très bonne. Malheureusement, cette réforme, aussi bien au point de vue spécial qui me touche, à savoir la création des agrégations spéciales, qu'au point de vue général, à savoir : la publication des notes et le tirage au sort du jury, arrive 20 ans trop tard pour donner satisfaction au désir de justice et au bon sens de la majorité et voilà pourquoi je crois que ceux qui protestent rendent service à tout le monde. Si l'on n'avait pas protesté, il eût semblé que tout était désormais pour le mieux : or tel n'est pas mon avis. Ce qui eût été bien il y a 20 ans est devenu insuffisant à l'heure actuelle.

La médecine a évolué. Il est devenu impossible d'enseigner une science dix fois plus vaste qu'il y a 20 ans avec le même cadre de professeurs. Les publications médicales ont décuplé et pour faire actuellement une leçon magistrale, faite de critique et d'érudition tout à la fois, il faut la préparer beaucoup plus longuement que jadis. Il en résulte que les professeurs sont pris dans un dilemme : Ou bien ils feront des leçons trop élémentaires et les étudiants diront qu'ils trouvent tout cela dans leurs manuels, ou bien ils feront des leçons très savantes, mais ils ne traiteront alors qu'une fraction minime de leur programme. Alors quel est le remède à cette situation ?

Il n'y en a qu'un, c'est celui qui consiste à faire appel à toutes les bonnes volontés et d'organiser l'enseignement de telle sorte que tous ceux qui sont capables de faire des leçons magistrales, contenant des idées personnelles et plus de critique que d'exposition, soient conviés à prendre la parole, et que tous ceux qui ont des services d'hôpitaux contribuent à l'éducation clinique des étudiants. Ce n'est pas un concours avec nombre de places limité d'avance qu'il faut, c'est un concours où le nombre des candidats nommés sera égal au nombre de ceux qui auront fait preuve de qualités pédagogiques réelles. Et même un concours est-il bien nécessaire ? Les étudiants ne sauraient ils pas tomber les cours mal faits ; cela ne suffirait-il pas comme sanction ?

Les cours devraient être tous payants sans exception, car s'il est juste de donner gratuitement l'enseignement obligatoire, il n'y a aucune raison pour donner gratuitement l'enseignement professionnel ; je dis mieux : les cours devraient être tous libres.

L'Etat n'a aucune raison pour avoir une théorie officielle sur le rhumatisme noueux et pourquoi empêcher M. Bérillon de professer des idées personnelles sur la prophylaxie de cette maladie par la société des chiens à longs poils ?

L'Etat, à mon avis, n'a qu'un devoir, c'est de décerner des diplômes et de faire passer des examens. Il pourra par ce contrôle s'assurer que les médecins connaissent les principales méthodes de traitement du rhumatisme noueux.

Mais pour que les examens soient justes, il importe que les examinateurs ne fassent pas eux-mêmes de cours, autrement il n'y aurait rien de changé. Il faut que les examinateurs fas-

sent connaître leurs idées personnelles dans des publications que tous pourront connaître et critiquer, mais non dans des cours magistraux.

Ce seront ces examinateurs payés par l'Etat qui remplaceront les professeurs actuels et quant aux cours ils se feront partout où la chose sera possible.

On m'objectera cet argument : Comment recruterez-vous les examinateurs ? Je réponds ceci : Il existe des savants qui sont incapables de dire deux mots de suite, faites-en des examinateurs ; et il existe des esprits qui s'assimilent vite les idées des autres et qui savent les mettre en valeur, faites-en des professeurs ; que le nombre de ces derniers soit illimité et que le cadre des premiers soit assez souple pour n'exclure aucun vrai savant et pour en faire sortir ceux qui ne méritent pas d'y rester.

Je souhaite ardemment que le concours actuel se termine dans la paix et le calme. Il y a des candidats qui ont travaillé pendant des années et sont prêts actuellement. Rien ne prouve qu'ils seraient prêts encore l'année prochaine ; ce serait leur causer un préjudice que d'empêcher le concours de se terminer. Mais que ce concours soit le dernier de son espèce et que la protestation serve de leçon afin que plus jamais un jury médical ne puisse se croire autorisé à appeler à son secours des hommes armés d'instruments meurtriers, alors que le rôle des médecins dans ce monde est de panser les blessures.

L'armée mise à la disposition d'une partie du corps médical contre une autre partie de ce même corps, c'est, à mon sens, une action sacrilège que ne justifiaient pas les manifestations.

Il eût été plus digne de la part du jury de se retirer et de laisser les manifestants aller exposer leurs doléances au ministre ; celui-ci aurait été bien inspiré en demandant, au nom des candidats, la cessation des troubles pour le concours actuel avec promesse d'étudier pour l'avenir une réforme approuvée par l unanimité du Corps médical. J'aime à croire que la lutte engagée est dans l'esprit de tous une lutte de principes et non de personnes et que par conséquent, il importe peu qu'il y ait une quarantaine d'agrégés de plus en France à la fin de cette année scolaire. Tout le monde se serait incliné si M. le Ministre de l'Instruction Publique et M. le Président du conseil avaient voulu convenir que la question de l'agrégation intéresse tout le monde, non seulement les professeurs, les agrégés, les étudiants, mais encore tous les citoyens français dont les intérêts sont défendus par le corps des praticiens. S'il avait promis de nommer une commission où toutes les opinions auraient pu être discutées devant une promesse de réforme pour l'avenir, je me plais à croire que d'un commun accord tout le monde se serait incliné devant l'intérêt des candidats du concours actuel et que celui-ci aurait eu lieu avec la déférence qui convient aux rapports des médecins entre eux, afin que l'on puisse opposer à l'*homo homini lupus* l'adage : *sed medicus medico agnus*.

Recevez, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de ma considération distinguée et l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Louis Dor.

STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES

L'application de la cure-taxe

Au Dr C. Petit, de Saint-Gervais-les-Bains.

Mon cher et honoré Confrère,

Je viens de lire dans le nº du 15 juin du *Concours Médical* votre réponse à l'article que j'avais publié le 22 mai, je crois, dans le même journal.

Permettez-moi tout d'abord de vous féliciter, car votre lettre rappellera sans doute à nombre de confrères stationaux qu'il est de leur devoir de faire connaître leurs idées sur la cure-taxe avant l'élaboration définitive du projet actuellement à l'étude. Mais il est dans votre exposé quelques petits détails que je me permettrai de rectifier.

Faire une cure thermale ou une saison d'altitude ne signifie pas rechercher le maximum de plaisir. Non. Cela signifie, à mon point de vue rechercher le maximum d'amélioration à son état, en joignant, si faire se peut, l'agréable à l'utile. Certes, je suis de votre avis quand vous proclamez que la vitalité d'une station dépend surtout de l'efficacité de ses sources ou de son climat. C'est la meilleure réclame assurément auprès du corps médical et des malades. Mais ne croyez-vous pas qu'entre deux stations — et il y en a — dont les eaux sont également efficaces dans les mêmes affections, le malade et son médecin n'opteront pas plutôt pour celle qui, en plus de sa valeur thérapeutique, offrira quelques distractions ? Croyez-vous aussi qu'il y ait des stations qui défient les efforts des Syndicats ? Pour moi, je n'en vois pas beaucoup. Voulez-vous vous rappeler d'autre part l'emploi que je faisais des fonds provenant de la cure-taxe (achat de matériel de désinfection, création de pavillons d'isolement, de chambre mortuaire, etc...) Je ne crois pas qu'avec les dépenses nécessitées pour la réalisation de tous ces vœux, à Saint-Gervais comme à Saint-Nectaire d'ailleurs, et dans beaucoup d'autres localités, on puisse de sitôt, avec l'excédent des recettes, offrir aux étrangers la vie de la capitale ou de la grande ville.

Enfin, pour ce qui regarde la perception de la cure-taxe, il est dit à l'article 4 de la loi que la taxe sera perçue par l'intermédiaire des logeurs, hôteliers et *propriétaires*. Aussi je ne vois pas la difficulté que vous prévoyez pour les villas. Voulez-vous un exemple ? A Saint-Nectaire, fonctionne, *grâce à l'appui du Syndicat d'initiative*, ce que nous appelons le « Sou du Baigneur ».

Dans chaque hôtel, comme dans chaque villa, est apposée une affiche rappelant aux étrangers, qu'en plus du prix de la location, ils doivent par personne et par jour 0.05 de cure-taxe.

Combien de malades, croyez-vous, que cette mesure ait vexés et chassés ? Pas un. Ceci posé, libre à chacun de demander ou non la cure-taxe.

Mais qui vous dit que l'observance insuffisante des règles de l'hygiène moderne dans une station n'entraînera pas sa radiation de la liste des stations thermales et climatiques, et d'où proviendront alors les fonds nécessaires à toutes les améliorations, s'il n'y a pas d'entente comme chez nous pour percevoir le « Sou » ? Réfléchissons à l'avenir.

Veuillez agréer, mon cher et honoré confrère, l'assurance de mes dévoués sentiments.

Dr G. Siguret,
Médecin consultant
à Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme).

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Les petits profits du métier

Voici la lettre que m'apportait il y a quelques jours mon courrier. Il s'agit d'un confrère qui, à l'époque, était encore étudiant, et remplaçait, sans d'ailleurs avoir le nombre exigé d'inscriptions, un confrère de la banlieue parisienne.

Quand je dis remplaçait, ce n'est pas exact ; en réalité c'était plutôt une collaboration et une assistance que prêtait au confrère le vieil étudiant. Chacun allait de son côté voir des malades et de la sorte il était fait deux fois plus de visites que si le confrère avait été seul à exercer.

Je n'eus pas de peine à faire convenir au confrère que cette manière d'agir était irrégulière et dangereuse pour lui et pour son remplaçant et les plaintes de plusieurs médecins voisins me semblaient très légitimes.

Le confrère se sépara de son assistant qui put très heureusement finir sa scolarité.

A peine en possession du parchemin le nouveau docteur se souvient des tribulations qui lui ont été causées par mon intervention et me sert sa rancune dans le poulet suivant :

B ..., 16 mai 1910.

Monsieur,

Maintenant que je suis docteur en médecine et que j'ai pu, après des innombrables et très pénibles luttes (*sic*), tirer un peu ma famille de la misère dans laquelle nous étions, je viens avec le plus grand dégoût vous rembourser par ce modeste mandat-poste la colossale somme de cinq francs que vous m'avez avancée à titre d'aide momentanée pour venir après, à la suite des récriminations d'un très peu digne Monsieur me menacer d'agir contre moi, ma femme et mes trois pauvres bébés, en vertu de votre situation de Secrétaire du Syndicat des médecins de la Seine pour avoir essayé de leur donner provisoirement une *bouchée de pain* et avoir mis moi-même dans les mains de cet indigne Monsieur, la clientèle qu'il est arrivé à se faire à X..., et avoir récolté ses honteuses plaintes. Vous feriez bien mieux, mon cher Monsieur et très grand secrétaire du plus grand encore Syndicat des médecins de la Seine, de vous occuper du nombre incalculable et fabuleux de rebouteurs, de matrones guérisseuses par toutes sortes de panacées plus ou moins universelles et surtout des sœurs plus ou moins défroquées qui, à la barbe et au nez des confrères, vont, viennent et portent des médicaments aussi stupides que leurs cerveaux, que de jeter le malheur dans la famille d'un pauvre garçon, auquel par malheur — tout en ayant votre haute intelligence — il lui manquait le merveilleux billet de mille ou de deux mille pour finir ses études.

Je ne peux avec mon cœur trop humain et trop bon, que vous pardonner votre mouvement d'hérésie et vous exprimer tout le regret pour vous avoir connu à l'occasion de l'éclosion d'un des côtés les moins recommandables de votre nature.

Avec mes salutations,

Dr M..

Je n'ai rien changé à cette lettre, j'ai seulement supprimé le nom du pays, et j'ai fait à ce malheureux la réponse suivante :

Paris, 10 juin 1910,

Monsieur et cher Confrère,

J'ai tardé à répondre à votre lettre du 16 mai dernier parce que je ne voulais pas vous écrire sous l'impression plutôt pénible que m'a causée votre missive et j'ai préféré attendre pour laisser refroidir un mouvement d'humeur que j'aurais regretté.

Voyons, mon cher Confrère, vous me traitez d'inhumain et vous paraissez croire que je demeure indifférent aux luttes de la vie ! Vous me renvoyez en un mandat la colossale somme de cinq francs que je vous avais donnée et me faites ainsi souvenir de ce que j'avais complètement oublié.

Combien votre belle indignation pour ce que mon geste a eu de blessant eût été mieux à sa place le jour où je vous ai remis ma très modeste obole !

Je reconnais que ce n'est pas un secours à la Rothschild, mais je ne suis pas un prince de la Finance et n'ai pas de chapitre dans notre budget syndical pour ces sortes de générosités. Quoi qu'il en soit, j'accepte vos cinq francs et je vous en remercie même ; je les verse en notre nom à tous deux à une œuvre qui n'existait pas de votre temps et qui se nomme l'*œuvre du secours immédiat*. Quelque pauvre diable de médecin, ou quelque femme ou fille de confrère ne fera sans doute pas fi de ce morceau de pain !

Vous trouvez étrange que j'aie tenté de protéger un confrère, qui, lui aussi, avait des charges, contre la concurrence que vous lui faisiez. Que devais-je faire ?

Vous voilà docteur maintenant. Admettez

qu'un étudiant très méritant vienne à vos côtés faire de la médecine, que direz-vous ? Vous le laisserez continuer et vous plaiderez même sa cause auprès du Syndicat...?

Ceci ne veut pas dire qu'il n'y a pas beaucoup à faire pour nous protéger contre les irréguliers et illégaux de tous genres. Contre eux, je fais de mon mieux et ce que je peux.

Laissez moi espérer, cher Confrère, que vous regretterez votre mauvaise humeur à mon endroit comme aussi à l'endroit du confrère auquel vous faisiez concurrence ; nous ne méritons vos foudres, ni l'un ni l'autre.

J'aime à me figurer que vous êtes dans un pays où la clientèle donne et que vous réussissez ; je le souhaite sincèrement.

Faites vous partie du Syndicat local ? Songez au « Væ soli » et croyez à mes sentiments de bonne confraternité.

Dr Ch. Levassort.

J'ai insisté au dernier Congrès des Praticiens sur les inconvénients que présente l'exercice illégal fait par les remplaçants. On confie sa clientèle à des jeunes gens qui trouvent très bon de gagner quelque argent et pour qui ce rôle exceptionnel devient vite un métier. De là à exercer pour son compte il n'y a qu'un pas, vite franchi.

J'ai voulu par cet exemple montrer à nouveau le danger.

Dr Ch. L.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux des séances des 2, 9, 16 et 23 juin 1910.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les Docteurs :

Nos 1665.— Ogé, à Montlhéry (Seine-et-Oise).
1666.— Loubry, à Villers-Guislain (Dordog.).
1667.— Puech, à Nîmes (Gard).
1668.— Casanouve, à Rouffignac (Nord.).
1669.— Mauran, à Nice (Alpes-Maritimes).
1650.— Jaworski, à Paris, 12, rue Blanche.
1670. – Aubrée, à Avranches (Manche).
1671.— Molard, à Pont-de-Chéruy (Isère).
1672.— Loyer, à Douchy (Loiret).
1673.— Bosquain, à Paris, 28, av. Marceau.
1674.— Mouly, à Villeneuve - sur - Lot (Lot-et-Garonne).
1675.— Collignon, à Routot (Eure).
1676.— Gautier, à Landelles (Calvados).

Le Conseil ordonnance le paiement des sommes suivantes :

12 fr. 50 au Dr B. pour remboursement des frais de copie d'un jugement de paix lui accordant le tarif de la ville de R. où il réside, pour soins donnés à un blessé du travail des environs ;

55 fr. 75 pour frais de l'avoué de l'adversaire dans l'affaire du Dr D., (application de l'art. 30 de la loi du 31 mars 1905).

10 fr. 20 pour frais d'imprimés faits pour éclairer les juges dans cette affaire ;

78 fr., pour frais de l'adversaire dans l'affaire Dr C. contre L. (contestation d'honoraires pour radiographies dont le prix n'est pas prévu au tarif Dubief).

350 fr. pour frais et honoraires des avoués en première instance dans l'affaire Dr C. contre A.

Le délai d'appel contre le jugement de paix de M. n'étant pas expiré, le Conseil maintient l'appui pécuniaire accordé antérieurement au Dr B. ; mais celui-ci devra faire choix d'un avoué et le charger de l'affaire.

Le Dr M., d'A. demande :

1° Le remboursement des frais et des honoraires de son avocat dans un procès en recouvrement gagné en justice de paix, mais dans lequel moitié des frais a été mise à sa charge.

Le Conseil regrette de ne pouvoir faire droit à cette demande, attendu qu'il s'agit d'une simple affaire de recouvrement, engagée par son adhérent sans avoir même demandé au préalable l'avis du « Sou ».

2° L'appui pécuniaire sur l'appel interjeté par son adversaire contre un jugement du tribunal de T. qui, tout en réduisant sa note, lui donne gain de cause en principe contre un client qui a invoqué successivement le caractère gratuit des soins comme donnés à titre d'ami, puis la prescription et n'a pas craint d'offrir de se libéré en prêtant serment qu'il ne devait rien.

Accordé.

Le Dr G. a obtenu du juge de paix de M. une décision admettant implicitement le principe du triplement des honoraires des interventions de nuit dans l'application du Tarif Dubief.

Le texte de la citation sera demandé au Dr G., de manière à compléter la valeur juridique du jugement, dont les motifs sont peu explicites.

Communication est donnée d'une lettre du Dr Lop, de Marseille, annonçant que l'instruction ouverte contre lui pour complicité d'escroquerie par délivrance d'un certificat a été clôturée par une ordonnance de non-lieu rendue en sa faveur.

Le Conseil décide en principe de donner son appui pécuniaire au Syndicat du Puy, dont les Statuts comportent l'adhésion obligatoire au « Sou Médical », en vue de poursuivre deux illégaux, et ce, suivant la procédure qui sera conseillée par Me Gatineau.

Dans sa séance du 5 juin courant, le Syndicat de l'arrondissement de Mantes a voté, par voie de modification à ses Statuts, l'adhésion de tous ses membres au « Sou Médical. »

Le Conseil en prend acte, en attendant la régularisation par l'adhésion au « Sou Médical » des membres de ce Syndicat qui n'en font pas encore partie.

JURISPRUDENCE

Nos bons juges.

Mes chers confrères,

Si vous voulez une fois de plus avoir une notion exacte de la mentalité de la justice lisez le jugement ci-contre, qu'a rendu en ma faveur, s. v. p., le tribunal de Thiers.

Je vous envoie une copie intégrale.

Il s'agissait d'un citoyen dont j'avais vu la femme en passant à M., elle avait des signes d'hémorrhagie péritonéale. Je la fis porter à la clinique de l'Hôtel-Dieu (clinique payante, et comme on me demandait ce que coûterait l'opération je répondis : fr. 600, *si on peut passer par les voies naturelles*. Quand la malade fut arrivée, à un examen plus sérieux je reconnus une grossesse extra-utérine et pratiquai, après laparotomie, l'ablation des annexes du côté malade ; quand il fallut payer, le croquant m'envoya royalement 300 fr. Je lui en réclamais 1200, et le traînai devant le tribunal de Thiers.

Faites de ce jugement l'usage que vous voudrez et apprenez que le Larousse fait foi en justice.

Cordialement à tous.

Dr Bousquet.

TRIBUNAL CIVIL DE THIERS

Audience du 21 *mai* 1910

JUGEMENT.

Attendu que M. le Dr Bousquet réclame à M. X..., pour une opération pratiquée par lui à sa clinique de Clermont-Ferrand, sur la personne de Mme X... la somme de 900 fr., évaluant à 1200 fr. ses honoraires et reconnaissant en avoir reçu 300 fr. ; mais attendu que, d'une part, il résulte de la comparution elle-même des parties, qu'à M., avant l'opération, M. Bousquet les fixa à 600 fr. ; attendu que, d'autre part, X... justifie avoir versé sur cette somme représentant les honoraires dus en réalité un acompte de fr. 300.

Qu'en conséquence, celui-ci doit être condamné à payer au docteur Bousquet la différence soit 300 fr. et non pas 900 réclamés par ce dernier ;

Qu'en vain ce chirurgien soutient qu'il n'a pas pratiqué sur la patiente l'opération qu'il avait prévue lors de sa première visite à M..., mais une opération beaucoup plus importante, la laparotomie, qui du reste est appréciée par Larousse de la façon suivante : « *Opération bénigne que l'on pratique journellement* » (1) ; que les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites (ar. 434. Code civil.)

Par ces motifs :

Le tribunal statuant publiquement, contradictoirement, en matière sommaire, dernier ressort, après en avoir délibéré, condamne X... à payer au docteur Bousquet la somme de 300 fr. avec les intérêts du 11 novembre 1909, date de la demande.

(1) En italiques sur le jugement.

Réponse.

Il est évident que, tant que les juges seront appelés à statuer sur des questions médicales, ils feront et diront autant de bêtises que les médecins lorsqu'ils veulent parler le langage de Thémis. A chacun son métier. Malheureusement pour nous, parce qu'un monsieur est assis sur un siège de juge, parce qu'il est habillé d'une certaine façon, avec robe et bonnet, pour le distinguer du commun des mortels, et parce qu'on l'a appelé magistrat, il a de ce fait même l'omniscience et se trouve revêtu du pouvoir de juger, trancher et arbitrer sur des questions criminelles, correctionnelles, commerciales, civiles et professionnelles. Si ces hommes qui doivent nous juger ne se trompent pas dans leurs appréciations et jugements, c'est qu'ils sont bigrement forts. Seulement, du résultat de leurs jugements, ils s'en moquent, une erreur judiciaire de plus ou de moins, ce n'est pas grand'chose.

Tout cela restera sous cette forme, jusqu'au jour où la responsabilité professionnelle du juge sera établie, au même titre que cela se passe pour le médecin. Alors seulement, on prendra plus de formes, on s'entourera de plus de renseignements, et on fera appel à des avis compétents, sur certaines matières.

Les plaideurs auront plus de foi dans leur bonne cause et le renom de notre magistrature en sera rehaussé. On ne verra plus, comme aujourd'hui, des sourires sceptiques, lorsqu'on parle de la justice de notre pays devant ceux qui ont déjà eu maille à partir avec Thémis.

Dans votre cas, il n'y a pas d'appel possible, parce que l'affaire ne dépassait pas 1500 fr. D'autre part, des juges d'appel pourraient réformer l'appréciation plus que naïve du Tribunal, mais confirmer sur le fond, motifs pris de la condition de fortune de votre client. Là-dessus, les magistrats ont un pouvoir discrétionnaire ; ils peuvent sabrer et retrancher dans nos notes, car ils n'oublient pas qu'eux aussi sont clients des médecins et qu'ils ont tout intérêt à ce que nos soins soient tarifés le moins cher possible. Courbons la tête, c'est tout ce que nous pouvons pour le moment, *dura lex, sed lex*, jusqu'au jour, qui n'est pas aussi éloigné qu'on pourrait le croire, où le Parlement aura édicté la responsabilité professionnelle du magistrat.

Bien cordialement à vous,

Dr Paul Boudin

REPORTAGE MÉDICAL

A propos d'une opération. — La Cour vient de rendre son arrêt dans une affaire qui a fait grand bruit à Verviers.

Un commerçant de cette ville, atteint d'une maladie très grave, fut opéré par le docteur P..., de

Liége, assisté du Dr N..., de Verviers. L'opération fut faite avec un entier succès, le commerçant fut sauvé.

Quand il reçut la note du chirurgien, l' « escapé » soutint que l'opérateur avait, pendant plusieurs semaines, oublié dans la plaie une bande de gaze et que cet oubli avait non seulement retardé la guérison, mais causé les conséquences les plus douloureuses et les plus préjudiciables. Il réclama aux médecins 10.000 fr. de dommages-intérêts.

Le tribunal de Verviers admit qu'une faute avait été commise par le chirurgien et alloua au commerçant 600 francs de dommages-intérêts.

Appel fut interjeté et les débats durèrent trois audiences. La Cour vient de réformer entièrement le jugement du tribunal de Verviers. Elle déclare qu'aucune faute n'a été établie à la charge du chirurgien-opérateur ni du médecin assistant. Elle dit que l'opération très difficile et très dangereuse a parfaitement réussi et qu'il n'a nullement été prouvé que, par le fait des médecins, le commerçant ait subi soit un retard dans sa guérison, soit un préjudice quelconque. Elle reconnaît que les honoraires réclamés sont très modérés et elle condamne l'opéré à les payer.

(*Gaz. méd. belge.*)

La mentalité juridique est comme la science : elle ignore les frontières. Et l'on voit chez nos voisins du Nord, tout comme à Paris, des jugements inspirés évidemment d'une réelle tendresse (!) pour le Corps médical, légitimement réformés par une juridiction supérieure. Heureux magistrats belges ! Heureux médecins ! !

Voyage d'études « E. M. I. 1910 ». Le Voyage d'Études E. M. I. 1910, est organisé définitivement. Il aura lieu du 8 au 27 août avec l'itinéraire déjà annoncé : Lille, Ostende, Middelkerque, Blankenberghe, Bruges, Gand, Bruxelles (Exposition), Louvain, Anvers, Rotterdam, La Haye, Leyde, Amsterdam, Ile de Marken, Utrecht, Liége, Spa, Borgoumont, Luxembourg, Strasbourg, La Schlucht, Gérardmer, Vittel.

Nous rappelons à nos confrères, surtout à ceux qui ne sont pas encore membres de l'Association organisatrice, qu'il est maintenant nécessaire de demander leur inscription le plus rapidement possible.

Pour tous renseignements, écrire avec timbre pour réponse ou s'adresser le mercredi et le samedi de 10 à 11 heures au bureau du journal *l'Enseignement médico-mutuel International*, 12, rue François-Millet, Paris, XVIe.

Association française de Pédiatrie. — La réunion de l'Association française de Pédiatrie aura lieu à la fin de juillet 1910. La session durera deux jours, les 29 et 30 juillet.

Les membres de l'Association sont priés de se réunir le vendredi 29 juillet, à 9 heures du matin, à la Faculté de médecine. Il sera statué, dès l'ouverture de la séance, sur l'admission des candidats présentés qui pourront ainsi prendre part à la réunion.

D'après le règlement de l'Association, les médecins qui ne font pas partie de la Société de Pédiatrie de Paris à titre de membre titulaire ou de membre correspondant et qui désirent faire partie de l'Association doivent en faire la demande appuyée par trois membres titulaires au moins.

Rapports. — Deux questions confiées à trois rapporteurs différents sont à l'ordre du jour. Ce sont :

1° « La pathologie du thymus », rapporteurs : MM. Weil, Marfan, Veau.

2° « Les méningites cérébro-spinales de l'enfance », rapporteurs : MM. Richardière, Moussous, Netter.

Il est rappelé à MM. les rapporteurs que les manuscrits doivent être envoyés, 5, rue de Monceau, avant le 1er juillet.

Communications. — Les membres qui désirent faire des communications sont priés d'en avertir le bureau avant le 1er juillet et d'envoyer en même temps un résumé de leurs communications.

Au tribunal. — Le 15 décembre 1908, entre Brive et Uzerche, sous le tunnel de Pouin, un accident de chemin de fer se produisit, où le Dr Beauroux, médecin de l'école primaire supérieure d'Uzerche, et sa femme trouvèrent la mort.

Le tuteur de leurs deux enfants mineurs, âgés de 5 et 7 ans, poursuivit en dommages intérêts la Compagnie du chemin de fer d'Orléans, et la première chambre du tribunal civil de la Seine vient de condamner la dite Compagnie à payer 100.000 francs de dommages-intérêts aux deux enfants.

Hôpital pour poissons. — Il existe à New-York un magnifique aquarium. On vient d'y annexer un hôpital. On s'est aperçu, en effet, que les poissons, comme tous les êtres vivants, étaient sujets aux maladies.

Leur maladie la plus fréquente consiste en une éruption d'apparence spongieuse qui atteint surtout les brochets et les truites. Le mal, localisé d'abord en une tache, envahit peu a peu toute la surface du corps et devient alors mortel.

Les médecins assurent que l'on guérit la plupart des maladies chez les poissons d'eau douce en leur faisant prendre des bains de mer. La réciproque n'est pas vraie, du moins jusqu'à présent. Il n'apparaît pas que l'hôte des mers tire grand profit du bain d'eau douce.

Hystérie et déglutition de corps étrangers. — Un homme présentant tous les symptômes de l'hystérie avait l'habitude d'avaler des aiguilles. Lorsque M. Niost (*Berl. klin. Woch.*, 30 mai) le vit à l'hôpital, il découvrit la manie du sujet en le faisant radiographier et constata dans l'abdomen un grand nombre d'ombres ayant la forme d'aiguilles. 192 de ces dernières ont été trouvées dans les selles, mais il en restait au moins une quarantaine dans les anses intestinales au moment de la prise de l'observation, si bien que l'auteur estime à environ 250 le nombre des aiguilles qui, sans dommage, ont pu être dégluties et circuler dans le tractus digestif. (*Bull. Méd.*)

Singulier menu, mais qui n'a rien qui doive surprendre de la part de tels malades, auxquels tout est bon pour se rendre intéressants !

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON

3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 28 Dimanche 10 JUILLET 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Nos mares stagnantes. — Autour de l'Agrégation... 601
Gynécologie
Curettage utérin instrumental. Indication et technique. 603
La semaine médicale
Entorse coxo-fémorale et coxalgie. — Le prurit vulvaire des diabétiques. — Lait cru ou lait bouilli. — Les remèdes odontalgiques. — Simulation d'amblyopie, moyen de la dépister..... 604
Revue des sociétés savantes
Ingestion volontaire de bacilles typhiques. — Les pachypleurites et les pleurésies intarissables. Des vomissements de la grossesse. — Séquelles psychiques de la méningite cérébro-spinale. — Diagnostic de la diphtérie par la déviation du complément..... 607
Formulaire raisonné
L'antimoine..... 609
Ophtalmologie du praticien
Maladies infectieuses de la conjonctive (Suite.)..... 610
Pratique chirurgicale
L'hypertrophie du thymus, cause de syncope mortelle au début de la chloroformisation..... 611
Hydrologie
Le Sélénium dans les eaux minérales..... 612
Chronique de la Prévoyance
Les retraites de la vieillesse médicale..... 613
Chronique des accidents du travail
De quel côté de la barricade se trouvent les médecins marrons..... 614
Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel
Caisse des pensions de retraites du corps médical français..... 615
Comités départementaux du « Concours Médical »
Bouches-du-Rhône. — Mayenne..... 616
Correspondance
A propos des comités départementaux. — Assistance médicale gratuite..... 617
Jurisprudence médicale
Application du tarif Dubief. Défaut de contrôle patronal..... 619
Variétés
Les poitrinaires et la chute des feuilles..... 620
Reportage médical..... 621

PROPOS DU JOUR

Nos mares stagnantes

Ce n'est pas sur le seul domaine de la politique que s'étalent ces surfaces d'eau croupie aux émanations délétères et malodorantes, qui sont la plaie de notre pays. On les découvre un peu partout et jusque dans nos institutions médicales.

Exemple : Nos Facultés et les grandes Chapelles officielles, jalousement fermées qui les entourent. Ces institutions ont, il est vrai, de loin un air trompeur de majesté, mais pour l'observateur avisé, pour celui dont le jugement ne se laisse plus prendre au décor truqué ni à la façade maquillée, cette apparence de noble allure masque mal une désespérante pauvreté et une décomposition profonde.

Ce n'est pas là une petite mare stagnante, c'est le vaste marécage que recouvre une végétation luxuriante. Le voyageur imprudent s'approche de ses bords ; il admire ce brillant tapis de fleurs et de verdure jusqu'à ce que son pied aventureux s'enfonce dans la vase putride, jusqu'à ce qu'une bulle de gaz, se faisant jour entre les nénuphars et les lentilles d'eau vienne éclater à la surface et l'avertir par son haleine empestée du danger qu'il court sur ces rives.

Mais, à côté du grand marais malsain, que de petites mares fétides ! que de marécages où bourdonnent de véritables nuées de moustiques qui répandent un peu partout, par leur piqûre, la fièvre et la mort. Exemple : ces sociétés hybrides où l'envie, la jalousie et l'impuissance de toute action utile dominent et ne laissent à ceux qui les dirigent que de petites haines à satisfaire par un esprit de dénigrement systématique ; exemple : ces groupements où l'indifférence et l'ignorance du grand nombre laissent quelques malins remuants et actifs défendre leurs propres intérêts et satisfaire leurs propres ambitions au nom et aux dépens de l'intérêt collectif qu'ils ont reçu la mission de défendre.

Quand donc le torrent syndical solidement endigué et puissamment dirigé viendra-t-il assainir mares, marais et marécages ? Quand transformera-t-il ces milieux empestés en la contrée saine, fertile et florissante que nous rêvons,

celle que la richesse du sol français doit nous permettre d'espérer ?

J. Noir.

Autour de l'Agrégation.

On a usé et abusé, pour défendre l'Agrégation, d'un argument : à savoir qu'une demi-douzaine d'envieux, qui désireraient avec le privat-docentisme entrer par effraction dans les Facultés, étaient les auteurs de toute la campagne. Nous recevons, avec autorisation d'en publier le début, une lettre émanant d'un savant indiscuté, le professeur Ranvier, du Collège de France, lettre adressée à un de nos distingués confrères, devenu un homme politique. Nos lecteurs jugeront de l'opinion qu'un vrai savant a de notre enseignement officiel et de l'Agrégation actuelle.

Mon cher ami,

La vérité toute nue
Sortit un jour de son puits.
Aussitôt à cette vue
Tous les gens se sont enfuis.

De la vérité il n'en faut pas. C'est ce qui fait la fortune de tant de religions. C'est ce qui fait aussi que la science désintéressée a peu de succès. Il est d'usage de prôner la haute valeur des médecins français. On a même eu l'audace de dire que ceux qui tombent malades à l'étranger, aussi bien en Allemagne qu'en Angleterre, sont bien en peine de trouver un bon médecin. Non seulement on l'a dit, mais on l'a écrit dans le *Temps*, à l'usage des gens du monde. N'en parlons plus. En fait, l'enseignement de la Faculté de médecine de Paris est déplorable. Les étudiants sérieux ne le suivent pas. Je ne l'ai pas suivi et m'en suis bien trouvé. Il n'a pas changé et ne changera pas tant qu'on conservera les mêmes systèmes. Je le dis et je le répète depuis quarante ans au moins. Je l'ai dit à B... dans ma petite salle à manger-laboratoire de Lhélys, en présence de Cornil qui a approuvé.

La vraie raison de notre infériorité dans l'enseignement de la médecine, il faut la chercher dans l'institution du concours, celui de l'agrégation comme les autres.

Que faut-il faire ? Faut-il adopter le système allemand qui a fait ses preuves ? Oui et non, il faut prendre aux Allemands leur mode de recrutement des professeurs et leurs cours payants. Mais il faudrait ajouter quelque chose, et même beaucoup, de nos écoles professionnelles supérieures, etc.

D'autre part, M. le Dr Leredde nous adresse la lettre suivante :

Mon cher confrère et ami,

M. le prof. Courmont ayant écrit dans le *Matin* que les écoles de médecine ne sont plus des lieux d'asile, vous avez paru dans l'article que vous avez publié dans le *Concours*, en réponse à l'article du *Matin*, admettre comme légitime l'occupation d'une École de médecine par la force publique. Permettez-moi de vous communiquer quelques réflexions à cet égard.

Certes, une Ecole de médecine ne peut servir de refuge à des criminels, et nul ne s'oppose à ce que la police y pénètre pour arrêter un condamné de droit commun. Mais pourquoi les étudiants ont-ils toujours protesté contre l'entrée et le séjour de la police à l'Ecole ? C'est qu'ils considèrent d'*instinct* l'Ecole comme la maison commune des maîtres et des étudiants. A leur avis, il doit exister entre leurs maîtres et eux-mêmes des liens du même ordre que ceux qui existent dans une famille ; la discipline de l'École doit se fonder sur l'affection qui unit les plus anciens aux plus jeunes, le respect que ceux-ci portent à leurs aînés. Si les maîtres ont besoin de la force armée pour maintenir l'ordre dans une école, c'est que leur autorité morale est bien compromise. Il faut avouer que l'autorité morale des professeurs de nos écoles de médecine avait disparu au moment du dernier concours d'agrégation.

Un concours tel que celui-ci ne peut se maintenir s'il n'est pas appuyé par l'opinion médicale, si les modes de recrutement du corps enseignant n'ont plus l'assentiment des étudiants. Le prof. Courmont sait bien que les manifestations du 23 et du 24 mai n'auraient eu aucune importance si le corps médical n'avait appuyé les protestataires. Le concours a eu lieu grâce à la présence de la police ; nous ne regretterons pas la nomination de quelques agrégés à la suite. Mais il n'y aura plus de concours d'agrégation ; si l'administration n'a pas renoncé à celui-ci dans trois ans, si la commission que nous avons réclamée pour étudier la question du recrutement des maîtres auxiliaires des écoles de médecine n'est pas créée, il y a tout lieu de penser que les praticiens s'inscriront en masse et rendront le concours impossible.

Le Syndicat des médecins de la Seine a voté un ordre du jour dans lequel il demandait à l'Union d'étudier la question de principe soulevée par l'occupation militaire de l'Ecole de médecine. Je suis convaincu que l'Union protestera contre celle-ci ; mais il serait bon aussi qu'elle rappelle qu'une Ecole est une personne morale, que la discipline de l'Ecole doit être librement acceptée par les étudiants et non imposée par la force brutale.

Veuillez croire, mon cher confrère, à mes sentiments bien sincères.

Leredde.

Evidemment, je suis de l'avis du Dr Leredde, et si j'ai concédé à M. Courmont que les Facultés n'étaient pas des lieux d'asile, je n'ai nullement eu l'intention d'approuver l'occupation par la police de l'Ecole de médecine. Je me souviens d'avoir fréquenté l'Ecole à une époque où l'autorité morale du doyen suffisait au maintien de l'ordre même aux jours les plus troublés. C'était au début du décanat de Brouardel. Alors, comme aujourd'hui, la jeunesse studieuse était enthousiaste et turbulente ; alors plus qu'aujourd'hui, elle se livrait à des manifestations, inoffensives mais bruyantes, où quelques jeunes gens excessifs introduisaient le jet d'œufs et de légumes variés. Mais lorsque le doyen pénétrait dans l'amphithéâtre en ébullition, des vivats l'accueillaient de toute part. D'un signe il réclamait le silence et en quelques mots rétablissait le calme.

A cette époque, le doyen était, par tradition,

populaire ; il était aimé, respecté ; il était *quelqu'un*. Aujourd'hui, il n'est guère plus qu'un *fonctionnaire* !

C'est une déchéance que, en toute franchise, je ne saurais regretter.

J. N.

GYNÉCOLOGIE

Curettage utérin instrumental. Indications et technique.

Par le Dr Maurice Patel.

Agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Vulgarisé par Récamier, le curettage utérin instrumental a connu une fortune des plus variables ; après son promoteur, il tomba dans le plus grand discrédit ; puis, il y a quelque vingt-cinq ans, à la faveur de l'antisepsie, il reprit une vogue qu'il n'avait jamais connue. Aujourd'hui, il semble que l'on pèse mieux toutes choses ; l'emploi du curettage est considérablement restreint ; ses indications sont mieux posées ; sa technique est rigoureuse ; c'est dans ces conditions que l'on fait une intervention utile et non dangereuse.

I. — Indications du curettage instrumental. — Le curettage utérin instrumental a pour but de débarrasser la cavité de l'utérus d'une muqueuse malade ou profondément modifiée. La muqueuse utérine, contrairement aux autres muqueuses, possède un pouvoir spécial de régénération ; la menstruation et la grossesse en sont la meilleure preuve. Le curettage provoque, en somme, une mue, comparable à celle de la caduque ; cette régénération se fait dans un milieu aseptique ; une nouvelle muqueuse se substitue à une membrane infectée.

Le temps n'est plus où le diagnostic, très vague du reste, de métrite, avait pour corollaire thérapeutique le curettage ; on trouve, encore, chez certains chirurgiens, cette tendance fâcheuse. L'essentiel est de discuter l'indication ; celle-ci se présente dans les trois conditions suivantes :

a) *Métrite hémorragique.* — Il faut entendre sous ce nom les hémorragies qui succèdent à une délivrance abortive incomplète.

Chez ces femmes, l'hémorragie est intermittente ; elle se produit en dehors des règles, et, au moment des règles, elle est plus violente, avec expulsion douloureuse de caillots et de débris. Une thérapeutique locale peut les faire céder (injection intra-utérine de teinture d'iode, par exempe) ; mais combien son emploi est dangereux. L'infection annexielle est fatale à la suite de ces petites manœuvres, inoffensives en apparence.

Mieux vaut dilater l'utérus, tout enlever. Le résultat est immédiat, complet ; c'est le plus beau succès du curettage à froid.

b) *Métrite de la ménopause.* — On voit, chez certaines femmes qui approchent de la ménopause, des hémorragies abondantes et rebelles aux moyens ordinaires. La dilatation utérine aux tiges de laminaire s'impose dans ces conditions ; car, l'exploration pourra faire découvrir un polype sous-muqueux, un cancer du corps au début.

Mais, dans des cas, qui ne sont point rares, on ne peut qu'admettre un état congestif particulier de la muqueuse utérine, c'est à ces formes que l'on réserve le nom de métrites de la ménopause. Dans ces conditions, le curettage réussit à merveille, et il est formellement indiqué, mais seulement après vérification de la cavité utérine.

c) *Métrites infectieuses.* — Lésion banale, s'il en fût, la métrite, quels que soient son origine et son degré, est rarement justiciable du curettage. Autrefois pourtant, c'était elle qui en fournissait l'indication principale. On est revenu aujourd'hui de cette erreur. L'infection ne dépasse-t-elle pas, en effet, l'utérus ? En dehors des cas où le simple examen classique permet de reconnaître des lésions annexielles macroscopiques, on peut dire que presque toujours, le processus infectieux atteint la trompe et l'ovaire. Le curettage est alors inutile, parce qu'incomplet, et, de plus, il est dangereux. Combien de salpingites aiguës ne voit-on pas, encore à l'heure actuelle, réveillées ou provoquées par la curette. La lésion utérine, surtout celle du col, qui avait seule hypnotisé les anciens chirurgiens, est considérée comme secondaire ; la lésion annexielle, voilà la cause de la persistance de la métrite ; voilà son danger.

Sous aucun prétexte, voire même celui de la chronicité ou des réclamations incessantes des malades, les médecins ne doivent pas se laisser aller à faire un curettage.

Cette formule, absolue dans la très grande majorité des cas, souffre quelques rares exceptions. On voit parfois de graves lésions utérines rebelles, caractérisées par un état fongueux de la muqueuse ; elles succèdent rarement à une infection gonococcienne, plus souvent à une septicémie abortive ; elles s'accompagnent de pyorrhée et de ménorragies ; c'est alors que le curettage peut réussir.

II. — Technique du curettage instrumental. — Le curettage instrumental se différencie du curettage digital par un temps capital : c'est la *dilatation utérine*, qui permettra l'introduction de la curette.

1° Moyens de dilatation utérine. — C'est le premier temps de l'opération. On peut l'exécuter lentement, au moyen de tiges de laminaire, brusquement, au moyen d'instruments dilatateurs ;

a) *Dilatation lente.*— La veille de l'opération, après avoir fait une minutieuse désinfection, on place dans l'utérus une tige de laminaire (celle-ci devra toujours être prise dans des tubes stérilisés, actuellement dans le commerce) ; on la maintient au moyen de tampons vaginaux. Le lendemain, la tige est enlevée au moment de l'intervention ; la dilatation est sinon complète, du moins commencée. Le principal avantage que l'on trouve à cette méthode est l'assouplissement de la paroi utérine ; celle-ci peut se dilater sans se rompre.

b) *Dilatation extemporanée.* — Celle-ci se fait sous anesthésie, immédiatement avant le curettage. On la réalise avec les bougies d'Hégar, introduites progressivement dans leur ordre croissant. Ordinairement, l'introduction est facile jusqu'au nº 12 ou 13 ; à ce moment, on perçoit une forte résistance au niveau de l'isthme utérin. En insistant lentement, on fait céder l'obstacle, il s'est alors produit une fissure de l'isthme ; celle-ci n'est pas toujours facile à éviter ; en réalité, elle n'a pas une grosse importance ; mais on doit continuer la dilatation très prudemment.

2º Soins préopératoires.— *Les instruments.* — Deux pinces de Museux.— Curette (préférer la curette fenêtrée de Sims). — Sonde à double courant. — Lavage très chaud (solution iodo-iodurée). Ecouvillon. — Mèche et pince porte-mèche. — Instruments dilatateurs (bougies d'Hégar), jusqu'au nº 15.

La malade. — Purgée la veille. Sondée au moment de l'opération. Toilette vaginale complète.

3º L'opération. — Anesthésie générale, profonde ; se méfier des syncopes, comme dans toutes les dilatations.

1º *Temps.* — Amarrer les lèvres du col, chacune avec une pince de Museux ; faire une prise solide ; l'essayer, pour éviter le dérapage pendant l'opération. Attirer le col à la vulve ; ordinairement, l'orifice est élargi ; ses bords sont ulcérés ; essuyer les glaires sanguinolentes qui le recouvrent.

2e *Temps.* — Reconnaître avec une tige d'Hégar de faible volume la direction de l'utérus. Faire ou achever la dilatation ; introduire doucement les bougies enduites de vaseline stérilisée ; attention à partir du nº 12.

3e *Temps.* — La dilatation faite, introduire le doigt pour vérifier le contenu de la cavité utérine ; on peut y trouver de petits polypes, des débris placentaires anciens. Introduire la curette mousse et gratter chaque face ; agir avec fermeté dans les mouvements qui ramènent la curette vers le col ; enfoncer au contraire très doucement l'instrument, pour éviter la perforation, due toujours à des manœuvres irréfléchies. Le *cri utérin* indique que l'on atteint le muscle.

Soignez les angles et le fond. Le sang coule abondamment ; ne pas s'effrayer.

4e *Temps.* — Ecouvillonner avec la teinture d'iode, dédoublée. Laver avec la sonde à double courant (solution iodo-iodurée d'abord, puis lavage à l'eau bouillie) (voir : *Curettage digital*).

Sécher avec une mèche ; placer à l'intérieur de l'utérus une mèche, non serrée.

4º Soins post-opératoires. — Enlever la mèche après 24 heures ; les jours suivants, faire un lavage vaginal. Purger au 3e jour.

Au 10e jour, la malade peut se lever, s'il n'y a aucune complication infectieuse, ce qui est rare aujourd'hui ; surveiller ensuite les malades au point de vue d'une déviation utérine possible.

Le règles font en général défaut pendant un mois ou deux, elles reviennent lorsque la muqueuse utérine est entièrement régénérée.

LA SEMAINE MÉDICALE

Entorse coxo-fémorale et coxalgie.

M. le Dr Demarque, de Mauzé, a publié dans les *Archiv. médico-chirurgicales de province*, une étude sur le diagnostic de l'entorse coxo-fémorale et de la coxalgie.

Voici l'observation de M. Demarque :

Le 5 août 1909, nous sommes appelé dans le village de C..., auprès du jeune Marcel N..., âgé de quatorze ans. La mère nous apprend que ce jeune homme, dont l'aspect extérieur est celui de la plus florissante santé, se plaint depuis trois semaines environ d'une douleur *au genou droit*, douleur qui s'étend jusque dans la cuisse et rend la marche très difficile.

Les explications des parents, pas plus que celles du malade, ne rendent clairement compte du mode de début. L'enfant se plaignit un beau jour de souffrir et l'on n'y porta pas grande attention. Puis vint la cueillette des haricots, récolte importante dans la région et exigeant une station debout prolongée. C'est à la suite de ces fatigues, les signes fonctionnels augmentant, qu'on songea à nous présenter le malade.

A notre arrivée, l'enfant était assis auprès du feu. Lorsqu'il traverse la pièce pour aller s'étendre sur un lit, nous constatons que la marche est très difficile. Le malade avance en boitant, et sa démarche nous donne l'impression immédiate de celle d'un coxalgique au début.

Passant alors à l'examen direct, nous constatons sans surprise que le genou signalé à notre attention est indemne de tout mal. La palpation n'en est pas douloureuse, non plus que les mouvements passifs.

A la hanche, nous trouvons, en revanche, une douleur très nette à la pression dans l'aire du triangle de Scarpa. De même, la cuisse étant fléchie sur le bassin, il existe un point douloureux

fessier bien localisé — moins net cependant que le point antérieur.

Les mouvements passifs de l'article sont douloureux. Le mouvement d'abduction de la cuisse fléchie est très limité. La *corde* des abducteurs se dessine aussitôt, immobilisant le membre et faisant contraste avec la souplesse musculaire du côté opposé. Les mouvements de rotation de la tête fémorale sont également douloureux et limités par la contracture musculaire.

A la vue, le membre du malade paraît présenter un léger degré de raccourcissement. La mensuration détruit cette impression et donne les mêmes chiffres pour les deux côtés.

En somme, notre malade présente les signes d'une arthrite coxo-fémorale. Quelle en est l'origine ?

L'interrogatoire ne révèle aucun traumatisme récent ou ancien : le malade, bien que questionné par nous à ce sujet, et malgré de pressantes objurgations maternelles, *nie absolument toute chute.*

L'apyrexie est complète ; aucune autre articulation n'est prise et rien dans l'aspect général du patient ne peut d'ailleurs faire songer au rhumatisme. L'arthrite infectieuse, même subaiguë, doit de même être éliminée, en l'absence de tous phénomènes généraux et de toute trace d'infection causale. L'enfant n'accuse, en particulier, aucune douleur à la miction, dans le présent ou dans le passé.

Seule, en résumé, la tuberculose nous parut susceptible d'expliquer les faits tels que nous les avons exposés ; ni l'absence d'antécédents personnels ou héréditaires (le malade est le sixième ou septième représentant d'une famille de dix enfants, tous vivants et que nous savons pertinemment être indemnes de tout passé tuberculeux), ni l'excellent état général ne sont, à tout prendre, des raisons absolues de ne pas l'admettre.

Avant de prendre une décision thérapeutique définitive, nous demandons cependant à revoir le malade après une huitaine de jours de repos au lit sans autre traitement. Or nous retrouvons en ce moment les mêmes symptômes physiques et fonctionnels. Seuls, les phénomènes douloureux se sont notablement amendés.

Nous posons alors le diagnostic ferme de coxalgie, avertissant la famille de nos réserves pronostiques et de la longueur certaine du traitement nécessaire. Nous désirons, d'ailleurs, avant d'appliquer un appareil plâtré, pratiquer pendant quelques jours l'extension continue ; mais nous sommes en pleine campagne : il faut se procurer un lit où le malade couche seul, créer de toutes pièces un matelas (les seuls « lits de plume » étant couramment employés dans la région...). Ce sont des préparatifs qui demandent quelques jours. Nous partons donc, après les explications nécessaires, non sans avoir fait promettre à la mère de nous avertir lorsque tout sera prêt.

Or c'est ici qu'intervint, pour le plus grand bien du malade et notre édification personnelle, un facteur nouveau et d'ordinaire moins favorable : la prodigieuse inertie du campagnard français en matière de thérapeutique active.

Sollicité, en effet, par d'autres occupations et comptant sur la famille pour nous prévenir, nous avions quelque peu oublié notre « coxalgique », et c'est une bonne quinzaine plus tard que, passant dans le village, nous pensâmes à aller voir où en étaient les choses.

Rien n'était prêt, d'ailleurs, et la mère cardait fort tranquillement la laine du matelas futur, dont la toile n'était point achetée. On nous signala seulement, non sans quelque indignation, le sans-souci qu'avait de nos prescriptions notre impertinent estropié, qui levé, couché et relevé, ne paraissait pas s'occuper de garder un repos quelconque. Un peu étonné, nous examinâmes la hanche : elle n'avait absolument rien, et les mouvements en étaient aussi souples et aussi nets que ceux du côté opposé.

L'explication nous fut donnée par une révélation inattendue de notre malade lui-même : le jour où il avait commencé à souffrir en marchant, six semaines auparavant, l'enfant avait fait une chute du haut d'une « chèvre » de scieur de long sur laquelle il s'était juché. Son pied gauche ayant glissé, tandis que le droit restait suspendu, il avait « fait le grand écart » et ressenti une forte douleur dans la hanche droite. Il ne s'était point tout d'abord vanté de la chose, puis avait fini par l'oublier, et par nier de la meilleure foi du monde, à deux visites différentes, qu'il eût subi aucun traumatisme.

On le voit, les lignes qui précèdent sont l'histoire d'une erreur de diagnostic qui serait assez banale, n'étaient la rareté de l'entorse coxo-fémorale et aussi l'étrange amnésie par laquelle notre blessé fut la cause première de l'erreur commise. L'observation nous en a paru cependant intéressante à rapporter, parce qu'elle montre bien, par sa singularité même, l'incertitude constante de tout diagnostic basé sur le seul interrogatoire du malade ou de son entourage. Il en est ainsi, malheureusement, d'un certain nombre de diagnostics étiologiques.

Le prurit vulvaire des diabétiques.

D'après M. Paul CARNOT, la cause du prurit vulvaire, de l'érythème et des ulcérations consécutives est très vraisemblablement le diabète. Cette affection agit probablement par l'action irritante du sucre sanguin sur les terminaisons nerveuses ; mais elle agit, surtout et avant tout, par le contact prolongé de l'urine sucrée avec les organes génitaux externes de la femme. (*Progrès médical*).

Le *traitement* comprendra :

1° Un *traitement général* du diabète, par les alcalins et surtout par la diététique : on améliore souvent ainsi le trouble local en diminuant l'intensité de la glycémie.

2° Un *traitement local* des lésions : on pourra utiliser notamment les applications locales de liqueur de Van Swieten très chaudes et fréquemment renouvelées, ou les applications loca-

les d'une solution de bicarbonate de soude en poudrant ensuite par des applications de talc et d'oxyde de zinc. Les applications locales de goudron, pur ou mélangé par moitié avec la lanoline, sont parfois très efficaces.

L'action locale et analgésiante des rayons X s'est montrée, parfois, d'une efficacité surprenante dans certains cas rebelles.

3° Mais la partie la plus importante du traitement consistera à *supprimer tout contact prolongé des parties irritées avec de l'urine sucrée* : on fera faire, notamment, des lotions et injections, très soigneusement, après chaque miction.

Dans un cas récent de prurit vulvaire chez une diabétique, remarquable par son intensité et sa ténacité, et tel qu'il avait rendu l'existence intolérable à la malade, l'auteur a employé une médication très simple, qui a donné d'excellents résultats. Il a réussi à faire disparaître, automatiquement, le contact local du sucre urinaire avec les lésions enflammées, grâce à des lotions vulvaires et à des injections vaginales de *levure de bière* (une cuillerée de levure fraîche dans un litre d'eau).

La levure de bière avait pour but de faire disparaître, par fermentation, le sucre urinaire résiduel, resté au contact des parties irritées. Non seulement, on supprimait ainsi le contact irritant du sucre ; mais on le remplaçait grâce à cette fermentation, par une solution alcoolique faible, antiprurigineuse et tonique des tissus.

Les résultats furent très rapidement remarquables ; les injections et lotions à la levure de bière, répétées deux fois par jour comme unique traitement, firent cesser, dès le deuxième jour, le prurit ; l'inflammation cessa ; les ulcérations se cicatrisèrent rapidement, sans que soit intervenu aucun traitement diététique ou médicamenteux.

Cette méthode, si simple et si dénuée d'inconvénients, est applicable à diverses diabétides externes, à certaines plaies, à certaines gangrènes, à certaines stomatites, etc., dans les cas, en un mot, où la levure de bière, au contact des sécrétions sucrées, pourra localement faire disparaître le sucre par fermentation.

Pareil procédé pourra rendre service dans les cas rebelles de diabétides génitales, qui font souvent le désespoir des malades, et, par contrecoup, celui de leurs médecins.

Lait cru ou lait bouilli.
Inconvénients du régime lacté.

D'après le *Journal de méd. et de chir. pratiques*, de J. Lucas-Championnière, M. le Dr Legendre, a fait récemment une conférence clinique sur le régime lacté et ses inconvénients.

La question des avantages du lait cru ou du lait bouilli se présente fréquemment et est toujours assez difficile à résoudre ; théoriquement, le lait cru est préférable parce qu'il est plus digestible et plus agréable, mais on ne peut le prescrire ainsi que lorsqu'on est sûr de sa fraîcheur et de sa bonne qualité. Aussi est-on réduit le plus souvent à le prescrire bouilli, ce qui le prive incontestablement de certains ferments favorables à la nutrition. Il faut reconnaître d'ailleurs que chez l'adulte surtout, le lait, bien souvent, n'est pas très digestible et qu'on en fait parfois un véritale abus. Il faut savoir surtout, et M. Le Gendre insiste beaucoup sur ce point, qu'il ne faut jamais l'utiliser comme boisson de table, car il n'excite pas la sécrétion gastrique et bien souvent est alors mal digéré et contribue par sa présence à empêcher la digestion des autres aliments. Beaucoup de sujets le prennent cependant ainsi, mais il est infiniment préférable, dans un régime mixte, de le prendre loin du repas.

On a d'ailleurs modifié le lait de bien des façons pour le rendre plus digestible. Parmi les laits dits antiseptiques, le lait oxygéné est le seul qui soit bon. Mais on a préparé aussi des laits peptonisés, diastasés, humanisés, etc., qui peuvent rendre des services, mais ne peuvent être utilisés d'une façon continue.

Mais de tous ces laits modifiés, celui qui présente le plus d'avantages est le képhyr.

Avec ce lait, la caséine se précipite dans l'estomac en flocons très légers, et, contrairement au lait ordinaire, il excite la sécrétion gastrique. Il est donc indiqué dans les maladies où il y a défaut de sécrétion du suc gastrique ou insuffisance de l'assimilation comme dans les dyspepsies hyposthéniques, ou dans le cancer de l'estomac, ou certaines entérites chroniques.

On sait qu'il est préparé sous trois numéros. Le n° 1 ou faible, n'a fermenté que deux jours et est légèrement laxatif. Le n° 2, képhyr moyen, est vieux de trois jours, et le n° 3, qui a fermenté quatre jours, est constipant.

Le régime képhyrique exclusif est exceptionnel et transitoire ; le plus habituellement, le képhyr est incorporé dans l'alimentation à la dose d'un verre d'abord, dose qu'on augmente et qui peut atteindre deux litres par jour. Il ne faut pas oublier que le képhyr est sensiblement moins nutritif que le lait ; il présente donc, même à ce point de vue, des indications assez différentes.

Les remèdes odontalgiques.

La fréquence des occasions où le médecin est sollicité de calmer les douleurs dentaires nous paraît justifier la citation suivante que nous empruntons aux « Consultations et thérapeutique dentaires » de MM. Estéoule et Dauzier, pour le profit de nos lecteurs :

« *Périostite.* Au traitement antiseptique de la dent infectée, on adjoindra les bains de bouche émollients : décoction de guimauve ou de pavots, ou solution de chloral à 15 pour mille. Applications de pointes de feu sur la gencive.

Badigeonnages matin et soir de la gencive avec

Teinture d'iode.....	}	ââ 10 gr.
Teinture d'aconit.....	}	

ou bien :

Teinture d'iode.....	}	ââ 4 gr.
Teinture d'aconit.....	}	
Gaïacol synthétique cristallisé..		2 gr.

ou bien

Teinture d'iode	ââ	6 gr.
Teinture d'aconit		
Chloroforme		4 gr.

Usage externe.

Carie. Pulpite. – Après nettoyage rapide de la dent, imbiber un tampon de coton avec l'une des préparations suivantes et l'introduire dans la cavité.

Teinture de benjoin	10 gr.
Essence de girofle	3 —

Usage externe.

Formol à 40 %	10 gr.
Essence de géranium	2 gr.

Usage externe. (MARION et ANDRÉ).

Chlorhydrate de cocaïne	ââ	un cent.
Chlorhydrate de morphine		
Essence de girofle		Q. S. pour

faire une pâte épaisse. (ROY).

Usage externe. Recouvrir de gutta

Chloroforme		
Créosote	ââ	10 gr.
Laudanum		
Teinture de benjoin		30 gr.

Usage externe. (MESNARD.)

Hydrate de chloral	5 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	3 gr.
Camphre pulvérisé	5 gr.
Alcool	X gout.

Usage externe. Une goutte sur un peu de coton.

Teinture de benjoin	6 gr.
Chloroforme	4 —
Acide phénique	2 —

Usage externe.

Simulation d'amblyopie moyen de la dépister.

D'après M. le Dr GAUPILLAT, de Châlon-sur-Saône (*Clinique Ophtalmologique*), on peut dépister la simulation par le moyen de Bravais, qui consiste à faire lire des lettres rouges sur papier blanc, le bon œil étant caché par un verre rouge.

Pour mesurer l'acuité visuelle, Baudry signale le moyen de la glace. Baudry s'exprime ainsi : « Placez l'examiné tout près et devant une glace dans laquelle vient se dessiner une échelle typographique, placée à une distance déterminée ; le simulateur s'empressera de lire les gros, les moyens, et les fins caractères suivant l'espace qui sépare la lettre du miroir. Le médecin expert connaîtra ainsi assez exactement le degré d'acuité visuelle recherchée.

« Cette épreuve pourra d'ailleurs être modifiée de différentes manières (Nieden, Barthélemy, etc.). « Ayant voulu me procurer une échelle à caractères renversés se réfléchissant naturels dans la glace j'ai écrit à plusieurs de nos fournisseurs connus et tous m'ont répondu qu'ils n'avaient jamais vu ces sortes d'échelles. C'est dans ces conditions que j'ai pu faire imprimer une échelle à caractères renversés qui n'a rien de très exact, il est vrai, mais qui donne une appromixation suffisante. Au lieu de faire l'échelle en noir, je l'ai faite en rouge pâle, qui disparaît avec un verre rouge clair permettant une acuité visuelle normale avec une échelle à caractères noirs.

« Le sujet auquel on a mis une lunette munie d'un verre rouge en avant du bon œil peut s'être rendu compte, en fermant l'œil supposé mauvais, que le verre placé devant l'œil sain ne modifie en rien sa vision ; alors sans avoir l'air d'y attacher d'importance, je le fais se retourner devant ma glace qui est près de lui, sur la cheminée où se trouve mon verre et je lui dis : « Tiens, appelez-moi donc ces grosses lettres (qu'il n'avait *pu voir auparavant*, cachées qu'elles sont par ma bibliothèque) qui se trouvent tout près dans la glace, et le simulateur, qui vient de lire des lettres noires, beaucoup plus petites, lit les lettres rouges, sans défiance le plus souvent. Quelle que soit la valeur de ce procédé, il n'y en a qu'un de vraiment sûr, c'est celui de Chibret ».

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Ingestion volontaire de bacilles typhiques. — Les pachypleurites et les pleurésies intarissables. — Des vomissements de la grossesse. — Séquelles psychiques de la méningite cérébro-spinale. — Diagnostic de la diphtérie par la déviation du complément.

M. MEILLIÈRE présente à l'*Académie de médecine*, au nom de M. LAGRIFFE (de Quimper), une auto-observation ayant trait à l'*ingestion volontaire d'une certaine quantité* (10 *cent. cubes*) *de bouillon de culture de bacilles typhiques*.

L'ingestion a été pratiquée, trois heures après le repas, par un homme de 26 ans n'ayant jamais eu ni fièvre typhoïde ni affection de nature typhique, et dont le sérum ne donnait aucune réaction d'agglutination avant l'expérience. Les seuls phénomènes observés ont été un léger indice de séro-réaction trois jours après l'ingestion de la culture, et un certain degré d'asthénie du sixième au neuvième jour.

Cette expérience montre que, dans certains cas, l'ingestion massive de bacilles d'Eberth par les voies digestives peut être sans danger pour l'homme. Pour qu'il y ait infection, il faut sans doute un concours particulier de circonstances favorisant cette dernière.

— M. DIEULAFOY communique à l'*Académie de médecine* un intéressant travail sur *les pachypleurites et les pleurésies intarissables*.

La plèvre, dit-il, est capable de faire et de refaire en quelques jours une très grande quantité de liquide. Au cours de pleurésies aiguës et banales, il n'est pas rare de voir l'épanchement s'accroître journellement de plusieurs centaines de

grammes. Parfois, le liquide se reforme si vite que, quatre ou cinq jours après la thoracentèse, la plèvre est de nouveau remplie.

Non seulement la plèvre peut fabriquer rapidemen et coup sur coup une forte quantité de sécrétion, mais cet état pathologique est susceptible de s'éterniser pendant nombre d'années, pendant dix ans, vingt ans, et plus encore ; il semble vraiment que le liquide pleural soit inépuisable et les pleurésies de ce genre méritent le nom de pleurésies intarissables.

M. Dieulafoy en cite deux exemples remarquables. Le premier concerne un homme atteint de pachypleurite, dont l'épanchement se reforme avec une ténacité telle que dans ces dix dernières années, on a dû pratiquer une centaine de ponctions (une par mois environ) : elles ont donné issue à 330 litres de liquide. Le liquide est maintenant purulent et fétide. Malgré cela, le malade conserve une bonne santé apparente. Il éprouve un seul symptôme, l'essoufflement, qui survient quand le sac pleural est trop plein ; une fois la plèvre vidée, tout va bien.

Le deuxième malade est un homme de 59 ans dont la pleurésie remonte à vingt ans. On a fait chez lui plus de cent fois la thoracentèse et retiré plus de 230 litres de liquide, d'abord séro-fibrineux, puis sanguinolent. La santé du patient reste satisfaisante.

Quelle est la nature de ces pleurésies ? Tout d'abord, la plèvre est épaissie, ce que l'on juge par la profondeur à laquelle il faut enfoncer l'aiguille aspiratrice et par la sensation de résistance éprouvée quand on traverse le tissu induré. Il y a pachypleurite. Le liquide purulent du premier malade contient des streptocoques et des pneumo-bacilles à virulence très atténuée. Le liquide sanguinolent du second malade est stérile. Ceci explique la conservation de la santé, observée chez l'un et l'autre patients.

Quel traitement opposer à de pareilles pachypleurites ? En face d'une plèvre épaisse et résistante, qui enserre le poumon dans une coque inextensible, ce qui paraît rationnel, dit M. Dieulafoy, c'est de pratiquer la décortication du poumon d'après la méthode de M. Delorme. Toutefois, on ne possède actuellement aucune donnée sur la valeur de cette opération dans les cas dont il s'agit et c'est là une question à fixer ultérieurement. Lorsque la pachypleurite est bien supportée, on est en droit de se contenter des ponctions évacuatrices, d'autant que d'année en année, le liquide semble se reproduire avec moins d'abondance, et peut même disparaître. M. Dieulafoy a vu, avec M. Potain, un de ces malades guérir, l'épanchement purulent s'étant tari en 6 ans, après 21 ponctions.

— M. Pinard entretient l'*Académie de médecine* des *vomissements de la grossesse*. Rejetant la théorie réflexe, il adopte la théorie toxique.

Pour M. Pinard, les femmes qui vomissent pendant la gestation sont des femmes intoxiquées. Il n'y a que deux sortes de vomissements. Le vomissement est le premier symptôme apparent d'une intoxication dont l'organisme triomphe le plus souvent, mais qui entraîne aussi parfois la mort, après avoir déterminé des symptômes multiples et variables en rapport avec la réaction individuelle.

Guidé par cette conception pathogénique, M. Pinard conseille, comme traitement des vomissements de la grossesse, le régime lacto-végétarien et, au cas d'échec, le régime lacté absolu. Cette thérapeutique donne de nombreux succès, mais elle demeure quelquefois impuissante. Il reste alors un moyen qui est l'interruption de la grossesse. On devrait y recourir dès que l'accélération du pouls est telle que le nombre de pulsations s'élève à plus de 100 par minute. Le pouls constituerait le guide à consulter en pareil cas. Son accélération indique la gravité de l'intoxication.

— Dans un mémoire lu à la *Société médicale des hôpitaux*, MM. Roger, Voisin et Paiseau, attirent l'attention sur les *séquelles psychiques de la méningite cérébro-spinale*.

Sur 14 enfants atteints de méningite cérébro-spinale et guéris, les auteurs ont observé, comme suites éloignées : une fois la surdi-mutité, une autre fois la perte partielle de la vision, et, chez six autres malades, des troubles psychiques plus ou moins accusés. Ces séquelles psychiques ont consisté surtout en troubles de l'activité intellectuelle, colères, bizarreries, changements de caractère.

Bien que le nombre des cas sur lesquels s'appuie ce travail soit insuffisant pour tirer des conclusions générales, il n'en est pas moins intéressant d'avoir l'attention attirée sur ces suites de la méningite cérébro-spinale et d'en tenir compte, dans les questions médico-légales par exemple.

— MM. Weill-Hallé et Bloch-Michel présentent à la *Société médicale des hôpitaux*, une note sur le *diagnostic rapide de la diphtérie par la méthode de la déviation du complément*.

Fondé primitivement sur le seul examen clinique, le diagnostic de la diphtérie, à la suite des travaux de Roux, Yersin et Löffler, avait fini par passer dans le domaine de la bactériologie. Puis, on reconnut les difficultés et l'inconstance de la recherche du bacille, et Grancher alla jusqu'à affirmer que le diagnostic bactériologique n'est ni plus rapide, ni plus sûr que le diagnostic clinique.

M. Marfan, de son côté, bien que reconnaissant l'exactitude assez constante de l'examen bactériologique, admit que l'obligation d'attendre au moins 18 heures devait faire rendre à la clinique sa prépondérance pour l'indication de la première injection sérique.

Ces considérations ont conduit MM. Hallé et Michel à chercher un procédé de diagnostic précoce, rapide et certain qui permettrait de préciser le diagnostic pour les cas douteux avant d'appliquer le traitement. Ils se sont adressés dans ce but à la méthode générale qui porte en biologie le nom de MM. Bordet et Gengou et qui se fonde sur la déviation du complément. Les résultats obtenus leur paraissent encourageants.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

L'antimoine,

Par le Dr André LOMBARD.

Beurre d'antimoine. — C'est ainsi qu'on désigne le trichlorure d'antimoine, masse déliquescente, d'aspect gras, et qui se décompose en présence d'un excès d'eau. C'est un caustique énergique, qui entre dans la constitution de la *pâte antimoniale de Canquoin* :

Chlorure d'antimoine	10 gr.
Chlorure de zinc	20 gr.
Farine de froment	50 gr.

employée autrefois comme caustique dans le traitement des cancers. Cette préparation diffère de la pâte escharrotique de Canquoin, au chlorure de zinc seulement.

Soufre doré d'antimoine. — Ainsi désigne-t-on le pentasulfure d'antimoine, poudre insipide, de couleur rouge orangé, insoluble dans l'eau et dans l'alcool. Ce produit jouit des mêmes propriétés que le kermès, c'est-à-dire qu'il est expectorant, contro-stimulant, peut-être diaphorétique ; il est un peu moins actif aux mêmes doses ; il présente aussi les mêmes incompatibilités. On le prescrit en pilules, à la dose de cinq à quatre-vingts centigr. ; mais son emploi n'est pas très répandu.

On peut, dans la bronchite, l'associer à la belladone, et prescrire les pilules suivantes :

Soufre doré d'antimoine	0 gr. 015
Extrait de belladone	0 gr. 002

En 1 pilule, dont on fera prendre 4 à 10 par jour, dans l'intervalle des repas.

Il entre aussi dans la composition des pilules altérantes de Plummer :

Soufre doré d'antimoine	0 gr. 03
Calomel à la vapeur	0 gr. 03
Extrait de réglisse	q. s.

pour 1 pilule. En prendre 1 à 5 par jour.

Il se forme souvent du soufre doré d'antimoine dans les potions au kermès, quand ces potions ont été préparées en triturant longuement au mortier le kermès avec du sucre ; le kermès est ainsi réduit en poudre plus fine ; mais la potion, au lieu d'avoir une couleur violette, prend une coloration rougeâtre et, chose plus importante, elle est un peu moins active ; il vaut donc mieux, comme nous l'avons dit, que le kermès n'ait pas été préalablement trituré.

Arséniate d'antimoine. — C'est encore une poudre insoluble dans l'eau, qu'on prescrit en granules dosés à un milligramme, dont on peut prendre de deux à huit par jour. Il est quelquefois utilisé dans les affections organiques du cœur ; on l'associe parfois au fer ou au bismuth.

Arséniate de soude et gouttes de Baumé.

Ayant fait exécuter par différents pharmaciens la formule suivante, que j'indiquais (*Concours Médical*, 1910, p. 109) :

Arséniate de soude	0 gr.
Gouttes amères de Baumé	10 cc.

recommandée par M. Lemoine, par M. Grasset, et que je n'avais pu exécuter moi-même, il m'avait été remis une préparation limpide. Les préparateurs avaient trituré l'arséniate de soude à froid dans les gouttes amères, filtré, puis complété le volume à 10 cmc. Or, si l'arséniate de soude est bien soluble dans 4 parties d'eau ou 2 p. de glycérine, il ne l'est que dans 50 p. d'alcool et l'est à peine davantage, dans les gouttes de Baumé qui sont faites avec de l'alcool à 70°. Donc la filtration enlève la majeure partie de l'arséniate de soude, et si la préparation avait été faite à chaud, des cristaux de sel se seraient déposés après refroidissement ; en outre, le titre des gouttes eût été modifié par évaporation d'une petite quantité d'alcool. Cette formule demande à être modifiée par l'addition de glycérine et comme le conseille judicieusement le Dr Bernou, on prescrira :

Arséniate de soude	0 gr. 20
Glycérine de densité 1.252	10 gr.
Gouttes amères de Baumé	10 gr.

dont cinquante gouttes « comptées au compte-gouttes normal pèsent sensiblement un gramme et renferment un centigr. d'arséniate de soude et vingt-cinq gouttes (exactement de 27 à 28) teinture de fèves de Saint-Ignace composée ». (Bernou). On prescrira donc « autant de fois *cinq* gouttes de cette solution qu'on voudra prescrire de milligr. d'arséniate de soude », et il y aura chaque fois 2 gouttes et demie de Baumé.

Si l'on trouve la quantité trop faible de gouttes de Baumé, il vaudra mieux prescrire séparément et ces gouttes et l'arséniate. Si l'on tenait cependant à une association de l'arsenic aux amers, on pourrait, se souvenant de l'incompatibilité de l'arséniate de soude avec la strychnine, au moins en solution, remplacer le premier par l'acide arsénieux et prescrire

Acide arsénieux	un à deux milligr.
Sulfate de strychnine	un milligr.
Excipient	q. s.

pour 1 pilule très molle, n° 20, en prendre deux par jour, aux repas ;

ou bien :

Acide arsénieux	un milligr.
Poudre de noix vomique	un centigr.
Excipient	q. s.

pour 1 pilule n° 30 en prendre trois par jour aux repas.

La question n'est point épuisée de l'association de l'arsenic aux amers ; et je signalerai en passant que la liqueur de Fowler avec la teinture de rhubarbe produit, au bout de quelques heures, un trouble et un dépôt.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par le Dr F. CHABRUT.

Maladies infectieuses de la conjonctive (*Suite*).

Au contraire des affections précédemment décrites, dont la réaction inflammatoire envahit le plus souvent toute la surface conjonctivale, la tuberculose, la *syphilis* et les *néoplasmes* sont des affections à allure chronique, non douloureuses, localisées, au début au moins, ulcéreuses ou non, unilatérales et avec engorgement ou suppuration ganglionnaire. Ces adénites sont le signe constant et pathognomonique de la tuberculose et de la syphilis, ici plus encore qu'ailleurs où l'étendue plus grande de la lésion offre des éléments de diagnoscic différentiel plus précis. Mais sur la conjonctive, ces lésions très limitées obligent le praticien à chercher, en dehors de leurs caractères objectifs propres, de quoi éclairer sa religion, et il y a lieu de répéter à ce propos que là encore c'est au début qu'il y a le plus d'intérêt à faire le diagnostic de *tuberculose*, *syphilis* ou *cancer*. L'établissement, suivant l'expression de Trélat, du bilan organique pour le suspect de bacillose, son examen thoracique minutieux surtout, la recherche de commémoratifs précis pour le malade soupçonné de syphilis, l'attente de l'éruption secondaire ; la recherche de l'hérédité pour le cancéreux, doivent être le souci du praticien en face d'une ulcération ou d'une végétation équivoque des membranes externes de l'œil. Il n'est pas superflu d'y insister, car une tuberculose pulmonaire peut suivre une tuberculose primitive de la conjonctive ; on sait les dégâts d'une syphilis ou d'un néoplasme méconnus, et si ces affections sont heureusement rares, il y a gros à parier, en revanche, que pour la campagne au moins, le praticien ordinaire en soit le premier averti. Malheureusement, leur diagnostic est souvent difficile, raison de plus pour avoir au moins, dans ces cas suspects, le doute sauveur.

La *tuberculose de la conjonctive* atteint soit la conjonctive palpébrale, soit la conjonctive bulbaire. La *tuberculose* de la conjonctive *palpébrale* se présente le plus souvent sous forme d'un ulcère grisâtre, lardacé, souvent recouvert de véritables granulations dont les bords festonnés et rouges tranchent sur la pâleur du fond (*fig.* 1) ; d'autres fois, plus rarement, elle se présente sous forme noueuse, papillaire qui rappellent les crêtes de coq ou encore les granulations du trachome ou du catarrhe printanier. Le tarse souvent infiltré rend difficile le renversement de la paupière supérieure. Il s'agit là d'une véritable tarsite bacillaire (*tarsite scrofuleuse*) qui peut amener la fonte du tarse et la perforation de la paupière. Le nodule tuberculeux peut aussi avoir les apparences d'un chalazion.



FIG. 1.

La *tuberculose* de la conjonctive *bulbaire* ressemble beaucoup à la sclérite (inflammation de la sclérotique sous forme de papule saillante entourée d'un fin lacis de vaisseaux violacés rappelant l'injection ciliaire, voir nº 50) . Il s'agit là d'une véritable *gomme tuberculeuse* qui s'ulcère rapidement.

L'*adénopathie* manque rarement, elle est, comme nous l'avons dit, *préauriculaire*, puis parotidienne, indolente et rapidement abcédée et enfin bientôt rétro-maxillaire et cervicale. Mais en dehors des ulcères à granulations typiques, assez rares, le *diagnostic* ferme comporte l'*examen bactériologique* positif surtout dans les formes ulcéreuses, plus rarement dans les formes végétantes, et mieux encore l'*inoculation expérimentale* d'une parcelle de la lésion dans la chambre antérieure d'un lapin, d'un cobaye ou d'un singe. L'incubation demande 20 jours chez les cobayes.

L'ophtalmo-réaction de Calmette est dangereuse à cause de l'intensité même de cette réaction dans les lésions oculaires.

La tuberculose de la conjonctive comprendrait même beaucoup d'affections ordinaires des yeux (tuberculose inflammatoire de Poncet).

Mais il y a peut-être danger pour le praticien et tant que ces affirmations ne sont pas devenues des vérités tombées dans le domaine public, à étendre à ce point le cadre des maladies infectieuses.

Cette tuberculose, souvent *primitive*, est ordinairement, mais non toujours, atténuée et bénigne.

Elle est l'apanage de l'enfance. Elle est très souvent aussi consécutive à la *tuberculose* pulmonaire ou *nasale*, et la dacryocystite, la rhinite souvent tuberculeuse bien que non ulcérée sont fréquentes comme antécédents.

Le traitement consistera en applications d'iodoforme et surtout en pointes de feu profondément jusqu'au tarse. La scarification dans le cas de lésion non ulcérée peut donner de bons résultats ; quant à l'excision, elle est imprécise, dangereuse et à rejeter.

A côté de la tuberculose et à cause de sa grande ressemblance avec cette dernière, doit prendre place le *chancre syphilitique* de la conjonctive. Ulcération à fond grisâtre aussi, à bords relevés

mais moins festonnés avec adénite préauriculaire aussi et parotidienne plus considérable et moins indolente peut-être ; elle ressemble à s'y méprendre à l'ulcus tuberculeux dont l'inoculation expérimentale peut le plus souvent seule la différencier au début. Plus tard, la roséole lèvera les doutes. Mais jusque-là l'induration (?) inexistante ou introuvable et l'adénite cependant plus massive et plus douloureuse seront des éléments insuffisants pour le diagnostic. Au contraire, l'inoculation de la chambre antérieure du lapin ou du cobaye donnera lieu à l'apparition d'une kératite interstitielle identique à celle qui chez l'homme est l'indice d'une syphilis héréditaire. On peut aussi trouver le spirochète de Schaudinn au début de l'évolution. Mais en dehors de ces moyens de diagnostic trop spéciaux, la roséole pourra seule lever les doutes.

Le chancre de la conjonctive est très rare. Il s'en présente à peine 2 à 3 cas sur 8 à 10.000 malades. Il atteint le bulbe, les angles et les bords libres des paupières, exceptionnellement les culs-de-sac, et peut donner lieu, dans l'angle interne, à une confusion avec une dacryocystite. Outre le contact direct de lésions contagieuses (plaques muqueuses de la langue et des lèvres), il est admis qu'un jet de salive est un élément de contagion à redouter.

Les *tumeurs malignes* de la conjonctive sont l'épithélioma et le sarcome.

L'*épithélioma* (*fig.* 2) naît sur le limbe scléro-cornéen et de là s'étend en une sorte de membrane granuleuse, grisâtre, vascularisée, à la fois sur la conjonctive et la cornée, jusqu'à en empêcher presque complètement l'accès par les rayons lumineux. Au début surtout, le seul moment où le diagnostic est encore hésitant, on ne saurait confondre la tumeur naissante avec les ulcus tuberculeux ou syphilitiques. Il n'y a en effet pas ulcération et l'adénite, rare à ce moment dans l'épithélioma, est au contraire la règle dans les deux infections précédentes. Il ne saurait donc y avoir doute. Son ulcération est cependant précoce ; mais son aspect en nappe, son siège et sa vascularisation empêcheront l'erreur. Il progresse très lentement malgré son adhérence large aux tissus sous-jacents, il est longtemps enlevable avec guérison sinon absolue, au moins opératoire pendant plusieurs années.

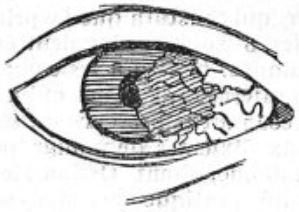


Fig. 2.

Le *sarcome* (*fig.* 3) a une évolution analogue et pendant longtemps aussi il n'a qu'un caractère de demi-malignité. Il se présente sous l'aspect d'une petite masse dure pigmentée noirâtre (sarcome mélanique) implantée dans le voisinage du limbe par une base étroite qu'il déborde comme un champignon. Il a, comme l'épithélioma, une évolution lente qui justifie les opérations économiques et l'ablation tardive de l'œil

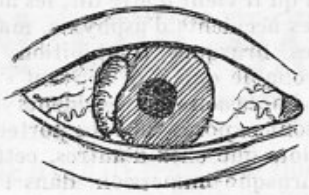


Fig. 3.

PRATIQUE CHIRURGICALE

L'hypertrophie du thymus, cause de syncope mortelle au début de la chloroformisation.

Par le Dr Fiser.

Il existe à l'heure actuelle plus d'une quarantaine de cas de morts anesthésiques, dans lesquels l'autopsie a révélé une hypertrophie plus ou moins considérable du thymus. Cette glande, présentant dans ces conditions une augmentation de poids de 20 à 50 grammes, siège en arrière du sternum, au-devant de la terminaison de la trachée, et recouvre les gros vaisseaux de la base du cœur, aorte et artère pulmonaire.

La plupart de ces accidents concernent des sujets jeunes ; sur 40 opérés, 29 — les trois quarts — avaient, d'après la statistique de Lenormant, moins de 20 ans. Le sujet dont le Dr Joüon vient de relater l'observation (*Gazette médicale de Nantes*) était âgé de 12 ans.

Tous les anesthésiques semblent également dangereux et tous figurent dans cette statistique de morts : si le chloroforme vient en tête avec 32 cas, c'est ensuite l'éther avec 7 cas, puis le mélange de Billroth (5), puis l'anesthésie mixte par le protoxyde d'azote et l'éther (3), le chlorure d'éthyle (2), l'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme (1).

La quantité d'anesthésique administrée est variable ; elle peut être très minime (2 à 6 grammes pour le chloroforme).

D'après Lapointe, les accidents se déroulent toujours sous l'aspect de la syncope cardiaque ; la respiration se ralentit ou se fait mal ; le pouls devient imperceptible, puis le cœur s'arrête et la pupille se dilate brusquement tandis que le patient fait encore quelques inspirations superficielles. Parfois cependant l'arrêt du cœur et celui de la respiration peuvent être simultanés ; mais jamais les malades ne présentèrent les caractères de l'asphyxie primitive.

Joüon estime que la façon dont les accidents se

présentent montre bien qu'il s'agit d'une inhibition du cœur.

D'autre part on ne se trouve pas en présence d'une intoxication, la quantité d'anesthésique absorbée étant trop minime. De même la mort n'est pas due à une compression mécanique de la trachée, car le thymus, même hypertrophié, a une consistance molle, qui rend invraisemblable la possibilité d'une compression trachéale, car enfin, ainsi qu'il vient d'être dit, les accidents ne sont pas des accidents d'asphyxie, mais bien des phénomènes brusques d'inhibition cardiaque.

Il est probable que bien souvent « la narcose n'est que l'occasion des accidents syncopaux auxquels sont exposés tous les porteurs de gros thymus, alors que chez d'autres, cette occasion sera une brusque immersion dans l'eau froide ou une injection de sérum antidiphtérique, ou le simple examen du fond de la gorge comme le cas a été signalé chez l'enfant ».

Malheureusement, les symptômes de l'hypertrophie du thymus sont bien vagues ; on donne comme signe principal la matité triangulaire rétro-sternale, à base supérieure et à sommet inférieur ; — l'ombre assez caratéristique siégeant au-dessus de l'ombre cardiaque que donnerait la radiographie en cas d'hypertrophie du thymus. Néanmoins, il faut toujours rechercher ces symptômes quand chez un sujet, la constitution lympathique, les accidents de dyspnée, etc., font soupçonner une hypertrophie de thymus ; et chez les hyperthymiques il sera bon de s'abstenir de l'anesthésie générale en raison du grand nombre d'accidents observés (si parfois une première intervention sous chloroforme se passe bien, la syncope mortelle peut survenir au début d'une deuxième intervention).

Toutefois, si l'anesthésie générale était indispensable, on la pratiquerait avec des précautions et une surveillance toutes spéciales, prêt à l'interrompre à la moindre alerte. Si les accidents syncopaux survenaient, on emploierait les moyens habituels en semblable circonstance, sans négliger le massage du cœur. Mais on doit reconnaître, dit Lenormant, que tous les cas actuellement connus se sont terminés sans exception par la mort

HYDROLOGIE

Le Sélénium dans les Eaux minérales

A l'heure actuelle, dans la recherche des parties constitutives des eaux minérales, on ne se contente plus des qualités physiques et de l'analyse chimique. Les savants veulent maintenant pénétrer plus avant dans l'étude des éléments dont elles sont formées et, grâce à la perfection, de plus en plus grande, des moyens d'exploration dont ils disposent, c'est à qui d'entre eux découvrira, mesurera les gaz rares, la radio-activité, le degré cryoscopique, etc. La découverte d'un nouvel élément, la dose à laquelle il se trouve dans une eau minérale, peuvent servir à préciser les propriétés et les effets thérapeutiques de ce *sérum vital*, qui étaient quelquefois attribués au *nescio quid*, destiné à masquer l'incertitude et l'hésitation.

C'est pourquoi nous appelons aujourd'hui l'attention de tous ceux qui s'intéressent aux eaux minérales, dont les effets sont si précieux, si bienfaisants, quand elles sont bien employées, sur la découverte du sélénium, faite en mai 1909, par le Professeur Taboury, de Poitiers, par un procédé indiqué dans une communication faite à la Société chimique de France, laquelle est insérée, dans le Bulletin de cette société, tome 5, page 855, 1909. Cette découverte se fit dans les circonstances suivantes :

Les 3 sources de La Roche-Posay, célébrées par Milon, médecin de Louis XIII, exploitées depuis 1573, qui réunissaient autrefois, par saison, jusqu'à 2 000 baigneurs, parmi lesquels se trouvaient beaucoup d'étrangers, étaient captées d'une façon défectueuse. Le bassin dans lequel elles étaient recueillies n'avait pas des assises assez profondes et les eaux de ruissellement des collines voisines passaient par-dessous les parois, amenant des limons, des boues qui troublaient l'eau au moment des orages et rendaient la conservation de l'eau impossible.

Un nouveau bassin de captage fut construit sous le 1er empire, le 22 mai 1807, sur l'ordre de Napoléon Ier, auquel on avait signalé la guérison rapide, par l'usage des Eaux de La Roche-Posay, de 200 soldats revenus d'Egypte, atteints d'affections cutanées graves et rebelles. Mais ce bassin avait le même défaut que l'ancien et Rotureau, dans l'article du Dictionnaire de Dechambre, qu'il consacra en 1868 à cette station, signalait le trouble de l'eau au moment des orages, le dépôt de matières organiques et l'impossibilité d'emporter l'eau minérale. Le bassin, en plein air, exposé à toutes les souillures, fut bien recouvert d'une verrière, mais les impuretés persistaient quand même.

Aussi, en 1907, la nouvelle société fermière, sous la direction d'un ingénieur spécialisé, fit creuser un bassin profond dans la craie tuffeau même, au pourtour duquel venaient émerger les griffons des trois sources, tout en réservant à chacune d'elles un captage particulier. Le succès fut complet : l'eau ne se troubla plus, ne laissa plus déposer de boues et se conserva parfaitement en bouteilles, ce qui en permet actuellement une active exportation. Une nouvelle analyse était nécessaire, elle fut confiée au Pr Taboury, de Poitiers (qui a été nommé professeur chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier), qui constata que les principes constituants des 3 sources n'avaient été ni modifiés, ni diminués, mais que les eaux étaient privées des matières organiques qui les souillaient jadis et il reconnut la présence du sélénium, à la dose de deux dixièmes de milligr. par litre.

« Ce métalloïde, disent Ossian Henry père et « fils « Traité pratique des analyses chimiques « des Eaux minérales, Paris, 1858, page 234 », ac« compagne fréquemment le soufre. C'est une « poudre rouge, se transformant, par la fusion,

Demandes et offres (suite)

de continuer en même temps sa pratique médicale, cherche place au pair, pour août et septembre chez médecin français. Donnerait, en échange, des leçons aux enfants. S'adresser à M. Herm. Wintz, candidat médical, Freiburg I/B. Breikonigstr. I (Allemagne) ou à M Hirsch, professeur au lycée, Dijon, membre du Comité de patronage des étudiants étrangers.

N°176.— Place d'institutrice, au pair. Quelques heures de leçons à donner à une quinzaine d'enfants. Conviendrait à jeune fille de 22 à 25 ans, de très bonne éducation et légèrement malade. Condition essentielle : Etre gaie. On acceptera de préférence une fille de médecin. S'adresser au Dr Hervé, à Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher).

Association Amicale

Secrétaire général : M. le Dr Mignon, Villa des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise).

Trésorier : Dr Gassot, Crevilly (Loiret).

Suite page X.

PAIN "ESSENTIEL"

EN BISCOTTES DE 10 GRAMMES CHACUNE
avec ou sans chlorure de sodium.
Riche en azote et en Phosphates organiques ne laissant pas de résidus toxiques.
Maladie de l'Estomac et de l'Intestin. - Maladies du Cœur et des Vaisseaux. - Obésité
Albuminurie - Diabète - Alimentation des Enfants
Régime Lacto-Végétarien.
USINES ET BUREAUX A NANTERRE (Seine)

BISCOTTES de PAIN COMPLET de CHATEL-GUYON

Contiennent une proportion de déchets suffisants pour obtenir la contractilité normale de l'intestin.

PRODUITS de RÉGIME Ch. HEUDEBERT, 120, Faubourg Saint-Honoré, Paris. Téléphone 582-52

ENGHIEN (SEINE-ET-OISE) - LES - BAINS

Eaux les plus sulfureuses de France (33 c. c. d'H^2S par litre)

ÉTABLISSEMENT THERMAL DÉCRÉTÉ D'UTILITÉ PUBLIQUE (juillet 1865)

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES
RHUMATISME — PEAU

EXPÉDITION D'EAU

Saison d'Avril à Octobre

ÉTABLISSEMENT DE SAINT-GALMIER (LOIRE)
SOURCE BADOIT
L'EAU DE TABLE SANS RIVALE. — La plus Légère à l'Estomac.

VENTE 20 Millions de Bouteilles PAR AN
Déclarée d'Intérêt Public Décret du 12 Août 1897.

PIPÉRAZINE MIDY

$Az\,H\langle^{CH^2-CH^2}_{CH^2-CH^2}\rangle Az\,H$
Diéthylène-Diamine

GRANULÉE EFFERVESCENTE

Produit défini plus actif que ses dérivés ou les associations médicamenteuses à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE

LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE

Prix : 5 fr. - La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.

Comme préventif : 3 mesures par jour, 10 jours par mois
Crises aiguës : 4 à 6 .....
chaque mesure = 0.20 ctg Pip pure

Echantillons : Phie MIDY 140, Faub. St-Honoré, PARIS

SOU MÉDICAL

Pour renseignements, envois de pièces, etc., adresser la correspondance, 23, rue de Dunkerque à Paris.

Pour les adhésions et le paiement des cotisations, au Dr GASSOT, *trésorier*, Chevilly (Loiret).

CORRESPONDANCE

HEBDOMADAIRE

Concours à Dr S. C. à Paris. — Nous ne pouvons faire passer votre avis sans que vous vous fassiez connaître à nous.

En outre, nous devons vous prévenir que les annonces de demandes et offres sont réservées à nos seuls abonnés.

Dr M., à G., à *Amicale*. — Je ne sais comment exprimer ma reconnaissance à l'Amicale. Je suis confus de vivre si longtemps aux crochets de notre association, mais j'espère que d'ici peu de temps je pourrai reprendre mes occupations.

Dr P., de M., à *Concours*. — En cas de décès d'un malade, y a-t-il prescription pour les soins de dernière maladie au bout de deux ans comme le dit l'article 2272 du Code civil, ou bien la prescription a-t-elle lieu un an après le jour du décès ? »

Réponse. — La prescription est de deux ans du jour où les soins ont pris fin.

Dr L. T., à *Concours*. — Il y a à X.., un petit hôpital. C'est moi, qui, pour l'année 1910, suis chargé du service. Le traitement annuel est de 200 francs (11 sous par jour). Il y a comme partout des indigents et des payants. Pour ces derniers, lorsqu'il s'agit d'une opération, nous avons le droit de nous faire payer ; et, c'est ce que nous faisons. Mes deux confrères, comme moi, peuvent faire entrer à l'hôpital, opérer, soigner les clients qui s'adressent à eux.

Il y a quelques mois, on a amené à l'hôpital un ouvrier maçon, atteint de luxation du cou-de-pied et autres blessures, assuré par son patron à la Caisse des *Dépôts et consignations* c'est-à-dire à l'Etat.

Je l'ai soigné et le soigne encore. Remarquez bien que je n'ai pas été choisi par le blessé, ni par son patron. Je l'ai soigné tout simplement parce que j'é-

Suite page 711.

TRAITEMENT RADICAL
CONSTIPATION
MIGRAINES -- CONGESTIONS -- MALADIES de l'INTESTIN
UN ou DEUX
GRAINS DE VALS
Le soir avant dîner
à base de Cascara Sagrada et podophyllin.
ADMINISTRATION : 64, Boulevard Port-Royal, PARIS

Bismutose
ASTRINGENT d'action certaine et absolument inoffensif dans les MALADIES DE L'INTESTIN ;
calme l'irritation et sert de protection dans L'ULCÈRE de l'ESTOMAC, l'HYPERACIDITÉ, etc.
(Littérature). M. REINICKE, 39, Rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.

POUGUES
ÉTABLISSEMENT THERMAL St-LÉGER
Maladies Guéries : DYSPEPSIES, GRAVELLES, DIABÈTE ENTÉRITES, ANÉMIE, GOUTTE LES CONVALESCENCES
Forfait de traitement, [illegible]
Balnéothérapie complète
Hydrothérapie scientifique
CASINO-THÉATRE tous les soirs
Forfait pour la Saison, [illegible]
Concerts dans le Parc 2 fois par jour
ENVIRONS PITTORESQUES
Chevaux et Voitures pour Excursions

120 Chambres et Salons
Chambres à 2 lits.
Salle à manger de 140 couverts
Salons de Jeux, de Lecture, de Conversation et de Coiffure
Salles d'Armes, de Billard
Fumoir
dans le Parc de l'Etablissement
Luxe Moderne, Confort
PRIX DES PLUS MODÉRÉS
Table exquise, Vin renommé
Conditions spéciales pour Familles
SOINS PARTICULIERS
PROPRIÉTÉ DE LA COMPAGNIE
SPLENDID HOTEL

ANTISEPTIQUE & DETERSIF officiellement admis
dans les Hôpitaux de la Ville de Paris.
le Coaltar Saponiné Le Beuf est particulièrement très recommandé dans les cas d'angines couenneuses, ulcères, suppurations otites infectieuses, leucorrhées, herpès, etc.
SE MÉFIER DES IMITATIONS NOMBREUSES QUE SON SUCCES A FAIT NAITRE

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc
CAPSULES OVARIQUES VIGIER
à 0gr.20 centigr. de Substance ovarienne. — DOSE : 2 à 6 capsules par jour.
Phie VIGIER, 12, Rue BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

TUBERCULOSES
CATARRHES
GRIPPES, BRONCHITES
de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon.
EMULSION Phospho-Créosotée MARCHAIS
Calme la TOUX, relève l'APPÉTIT et CICATRISE les lésions.
Bien tolérée — Parf absorbée

« en un corps noirâtre, combustible, répandant « une odeur forte et désagréable de *choux pourris*. « On le rencontre à l'état de sélénides, séléniu- « res, acide sélénhydrique, qui émet des vapeurs « irritantes pour les muqueuses nasale et ocu- « laire ».

On s'explique maintenant les odeurs ressenties par intermittence, autour des sources de la Roche-Posay, odeurs qu'on attribuait à la présence de sulfures et que les analyses n'avaient jamais rencontrées. Ces odeurs provenaient du sélénium et la dose infinitésimale à laquelle il se trouve dans les sources minérales de La Roche-Posay, son association avec la silice et le bicarbonate de chaux, peuvent expliquer parfaitement les effets vraiment merveilleux obtenus par l'usage de ces eaux dans la cure des dermatoses arthritiques, en particulier dans celle des différentes formes de l'eczéma,

Dr Maurice Mercier,
Médecin-consultant.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Les retraites de la vieillesse médicale.

Il faut véritablement vivre dans un pays dit de liberté pour connaître les chinoiseries administratives les plus invraisemblables.

Puisque malheureusement il existe au sein de la profession médicale un prolétariat et que ce prolétariat réclame la pension ouvrière de 360 fr., nous avions pensé tous que la chose était des plus faciles à réclamer et que l'Association Générale des médecins de France était naturellement désignée pour organiser la création nouvelle.

Nous savions certainement qu'avec la maigre cotisation annuelle de douze francs payée par ses membres l'A. G. ne pouvait leur servir à tous cette retraite de droit de 360 fr., le miracle de la multiplication des pains n'étant plus de notre époque ; nous savions que sa fortune acquise était en majeure partie indisponible, immobilisée qu'elle est par la volonté des donateurs ou la constitution de pensions sur le fonds commun, que même cette fortune, fût-elle disponible, eût été insuffisante ; nous savions encore que l'élévation obligatoire de la cotisation n'eût pas été acceptée de ceux qui, n'ayant aucune prétention à la pension, font œuvre, en cotisant, de bienfaisance et de solidarité confraternelle. Mais nous avions la conviction que, tout en continuant son œuvre de bienfaisance, d'assurance contre l'éventualité de la misère noire, l'A. G. pourrait réaliser, à côté, l'assurance de 360 fr. pour ceux qui la réclament.

Nous avions compté sans l'Administration : l'A. G. est une société de secours mutuels autorisée, régie par la loi de 1898 !

Le fait de venir en aide à un pour cent de ses membres, de leur donner le morceau de pain qui leur manque dans leurs vieux jours, de les tirer de la détresse la plus complète, constitue un empêchement dirimant à la constitution des pensions ouvrières de 360 fr.

Quand il s'agit d'une somme aussi infime, il est de toute évidence qu'il y a obligation de rechercher le prix minimum de la cotisation annuelle; aussi avions-nous tablé et sur l'intérêt de 4,5 0/0 et sur la subvention de l'Etat sans parler du concours que nécessairement les caisses locales ou générale de l'A. G. pourraient prêter aux cotisants.

Mais l'A. G. est une société de secours mutuels *qui délivre à ses membres des pensions supérieures à* 360 fr.

Nous nous étions rabattus sur la création de la pension par les sociétés locales, la caisse centrale jouant le rôle de contre-assurance — mais les sociétés locales sont affiliées à l'A. G. *qui est une société de secours mutuels délivrant à ses membres des pensions supérieures à* 360 fr.!

Nous avions pensé alors que la création des pensions pourrait être réalisée par des sociétés distinctes placées à côté des sociétés locales et qui, libres de toute attache, pourraient jouir des avantages concédés aux petites sociétés, ce qui n'eût pas empêché les sociétés locales et l'A. G. de venir au secours de leurs membres en leur versant individuellement sous forme de subvention, une fraction de leur cotisation.

Mais, *du fait qu'ils font partie de sociétés locales, agrégées à l'A. G., qui est une société de secours mutuels donnant à ses membres des pensions supérieures à* 360 fr., les membres de l'A. G. ne peuvent entrer dans ces sociétés !

En vérité on croit rêver.

Tous nous savons que l'A. G. n'est société de secours mutuels que de nom. que de ce fait elle ne retire aucun avantage d'aucune sorte, qu'elle est bien plutôt assimilable aux sociétés d'anciens élèves des collèges ; l'Administration le sait aussi bien que nous, mais, quand il s'agit de sortir de l'argent de ses caisses, elle se retranche derrière le *summum jus*.

S'adresse-t-on à un fonctionnaire supérieur, celui-ci vous reçoit de la façon la plus aimable, convient que la situation de l'A. G. est unique, va même jusqu'à dire : « Moi, je n'y verrais aucun inconvénient et, certes, je ne vous soulèverais pas de difficultés », mais exige-t on une réponse catégorique, l'homme aimable se dérobe.

Or, est-il possible, en conscience, de s'en tenir au bon vouloir d'un personnage bien intentionné qui, demain, pourra avoir été remplacé par un successeur moins aimable et peut-être hostile ? Peut-on exposer des confrères qui auront versé des cotisations avec la perspective de toucher une pension de 360 fr., pouvons-nous les exposer à ce qu'au bout de deux, trois ou quatre ans, on vienne leur dire : « Votre organisation est illégale, vous allez sortir de l'A. G. vous allez rembourser les bonifications et les subventions qui vous ont été consenties et, si vous tenez à votre pension, vous allez parfaire ce que vos versements ont eu d'insuffisant et dorénavant payer des cotisations plus élevées ?

Et cette éventualité est d'autant moins im-

possible à prévoir qu'un membre du Conseil de surveillance de la Caisse des dépôts et consignations, consulté à son tour, déclare contraire à la loi sur les mutualités toute l'organisation projetée : « Vous pouvez, nous dit-il, faire une caisse de pensions ouvrières, mais ne comptez ni sur la bonification d'intérêts ni sur la subvention de l'Etat ». Quelle douche sur nos illusions !

A. Gossot.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

De quel côté de la barricade se trouvent les médecins marrons ?

En réponse à ceux qui prétendaient que les syndicats actuels suffisent et peuvent suffire à la défense des intérêts moraux et matériels du corps médical et qui concluaient de ces prémisses à l'inutilité et à la condamnation du Syndicat national de Médecine sociale, j'avais, au dernier Congrès des praticiens, répondu en disant :

« Vous vous plaignez, vous médecins, de ce que que l'on vous tienne éloignés des grandes commissions officielles chargées de veiller à l'application des lois d'hygiène et de médecine sociale, disons de médecine publique si le mot « *sociale* » écorche quelques oreilles.

« Mais comment voulez-vous que l'on ne tienne pas le corps médical en défiance dans les sphères gouvernementales, puisque les médecins ont claqué dans les mains des pouvoirs publics chaque fois que ceux-ci ont voulu s'appuyer sur le corps médical ».

En voulez-vous la preuve ?

La loi sur le travail dans les mines dit : « Les ouvriers des mines nommeront des délégués chargés de veiller à l'application de la loi sur le travail dans les mines. Et lorsqu'un ouvrier sera blessé au service de la mine, le délégué des ouvriers mineurs devra faire un rapport *si le certificat médical indique que l'incapacité durera probablement plus de 20 jours.*

« Le rapport du délégué mineur sera transmis aux ingénieurs contrôleurs de l'Etat, au Préfet et au Ministre du Commerce. »

Remarquez que la loi ne dit pas que ce certificat médical doive émaner d'un médecin plus ou moins officiel. Non. La loi fait confiance à tous les membres du corps médical ; tout médecin peut donc mettre en mouvement le délégué mineur, l'ingénieur contrôleur de l'Etat, l'ingénieur en chef, le préfet et le Conseil général des mines présidé par le Ministre du Commerce. Tout médecin exerçant dans une région minière, par sa seule signature apposée sur un certificat de 20 jours d'incapacité, peut, de par la loi, déclancher tout ce formidable organisme créé pour protéger les 300.000 ouvriers des mines exposés journellement aux plus grands dangers, lorsque les sociétés capitalistes qui les emploient commettent par raison d'économie quelques infractions aux mesures de précaution édictées.

Mais aussi le *médecin peut arrêter tout contrôle sur les négligences des Compagnies* en délivrant un certificat indiquant une incapacité inférieure à 20 jours.

On comprend donc quel intérêt considérable ont les Compagnies minières à faire pression sur les médecins de mines pour que leurs certificats ne prévoient que des incapacités inférieures à 20 jours, de manière à éviter que les délégués mineurs n'envoient de rapports ni au préfet ni aux ingénieurs contrôleurs de l'Etat.

Les médecins à la solde des Compagnies ont-ils, tous, su garder leur indépendance, rester impartiaux et affirmer toute la vérité dans leurs certificats, au risque de perdre leur situation de médecin de la Compagnie ?

Les syndicats médicaux auxquels ils appartiennent ont-ils été capables d'imposer à ces médicins de mines cette indépendance qui doit être l'honneur du corps médical et qui constitue au premier chef son intérêt moral ?

Je répondais : « Non, les syndicats médicaux actuels n'ont pas su et ne peuvent pas protéger le médecin contre les exigences des compagnies qui lui demandent des services malhonnêtes. Les syndicats médicaux n'ont pas, d'autre part, le courage d'exclure de leur sein les médecins forfaitaires parfois trop complaisants. Car souvent ce sont ces médecins de mines, de chemins de fer ou d'usines qui sont à la tête des Syndicats médicaux. Et c'est ce qui explique l'impuissance des syndicats médicaux actuels. »

Tandis que la première condition imposée pour être admis au Syndicat de Médecine sociale est de n'être médecin ni de mines, ni de chemin de fer, ni d'aucune usine ou atelier.

J'ajoutai : « J'ai ici le rapport de l'Ingénieur de l'Etat Petitjean qui dit :

« Le contrôleur, comme l'année précédente, « constate que, en 1908, 30 accidents ont provo- « qué un chômage de plus de 20 jours. Or, il y « a seulement 15 enquêtes de délégué, le certi- « ficat médical prévoyant seulement 12 à 15 « jours dans les autres 15 cas. »

« Et j'ai aussi le rapport de l'Ingénieur con- « trôleur en chef qui dit : »

« Nous signalons à la Compagnie des mines « de X., que, sur 30 accidents survenus à la fosse « n° 3 en 1908 et ayant produit un chômage réel « de plus de 20 jours, *la moitié seulement ont été « prévus par les docteurs* comme devant entraîner « 20 jours d'incapacité de travail et déclarés au « service des mines et au délégué. *Il semble que « l'optimisme des docteurs soit exagéré* et qu'il y ait « lieu de le signaler.

« Arras, le 21 janvier 1909,
« *L'Ingénieur en chef des mines,*
« Signé : Léon. »

J'allais continuer ma démonstration de l'insuffisance des syndicats médicaux actuels, lorsqu'on m'a appliqué rigoureusement le règlement

du congrès, qui n'accorde la parole que pendant 5 minutes à celui qui veut répondre à un rapport.

Profitant du silence auquel j'étais réduit, un groupe d'une cinquantaine de médecins d'assurances, de mines, de chemins de fer et d'usines, qui s'étaient donné rendez-vous à cette séance du congrès, pour enlever un vote de blâme contre le Syndicat national de médecine sociale, m'invectivèrent en criant que j'avançais des faits inexacts, que j'insultais un groupe de médecins du Nord.

Les autres membres du Congrès, auxquels je n'avais pu montrer mes documents, n'osaient croire à la réalité de ces faits tant ils paraissaient monstrueux.

Aujourd'hui, j'apporte une nouvelle pièce, une affirmation *émanant du Ministre du commerce* et qui prouve que je n'ai rien avancé sans en avoir la preuve.

Voici cette pièce

DÉPARTEMENT du *Pas-de-Calais* — ARRONDISSEMENT de **Béthune.**

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Sous-Préfecture de Béthune.

Paris, le 6 avril 1910.

Le Ministre des Travaux publics, des Postes et Télégraphes à Monsieur le Préfet du Pas-de-Calais.

Vous m'avez renvoyé, avec les rapports et avis des ingénieurs des mines, une plainte collective de délégués à la sécurité des ouvriers mineurs des mines de X., visant les agissements de la Compagnie X. en ce qui concerne l'application de la loi sur les accidents du Travail. La Compagnie réduirait, d'*accord avec ses médecins*, dans une proportion inadmissible, les déclarations d'accidents qu'elle est tenue de faire aux délégués. D'autre part, les interruptions de travail pronostiquées par les médecins seraient le plus souvent inférieures aux interruptions réelles.

Il résulte de l'enquête à laquelle il a été procédé par le service local des Mines, qu'au cours des dernières années, *les médecins de la Compagnie des mines de X. se sont trompés plus de 65 fois sur cent*, dans leurs prévisions relatives à la durée probable des incapacités de travail.

Après examen de l'affaire en Conseil général des mines, il m'a paru qu'en raison de ces erreurs répétées et regrettables, il convenait par vous de rappeler la Compagnie des mines de X. à l'observation plus stricte des prescriptions des circulaires ministérielles des 9 décembre 1897, 11 juillet 1899 et 22 octobre 1907.

Vous voudrez bien aviser les délégués mineurs de la suite ainsi donnée à leur réclamation.

J'adresse copie de la présente lettre à l'ingénieur en chef des mines.

Le Ministre des Travaux publics, des Postes et Télégraphes.

Signé : MILLERAND.

Pour copie conforme :
Le Secrétaire général,
Signé : THONET.

Conclusions.

Les assureurs, Le *Temps* et autres journaux honnêtes clament que les médecins marrons se trouvent du côté des médecins indépendants qui donnent des soins et des certificats de complaisance aux blessés.

Le Ministre du Commerce affirme, après enquête, que dans 65 % des cas, des médecins de Compagnies donnent des certificats de complaisance aux patrons qui les paient à forfait.

De quel côté de la barricade se trouvent les médecins marrons ? *R. S. V. P.*

Tout de même que serait-il arrivé aux médecins du Syndicat de médecine sociale si dans 65 % des certificats, ils se ..... trompaient.

Seraient-ils en liberté comme ces médecins de la Mine de X ?

DIVERNERESSE.

Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel

Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

Séance du Comité directeur, 19 mai 1910.

Présents : M. Lande, président.
MM. Gassot, Verdalle, Darras, Maurat, Jeanne, de Ranse, Delefosse.

Excusé : Dr Mignon.

M. Gassot donne des explications sur l'application du § 2 de l'article 4. Cet article donne des droits égaux aux membres de la Caisse reçus directement aussi bien qu'aux membres venant de l'Association amicale : entre autres le droit de vote.

M. Delefosse, secrétaire général, présente au Comité le cas de M. R., cas pour lequel il a dû s'entendre avec M. l'actuaire. Le Comité décide que M. R. est autorisé à verser la cotisation annuelle indiquée par l'actuaire pour obtenir une prime de 1200 fr.

Nouvelles adhésions :

M. V.
M. Pl. combinaison A. une part.
M. L. tableau A.
M. Pa. tableau B.

Le Comité décide qu'une obligation d'Orléans ancienne (325546), 1 obligation Banque hypothécaire 81 (28311, 1re série) étant remboursables, M. le Dr Verdalle, trésorier, est autorisé à les toucher, assisté de MM. Jeanne et Maurat et en faire le remploi par des achats de valeurs de même nature.

M. Gassot annonce deux nouveaux adhérents venant de l'Amicale.

M. le Dr Verdalle, trésorier, est autorisé à laisser en dépôt à la Caisse des reports et dépôts une somme de 20.000 fr. destinée à compléter la somme nécessaire au paiement des prochaines pensions. Il est autorisé en outre à utiliser le restant disponible en achat d'obligations Ouest.

Le secrétaire général, Dr DELEFOSSE. — Le secrétaire, MAURAT.

COMITÉS DÉPARTEMENTAUX

du « Concours Médical ».

Comité des Bouches-du-Rhône

Le Comité nommé par l'Assemblée générale du 13 juin dernier, composé des Docteurs Bagarry, Cotte et Monteux, pour Marseille; Urpar et Chassy, pour Arles; Casse et Foata pour Aix, s'est réuni le lundi 20 juin 1910.

Il a formé ainsi son bureau : Président, Dr Bagarry, Secrétaire, Dr Monteux, Trésorier, Dr Foata.

Il a décidé de faire imprimer les statuts le plus tôt possible et de les adresser à tous les membres du Concours habitant le département.

Une note sera publiée dans le *Bulletin du Syndicat*, dans le *Marseille Médical* (si possible) et dans le *Concours Médical*, indiquant la création du Comité départemental et les membres du bureau.

On demandera au Concours la liste exacte des membres du Concours et des filiales, indiquant les noms et adresses des adhérents à chaque œuvre, ainsi que les diverses notices sur le Concours, le Sou, l'Amicale, etc.

Enfin le Secrétaire écrira au Dr Boudin pour lui demander de venir dans le Midi, au cours de sa tournée pour l'organisation des Comités locaux. On convoquera une Assemblée générale à ce moment-là.

La séance est levée sur ces décisions.

Le Secrétaire, Dr Monteux. — Le Président, Dr Bagarry.

Comité de la Mayenne.

Laval, 26 juin 1910.

La réunion a lieu à l'Hôtel du Dauphin, à 2 h. du soir.

Elle a été présidée par Messieurs les Docteurs Maurat président du « Sou Médical » et Jeanne, directeur du *Concours Médical*.

Etaients présents les docteurs : Angot Ed., Bucquet, Besnard-Tertrais (de Château-Gontier), Gaumé, Lassales, Loiseleur, Gruget, Pénelet, Mohamed (de St-Denis-de-Gastines) et R. Fortin (de Meslay-du-Maine).

Le Docteur Maurat présente son confrère Jeanne et explique le but de leur voyage dans l'Ouest, réunissant dans les principaux centres les confrères inscrits comme membres ou abonnés au *Concours Médical*. Ils sont venus expliquer le but de leur œuvre, l'intérêt qu'elle présente, et les services qu'elle a déjà rendus, soit par la publication du journal, soit par l'Amicale-Maladie, soit par le « Sou Médical. »

Le Docteur Jeanne commente ces divers points, fournit les détails de la marche à suivre, indique quels sont les avantages du libre choix pour tous les médecins, quel secours est apporté au confrère malade ou blessé par l'Amicale-maladie, et enfin l'utilité pour tous les confrères, surtout les jeunes, d'être membres du « Sou Médical » qui, garantit contre la responsabilité professionnelle jusqu'à concurrence de la somme de deux mille francs, et qui donne toujours des consultations de juristes compétents et souvent son aide pécuniaire à ses adhérents lésés dans l'exercice de leur profession. Il ajoute que l'on peut élever jusqu'à 10.000 et plus cette assurance du « Sou Médical », en prenant une contre-assurance à l'Ancre médicale de Lyon, dirigée par des confrères. Il répond aux diverses questions posées par le Président du Syndicat, ou par d'autres confrères — telles que celle-ci que formule ainsi le docteur Besnard-Tertrais :

« Que faut-il penser de la propagande faite en faveur de l'Ancre médicale par un voyageur venant trouver les jeunes docteurs nouvellement établis ? Pourquoi ne chercherait on pas à faire une propagande semblable pour le *Concours Médical*, l'Amicale maladie et le « Sou Médical » ?

Le docteur Maurat demande au confrère de Château-Gontier si le voyageur de l'Ancre médicale s'est présenté au nom du *Concours Médical* ou du « Sou Médical. » Le docteur Besnard-Tertrais répond que le voyageur lui a dit que « sachant qu'il était abonné du *Concours* et faisant partie du « Sou Médical », il venait lui proposer une contre-assurance reconnue et patronnée par le « Sou Médical » lui-même ». Le docteur Fortin a reçu la même visite et ajoute que le voyageur en question lui a proposé une assurance-maladie, ce qui parut être la vraie raison d'être de ce voyageur en assurances. « Alors, dit le Dr Loiseleur, ceci fait concurrence à l'Amicale-maladie ! »

Le docteur Maurat est heureux de constater que c'est bien au nom du « Sou Médical » et non du *Concours Médical* que le voyageur se présente, et il engage les confrères à souscrire une assurance à l'Ancre médicale. Quant à l'Assurance-maladie, il voit là, en effet, le plus clair des bénéfices de ce voyageur.

Le Docteur Jeanne profite de cet appel formulé par le Docteur Besnard-Tertrais à faire répandre et connaître plus activement et le plus vite possible à tous les confrères jeunes et vieux quels sont leurs intérêts véritables en s'assurant à l'Amicale-maladie et au « Sou Médical » surtout que la cotisation annuelle est peu élevée en réalité (20 fr. par an). Aussi propose-t-il de nommer séance tenante un ou deux délégués par arrondissement qui seront chargés du recrutement et de cette propagande.

On désigne les docteurs Angot (Edmond) et Bucquet pour Laval ; Jallot et Besnard-Tertrais pour l'arrondissement de Château-Gontier ; Chevallier et Morisset pour l'arrondissement de Mayenne.

Le Docteur Angot propose qu'à la prochaine réunion du Syndicat on discute le projet de faire verser 25 fr. à tous les membres du Syndicat au lieu de 10 fr., réservant seulement 5 fr. pour

la caisse syndicale, les autres 20 fr. serviraient à l'assurance de chaque confrère au « Sou Médical. »

Le Docteur Fortin, regrettant la difficulté d'entente entre tous les confrères, demande au *Concours Médical* d'élaborer *un code* de déontologie médicale, capable de figurer dans la brochure qui va paraître en novembre prochain, contenant tous les renseignements nécessaires aux confrères dans leur profession. « Brochure bien utile que j'aurais bien voulu posséder depuis longtemps », ajoute notre confrère Pénelet.

La réunion prend fin à 4 h. 1/2.

Les confrères de la Mayenne remercient chaleureusement leurs confrères de Paris de s'être dérangés de si loin pour leur apporter la bonne parole et leurs savants aperçus sur la confraternité bien comprise. Ils s'en souviendront et s'efforceront de gagner à leur cause si utilitaire les ignorants de ces œuvres ou les indifférents.

Le délégué de la Mayenne,
Dr E. Angot.

CORRESPONDANCE

A propos des Comités départementaux.

Marseille, le 7 juin 1910.

Monsieur le Docteur Boudin
et cher Confrère.

C'est très bien votre idée des comités départementaux (ou régionaux). Mais permettez-moi, à titre tout individuel, quelques observations :

1° De la façon un peu anarchique dont vous les laissez se créer, comptez-vous qu'il y aura quelque changement avec les anciens « correspondants » ?

2° Ne pensez-vous pas qu'il serait préférable que les correspondants fussent *surtout* l'émanation de l'ensemble des membres du Concours du département ou de la région ? C'est bien joli de demander à de braves gens de faire de la propagande, mais il me semble qu'en retour ils devraient avoir le rôle de représentants des membres du Concours auprès de vous ?

En somme le « modus faciendi » le plus logique me paraîtrait être le suivant :

Désignation par l'Administration centrale du Concours des conditions requises pour être correspondant ;

Election, par une Assemblée générale des membres du Concours d'un département (ou région), de *x* correspondants dans les limites de ces conditions.

Ces correspondants sont chargés de la propagande auprès des confrères de la région et de *la représentation de leurs électeurs auprès de l'administration centrale*.

Vous voulez décentraliser, semble-t-il ? Ne vous contentez pas d'en avoir l'air et donnez un certain pouvoir représentatif à vos délégués !

Très cordialement.

Dr Laporte.

Réponse

Mon cher Confrère,

J'accepte d'autant plus volontiers vos critiques que je suis absolument d'accord avec vous. Mais je crains de m'être mal exprimé dans mon article et de n'avoir pas su faire comprendre quelles sont les intentions du Concours.

Vous nous demandez plusieurs choses, entre autres de déterminer les conditions requises pour être membre du Comité de propagande.

Ne l'ai-je pourtant pas dit ? Il faut tout d'abord être abonné du Concours, pour pouvoir, chaque semaine, être en communion d'idées avec nous.

Il faut ensuite, autant que possible, faire partie de nos Filiales, pour qu'ayant pu en apprécier le fonctionnement, on puisse faire une bonne propagande.

Il faut enfin avoir le feu sacré, c'est-à-dire ne pas craindre de parler en réunions et assemblées de confrères, ou d'aller voir ses voisins, de leur écrire, pour leur faire savoir que des œuvres de défense et de prévoyance existent et qu'il est de leur devoir personnel, privé et corporatif, de s'affilier, pour pouvoir être garanti contre la maladie, les accidents, la vieillesse et les risques professionnels.

Comment faire cette propagande ? Je l'ai indiqué dans ses grandes lignes dans le *Concours* 1909, p. 766.

Mais votre grand grief porte surtout sur le mode de nomination des membres du Comité départemental. Vous voudriez que ces délégués soient élus par les membres du Concours du département. Mais je suis entièrement d'accord avec vous sur ce point. Le Dr Jeanne et moi l'avons d'ailleurs déjà écrit au Dr Bagarry, de Marseille.

Mais vous m'avouerez que, dans l'immense majorité des cas, il serait assez difficile, pour les membres du Concours d'un même département, de se réunir pour faire leurs élections. Il n'existe pas partout de grands centres, comme Marseille, pouvant donner d'emblée et sur place un gros noyau d'électeurs.

Qu'avons-nous fait, pour remédier à cet inconvénient géographique ? Nous avons, l'an dernier, établi un referendum, envoyé à tous nos abonnés, et leur demandant de nous désigner les noms de ceux qui seraient le mieux à même d'être correspondants.

N'est-ce pas un vote ?

D'autre part, avant d'établir le Comité d'un département, nous demandons le plus de renseignements possibles. Mais combien sommes-nous heureux, lorsque les confrères nous facilitent la tâche, en nous désignant eux-mêmes ceux que nous devons nommer !

Oui, nous devons leur donner l'investiture, à ces élus, parce qu'ils nous représentent auprès de leurs confrères du département. Croyez bien,

et je le dis de suite, que seront investis les seuls que l'on aura désignés, car, de Paris, nous ne pouvons souvent pas connaître les petites rivalités locales qui font qu'un médecin, qui nous paraît dévoué, n'a aucune influence sur les confrères de son département.

Mais, nous tenons à les désigner avec vous, parce que, s'ils vous représentent auprès de nous, ces élus doivent aussi nous représenter dans vos assemblées locales.

D'autre part, ces membres du Comité départemental ne doivent faire que de la propagande et rien autre. Aussi tenons-nous à ce que, désignés par leurs confrères, ils soient nommés par nous, pour que jamais le syndicat local ne puisse prendre ombrage de leur activité. Ne serait il pas à craindre que, dépendant uniquement de leurs électeurs, ces délégués ne viennent pas, à un moment donné, se mettre en travers des décisions du Syndicat local, sous le prétexte qu'ils représentent une portion importante des médecins du département ?

C'est pour pouvoir assurer les syndicats de la neutralité absolue de nos comités, c'est pour bien leur prouver que ces groupements ne seront que des auxiliaires de propagande et d'action, sans être jamais une cause de gêne ou un facteur de discorde et de concurrence, que nous désirons nommer nous-mêmes nos délégués. Mais je le répète une fois de plus, cette nomination ne sera que la ratification des désignations qui nous auront été faites.

Etes-vous satisfait de mes explications ? Sinon, je vous serais très obligé, à vous, comme à tous ceux qui voudront bien aller jusqu'au bout de ces lignes, de me faire part de leurs observations : je les en remercie d'avance. Je n'ai aucun amour-propre d'auteur : je n'ai que ce seul désir de me rendre utile, par mon travail, à tous mes confrères.

Bien confraternellement à vous,

Dr Paul Boudin.

Assistance médicale gratuite.

Cher Confrère,

Merci de votre lettre et de la peine que vous avez bien voulu prendre pour nous.

Le Dr Camescasse (de St-Arnould), président du Syndicat de Rambouillet, m'a appris que :

1° La loi du 15 juillet 1893 n'est pas en vigueur en Seine-et-Oise. On y applique un règlement départemental, daté de 1892, organisant l'assistance médicale pour les indigents.

2° Les villes possédant un hospice (c'est le cas de Dourdan) sont exclues et organisent l'assistance comme elles l'entendent.

4° Par suite, c'est à nous, corps médical de Dourdan, de nous débrouiller. Notre président m'a dit que nous n'avons qu'à écrire au maire une lettre collective pour : 1° refuser d'accepter les 4 inscrits, en les désignant nominativement ; 2° inviter la commission à nous soumettre les listes, et à nous prévenir quand on y ajoutera de nouveaux indigents en cours d'année.

C'est ce que nous allons faire. Mais, par prudence, nous attendrons pour écrire d'avoir reçu votre réponse nous disant si nous pouvons marcher dans ce sens.

Merci d'avance, et encore une fois merci pour votre extrême obligeance.

Votre bien dévoué,

Dr Bailhache.

Vice-président du Syndicat de Rambouillet.

Réponse

Paris, le 11 juin 1910.

Mon cher Confrère,

1° La loi de 1893 doit être appliquée aussi bien en Seine-et-Oise que partout ailleurs : elle est obligatoire pour toute la France. Cela résulte des termes mêmes de la loi, ainsi que de la circulaire ministérielle du 18 mai 1894.

Un seul tempérament est apporté par l'art. 35, qui décide que : « les communes ou les syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisés, par une décision spéciale du ministre ds l'intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale. »

En conséquence, veuillez vous informer à la mairie des règlements ou permissions spéciales qui président au fonctionnement de l'assistance médicale à Dourdan. Au besoin, demandez en préfecture à ce qu'on vous communique ces règlements départementaux et spéciaux. On ne peut pas vous les refuser. Après quoi nous pourrons vous donner un conseil pour que vous puissiez faire respecter la loi.

2° L'art. 30 de la loi du 15 juillet 1893 dit : « Les communes, les départements, les bureaux de bienfaisance et les établissements hospitaliers possédant, en vertu d'actes de fondation, des biens dont le revenu a été affecté par le fondateur à l'assistance médicale des indigents à domicile, sont tenus de contribuer aux dépenses du service de l'assistance médicale gratuite jusqu'à concurrence du dit revenu, sauf ce qui a été dit à l'art. 25 ».

En conséquence, les communes possédant un hôpital n'ont nullement le droit d'organiser l'assistance comme elles l'entendent.

3° Vous allez, dites-vous, écrire au maire une lettre refusant de soigner quatre inscrits comme n'étant pas indigents et comme inscrits à tort sur la liste d'indigence. Mais vous n'avez pas le droit légal de le faire. En tant que médecin, vous n'avez qu'à demander l'application de l'art. 12 par lequel vous devez être convoqués, tous les trois mois, pour la confection ou la revision de la liste.

Mais actuellement, devant le fait accompli de l'inscription, vous ne pouvez qu'envoyer une réclamation au sous-préfet, en tant que contribuables, signée de deux au moins, et réclamant contre le détournement des fonds communaux,

qui ne devraient être affectés, en l'espèce, qu'aux seuls indigents et non aux malades aisés.

Puis, prévenez officiellement le maire que vous l'invitez à respecter les termes de l'art. 12 pour que vous soyez convoqués lors de la confection des listes.

Vous pouvez encore individuellement refuser de soigner ces familles aisées, au nom de l'assistance médicale ; vous pouvez exiger d'elles des honoraires payés d'avance ; mais ne le faites pas collectivement d'avance et par écrit, car on vous opposerait votre inhumanité, votre manque au sacerdoce, devoir et autres balançoires. Faites une action individuelle, suivant un mot d'ordre, mais n'esquissez pas le geste d'une action collective.

Bien cordialement à vous,
Dr Paul Boudin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Accidents du travail. — Application du Tarif Dubief. — A défaut de contrôle légal par le médecin du patron, foi est due à la note du médecin traitant en ce qui concerne le nombre des consultations et la nature des soins. — Les actes faits en exécution de la loi accidents étant visés pour timbre et enregistrés gratuitement, les frais de timbre et d'enregistrement faits à tort sont à la charge de la partie qui les a exposés.

JUSTICE DE PAIX DE NOYON (Oise).

Attendu que, par exploit de maître Chassagne huissier à Noyon, en date du 25 janvier dernier, le Dr Delobel a fait citer en justice les sieurs J. et fils pour avoir paiement de la somme de 81 fr. 50, pour soins donnés au sieur C., ouvrier à leur service, blessé à Noyon au cours de son travail, le 16 août 1909 ;

Attendu que les défendeurs prétendent ne devoir que la somme de 50 francs, offerte à la barre ; ne reconnaissant que : le certificat initial ; 6 grands pansements et consultations pour lesquels ils offrent 28 francs 50, et 6 consultations et pansements simples pour lesquels ils offrent 9 francs ; une ouverture de phlegmon pour laquelle ils offrent 7 francs 50 centimes, et enfin une incision au prix de 3 francs ;

Attendu qu'il nous appartient, conformément à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 31 mars 1905, de fixer à l'aide du Tarif de M. le Ministre du commerce, en date du 30 septembre 1905, le montant des frais médicaux à allouer au docteur Delobel sur le vu de sa note ;

Attendu que les défendeurs contestent cette note et en oppposent une autre de leur confection, relatant en bloc d'une part un nombre de consultations avec petits pansements sans mentionner la date à laquelle elles auraient eu lieu, et désignant la nature des opérations ayant nécessité l'intervention du Dr sans apporter d'autre preuve que leur prétention ;

Attendu que si nous devions nous arrêter à la note des défendeurs, nous aurions à relever les prix d'ouverture du phlegmon et d'incision auxquels ils oublient d'ajouter le prix de la consultation ;

Mais que les défendeurs se bornent à contester, et le nombre des consultations, et la nature des soins donnés à leur ouvrier sans établir ni demander à établir que certains étaient excessifs ;

Qu'il leur appartenait au cours du traitement de nous désigner un médecin chargé de les renseigner sur l'état de la victime (article 4, paragraphe 5) ;

Attendu que dans ces conditions nous devons ajouter foi à la note du Dr Delobel en ce qui concerne le nombre des consultations et la nature des soins donnés, ce dernier ayant été seul juge du traitement à appliquer ;

Attendu que le coût du certificat initial, non contesté, est de 2 francs (article 9 de l'arrêté suscité), qu'il y a lieu de les allouer ;

Sur la demande de 6 francs pour consultation du 16 août avec pansement antiseptique complet ;

Attendu que la visite au cabinet du docteur est tarifée par l'article 2 dudit décret ainsi conçu : « Le prix de la consultation au cabinet du médecin est inférieur de cinquante centimes au prix de la visite tel qu'il est spécifié à l'article 1er », et que ce dernier article établit que le prix de la visite à domicile est de 2 francs ;

Qu'il y a lieu, par suite, de ramener le prix de la consultation de 2 francs à 1 franc 50 et le grand pansement de 4 francs à 3 francs (article 10, alinéa B, numéro 7) et d'allouer de ce chef 4 francs 50 ;

Sur les demandes de 45 francs pour 10 consultations avec pansement antiseptique complet, des 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 30 août et 1er septembre 1909 ;

Attendu qu'il y a lieu d'allouer le prix de la consultation en sus du grand pansement dont le coût est évalué à 2 visites au tarif sus-énoncé, soit pour les 10, la somme de 45 francs ;

Sur la demande de 24 francs pour 10 consultations, incision profonde de la main et grand pansement du 19 août, soit 12 francs et mêmes consultations, opération de petite chirurgie et pansement du 27 août, soit une nouvelle somme de 12 francs ;

Attendu que l'article 10 paragraphe D du tarif alloue pour évacuation de foyers infectieux ou purulents un honoraire de 5 consultations soit 7 francs 50, qui viennent s'ajouter au prix de la consultation, et du grand pansement, soit 4 francs 50, au total : 12 francs ;

Qu'il y a lieu d'allouer pareille somme pour chaque opération, soit 24 francs ;

Sur les sommes de 4 francs 50, pour les 3 dernières visites ;

Attendu que le prix de chacune de celles-ci a raison de 1 franc 50 est conforme audit tarif et qu'il y a lieu d'allouer de ce chef 4 francs 50 au docteur ;

Total : 80 fr.

Sur le coût du timbre et de l'enregistrement de l'exploit ;

Attendu que la loi du 9 avril 1898 dispose (titre 5, article 29) :

« Les procès-verbaux et autres actes faits ou rendus en vertu et pour l'exécution de la présente loi sont délivrés gratuitement, visés pour timbre et enregistrés gratis, lorsqu'il y aura lieu à la formalité de l'enregistrement » ;

Et que l'article 22 de la même loi modifié par a loi du 17 avril 1906 dispose (5e alinéa);

« Le bénéfice de l'assistance judiciaire s'étend de plein droit aux instances devant le Juge de Paix » ;

Que de la combinaison de ces deux articles résulte la gratuité des frais de timbre et d'enregistrement pour le médecin, autorisé à actionner directement le chef d'entreprise (article 4, paragraphe 5) ;

Par ces motifs :

Statuant contradictoirement et en dernier ressort ;

Condamnons J., et fils à payer au Dr Delobel, la somme de 80 francs pour soins et pansements à leur ouvrier blessé ;

Les condamnons aux intérêts de droit à compter du jour de la demande ;

Laissons à la charge du docteur Delobel les frais de timbre et d'enregistrement de la citation ;

Condamnons J., et fils aux dépens.

VARIÉTÉS

Les poitrinaires et la chute des feuilles.

La croyance s'est accréditée, dont l'origine mystérieuse se perd dans la nuit des temps ampliflée par l'imagination des conteurs, que la chute des feuilles des arbres, en automne, annonce la fin imminente, ou tout au moins prochaine des poitrinaires (phtisiques).

Le dernier rayon de soleil de la Saint-Martin baignerait de sa pâle lueur le crépuscule de la vie de ces victimes du terrible bacille de Koch, fauchées, le plus souvent, prématurément et à la fleur de l'âge.

Chacun connaît la légende populaire de la *chute des feuilles* célébrée par Millevoye, dans une élégie célèbre.

Des recherches auxquelles je me suis livré sur cette question, il résulte que la mortalité des phtisiques ne dépasse pas, en automne (octobre, novembre), la moyenne des autres mois. Cette mortalité est surtout plus élevée dans la première moitié de l'année. La chute des feuilles ne doit pas être prise pour un présage de mort prochaine pour cette catégorie de malades. On voit que l'oracle d'*Epidaure* ne s'est pas prononcé dans le sens fatal indiqué par le poète, pour les besoins de sa cause. Les feuilles éphémères, dont parle *Millevoye*, se détachent et tombent, en vertu du cycle du développement habituel de certains arbres ; mais ce phénomène végétal n'a aucune corrélation avec la terminaison fréquente de la phtisie. La coïncidence établie par la tradition légendaire, entre la chute des feuilles de certains arbres et la fin habituelle des poitrinaires n'est qu'apparente. En effet, la chute des feuilles *non persistantes* des arbres n'est qu'un phénomène *physiologique*, tandis que la mort des phtisiques est le résultat d'un fait de nature *pathologique*. Donc, en réalité, toute assimilation entre ces faits de nature aussi différente doit être évitée Cela montre la fragilité de la plupart des légendes, lorsqu'on les examine, sans préjugés ni parti pris, à la seule lumière de la science.

La fiction qui servit de thème à *Millevoye*, n'a qu'un mérite, celui de lui avoir inspiré une admirable élégie qui a sûrement contribué à perpétuer et à étendre la fameuse légende.

Par une coïncidence curieuse, *Millevoye*, (1782-1816) était le contemporain de *Laënnec* (1781-1826).

Le premier contribua à répandre et à immortaliser une erreur, au moyen de vers admirables ; le second fut l'illustre créateur d'un moyen de diagnostic de la phtisie, par l'auscultation. Il contribua donc indirectement à détruire cette erreur. Le poète nous a laissé des vers sublimes célébrant une erreur et le savant médecin nous a doté d'un moyen précieux d'investigation clinique pour dépister la maladie, dont, par une ironie du sort, il fut la victime prématurée.

Malgré tout, le poème en question semble établir qu'à l'époque où il vit le jour, on avait déjà remarqué que la phtisie est surtout rapidement néfaste à la jeunesse. La physiologie et la pathologie générale, encore dans l'enfance et à peine ébauchées, n'avaient cependant pu donner les raisons de cette particularité d'apparence paradoxale ! !

On ne se doute généralement pas des conséquences désastreuses pour ces malades que peut exercer l'idée que la chute des feuilles est un présage ou plutôt un arrêt de mort que la nature impitoyable et cruelle placerait, annuellement, sous leurs yeux, à la veille de percevoir le rayon qui éclaire la dernière vision du monde palpable, et qui se prolonge sur l'infini, d'après le philosophe.

Aujourd'hui que la *curabilité* de la phtisie est démontrée, et que la guérison spontanée de celle-ci a été maintes fois constatée, il ne faudrait pas laisser plus longtemps s'accréditer, dans le peuple, la croyance contraire. L'intérêt de la vérité scientifique l'exige et la tranquillité morale, qui fait partie intégrante du traitement de cette maladie, le demande aussi impérieusement.

Dr Ed. Crouzel, de la Réole.

P. S. — J'ai le devoir de remercier, ici, le docteur Davezac, médecin honoraire des hôpitaux, médecin de l'état-civil de Bordeaux, qui a bien voulu me communiquer ses statistiques.

REPORTAGE MÉDICAL

Une nouvelle Mutuelle. — L'« **Ancre médicale** » qui, comme on le sait, est une Mutuelle garantissant le médecin contre les risques occasionnés par les transports et la locomotion et qui complète la garantie du « Sou médical » contre la responsabilité professionnelle, vient de mettre sur pied une nouvelle branche. C'est l'Ancre-Incendie.

Comme ses aînées, cette nouvelle mutuelle sera uniquement réservée aux seuls médecins, de même qu'elle n'est administrée que par des seuls médecins.

Nous ne doutons pas qu'elle aura le même succès que les autres Ancres. Pour tout renseignement, s'adresser 1, quai de la Pêcherie, Lyon.

Hôpital Laënnec. — *Cours de vacances.* — *Service d'ophtalmologie du Dr Rochon-Duvigneaud.* Le Docteur Caillaud, assistant du service, commencera le mardi 2 août, à 9 heures du matin, une série de dix leçons destinées aux étudiants et médecins généraux avec examens des malades.

Programme du cours : Eclairage latéral, pupilles, acuité visuelle, accommodation, périmétrie, iris, cristallin, glaucome, exophtalmie, voies lacrymales, accidents du travail.

Le prix en est fixé à 20 francs.

Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire dès maintenant, dans la matinée, auprès du Dr Caillaud, à l'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres.

Union internationale pour la Protection de l'Enfance du premier âge « Gouttes de Lait ». — Le troisième Congrès international pour la protection de l'enfance du premier âge « *Gouttes de Lait* », aura lieu à Berlin du 11 au 15 septembre 1911, sous la présidence du Professeur DIETRICH, de Berlin. Le secrétaire général est le Professeur KELLER, de Charlottenbourg. Tous les renseignements sur l'organisation du Congrès sont fournis par le Secrétaire du Comité français, Dr P. GRASSET, 27, rue de Clocheville, à Tours.

Médecins et mutualités. — Les médecins des 13e, 14e et 15e arrondissements de Paris, réunis en assemblée, ont voté la délibération suivante :

Considérant : 1° que le mutualiste cotisant doit, lorsqu'il est malade, avoir les mêmes droits qu'un client ordinaire, et qu'il est indispensable qu'il puisse choisir son médecin, *quel qu'il soit*, en toute indépendance ; 2° que les tarifs à l'abonnement ou même à la visite actuellement en vigueur dans la plupart des mutualités constituent par leur insuffisance une atteinte à la dignité du corps médical ainsi qu'à l'intérêt des malades, dont la santé n'est plus dès lors assez garantie ;

Dégagent leur responsabilité d'un état de choses préjudiciable aux mutualistes comme aux médecins,

Et conseillent aux mutualistes de réclamer eux-mêmes aux assemblées générales de leurs sociétés le libre choix du médecin sans restrictions.

XXe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

(Bruxelles-Liége, 1er-7 août 1910.)

Ce Congrès se tiendra cette année à Bruxelles-Liége (Belgique), du 1er au 7 août.

Bureau du Congrès

Président belge : M. Crocq, professeur agrégé à l'Université de Bruxelles, médecin en chef de la Maison de santé d'Uccle.

Président français : M. Klippel, médecin des hôpitaux de Paris.

Vice-président belge : M. Glorieux, Inspecteur des asiles du royaume.

Vice-président français : M. Deny, médecin de la Salpêtrière.

Secrétaire général : M. Decroly, directeur de l'Institut d'enseignement spécial de Bruxelles.

Secrétaires-adjoints : MM. Geerts, médecin adjoint à l'Asile-Dépôt de Saint-Jean ; Denis Coulon, assistant à la Maison de santé d'Uccle.

Travaux scientifiques.

I. — Rapports sur les questions mises à l'ordre du jour par le Congrès de Nantes :

a) La maladie du sommeil, les narcolepsies ; rapporteurs : MM. Van Campenhout, professeur à l'Ecole de médecine tropicale de Bruxelles ; Lhermitte, chef du laboratoire à la Clinique des maladies nerveuses (Salpêtrière).

b) Systématisation des lésions cutanées dans les affections mentales et nerveuses ; rapporteurs : MM. Sano, médecin en chef de l'asile dépôt d'Anvers ; Rose, du laboratoire de la Clinique des maladies mentales (Sainte-Anne).

c) Alcoolisme et criminalité ; rapporteurs : MM. Ley, médecin en chef de l'asile du Fort-Jaco ; René Charpentier, chef de clinique des maladies mentales (Sainte-Anne).

II. — Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie.

Les membres adhérents peuvent faire des communications concernant un sujet quelconque neuro-psychiatrique.

Prière d'envoyer le titre ainsi que le résumé succinct, *avant le 1er juillet*, à M. Decroly, secrétaire-général.

Excursions

Indépendamment des attractions présentées par la Ville de Bruxelles et son Exposition internationale, des excursions seront organisées : visite de la célèbre colonie de Ghel, excursion en automobile dans le pays de Liége et les Ardennes, excursion dans les Flandres et sur le littoral. Un voyage en Hollande sera probablement aussi organisé.

Avantages et conditions.

Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents ; 2° des membres associés (dames, membres de la famille présentés par un membre adhérent).

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 fr. pour les membres adhérents, de 10 fr. pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront avant l'ouverture du Congrès les six rapports, après le Congrès le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les Compagnies de chemins de fer.

Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Bruxelles.

Les Congressistes jouiront, entre autres avantages, de l'entrée gratuite à l'Exposition internatio-

nale et universelle pendant toute la durée du Congrès.

Adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au Dr Decroly, 2, rue Vossegat, à Uccle-Stalle-lez-Bruxelles.

Congrès international de sauvetage et de Secours publics de Bruxelles.—Ce Congrès tiendra ses séances du 21 au 25 juillet 1910, au Palais des Académies, à Bruxelles. Il continuera l'œuvre des précédents Congrès et, par son importance exceptionnelle et par les questions qui y seront traitées, il contribuera puissamment au développement de l'œuvre humanitaire poursuivie par les organisations de Sauvetage et de Secours publics.

Envoyer les adhésions avec le montant de la cotisation : 10 francs, au Docteur J. Grunberg, Délégué général du Congrès, 5, boulevard de Clichy ou au Docteur André May, 6, rue de Phalsbourg, Secrétaire général, à Paris.

Le Comité d'Organisation est composé de : M. le Dr Paul Cornet, médecin en chef de la Préfecture de la Seine, président;

M. le Dr J. Grunberg, médecin de la Cie du chemin de fer Métropolitain, Vice-Président de la Classe III B à l'Exposition Universelle de Bruxelles, délégué général ;

M. le Dr André May, directeur-rédacteur en chef du *Journal de Médecine interne*, secrétaire général ;

M. Garros, administrateur de la Société des Secouristes Français, Secrétaire du Comité d'Etudes de l'Union des Sociétés de préparation militaire de France, trésorier ; etc., etc.

Congrès International contre la tuberculose.— Un Congrès international contre la Tuberculose, faisant suite au Congrès de Paris de 1905 et au Congrès de Washington de 1908, doit se tenir à Rome dans le courant et à une date non encore définitivement arrêtée, de l'année 1911.

Sur la demande de M. Guido Baccelli, président du Comité Italien d'organisation du Congrès de Rome, un Comité national vient de se former à Paris en vue de préparer la participation de la France à cette haute manifestation scientifique et sociale ; dans une réunion tenue au Ministère de l'Intérieur, le Comité Français s'est constitué définitivement sous la présidence d'honneur de M. Léon Bourgeois et sous la présidence effective de M. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, assisté de MM. Lannelongue, Peyrot, Paul Strauss et Dr Emile Roux, vice-présidents, M. le Dr Maurice de Fleury, secrétaire général, MM. les Drs G. Bourgeois, Savoire et Weil-Mantou, secrétaires.

Au cours de cette première réunion, le Comité a décidé, afin d'orienter ses travaux préparatoires et en attendant que soit connu le règlement définitif du Congrès de Rome, d'adopter la classification suivante : la 1re partie, plus particulièrement scientifique, comprendra trois sections, savoir :

a) Bactériologie, pathologie expérimentale et clinique pathologique. Président de section : M. Calmettes, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

b) Clinique médicale. Président : M. le Professeur Debove.

c) Clinique chirurgicale. Président : M. le Dr Guinard, chirurgien de l'Hôtel Dieu.

La 2e partie, consacrée à l'hygiène publique, à l'assistance et à la démographie, comprendra les trois sessions suivantes :

a) Préservation contre la tuberculose. Président : M. le Professeur Peyrot, sénateur.

e) Assistance aux tuberculeux. Président : M. Strauss, sénateur.

f) Statistique. Président : M. E. Fuster, chargé de cours au Collège de France, secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale.

Il importe qu'au Congrès de Rome la France tienne une place équivalente à celle qu'elle occupe aujourd'hui dans la croisade internationale contre la tuberculose. Aussi le Comité adresse-t-il un pressant appel à tous les savants et sociologues français qui sur l'une ou l'autre des matières ci-dessus énumérées auront à présenter au Congrès d'intéressantes communications ; il les prie de se mettre dès maintenant en rapport avec M. le Dr M. de Fleury, secrétaire général du Comité français, 139, boulevard Haussmann, à qui toute la correspondance doit être adressée.

Physiothérapie (Cours de Vacances). — La 5e session du cours de vacances de physiothérapie aura lieu du 8 au 31 octobre prochain, à l'Ecole des Hautes Etudes Sociales (16, rue de la Sorbonne) et dans divers hôpitaux et cliniques.

Elle sera composée : 1° d'une série A, comprenant : Electrothérapie, Radiumthérapie, Photothérapie, Radiothérapie, Hydrothérapie, par MM. Albert Weil, Degrais, Dominici, Sandoz ; 2° d'une série B, comprenant : Massage chirurgical, médical, gynécologique, rééducation motrice, gymnastique, mécanothérapie, méthode de Bier, par MM. Cautru, Desfosses, Durey, Kouindjy, Leroy, Wetterwald. — Une nouvelle série sera créée : série C, qui comprendra l'enseignement de l'hydrologie, de la diététique et de la climatothérapie. Les leçons en seront faites par MM. Bardet, Blanc, Boursier, Cany, Carron de la Carrière, Durand-Fardel, Martinet et Schlemmer.

Le prix d'inscription à chacune des séries comportant 20 leçons est de 50 frs. ; on peut s'inscrire à une ou plusieurs séries.

Pour renseignements ou inscriptions, s'adresser à MM. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine ou au Dr Durey, 16, rue de Logelbach.

Hygiène de la grossesse. — L'administration de l'Assistance publique vient de faire afficher l'avis suivant :

« Certains états maladifs se rattachant à la grossesse et certaines complications de l'accouchement peuvent compromettre la santé de la femme et de l'enfant, lorsqu'ils ne sont pas reconnus et traités en temps utile.

« Il est recommandé à toute femme enceinte de se soumettre régulièrement, et sans attendre le terme de la grossesse, à l'examen du médecin ou de la sage-femme pour se tenir à l'abri d'accidents qu'elle n'est pas en mesure de prévoir par elle-même.

« L'administration générale de l'Assistance publique à Paris rappelle aux personnes indigentes et nécessiteuses que les consultations de ses maternités sont à leur libre disposition, alors même qu'elles n'ont pas l'intention d'accoucher à l'hôpital, et elle les engage à s'y adresser pour faire surveiller leur grossesse. »

— Parfait ! à la condition qu'il n'y ait réellement que les femmes indigentes qui profitent de l'offre de l'administration. Assistance publique, veillez ! Ouvrez l'œil !

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON

3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 29 Dimanche 17 JUILLET 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Au sujet de la direction médicale des bureaux d'hygiène : un début fâcheux..... 623
Chirurgie pratique
Sur la cure radicale de la hernie inguinale..... 625
La semaine médicale
Du lever précoce des accouchées. — Traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little. — Les injections de sérum d'anguille et de sérum de torpille..... 627
Revue des sociétés savantes
Rupture traumatique de la rate. — La teinture d'iode en chirurgie. — Le radium dans le traitement du cancer. — Greffe osseuse dans le traitement des ostéosarcomes des membres. — Bague incrustée sous la peau d'un doigt..... 628
Formulaire raisonné 630
Noix vomique.....
Neurologie
La neurasthénie des villes et la neurasthénie des champs..... 631
Thérapeutique
Influence de l'hydrothérapie dans les hémorrhagies utérines..... 633
Médecine sociale
Un tuberculeux est-il un « incurable ». ?..... 634
Chronique de la Prévoyance
Les retraites de la vieillesse médicale. — La Mutuelle médicale française de retraites..... 635
Comités départementaux du « Concours Médical »
Groupement d'Ille-et-Vilaine..... 637
Correspondance
Les honoraires d'expertises accidents du travail..... 639
Variétés
La santé morale du médecin..... 639
Jurisprudence médicale
Annulation de polices souscrites par un médecin à la suite de manœuvres dolosives..... 640
Bibliographie..... 642
Reportage médical..... 641
Nécrologie..... 644

PROPOS DU JOUR

Au sujet de la direction médicale des bureaux d'hygiène : un début fâcheux.

« Surtout pas de zèle » disait Talleyrand à ses agents diplomatiques. C'est qu'il est certaines fonctions délicates où ceux qui les exercent doivent, à force de tact, de bonne humeur et de courtoisie, faire oublier les mesures parfois vexatoires qu'ils sont tenus de prendre. La police sanitaire entre dans le cadre de ces fonctions.

Les médecins praticiens avaient demandé qu'à la tête des bureaux d'hygiène fussent placés des confrères ayant exercé la médecine. Ils espéraient que ces derniers, au courant des difficultés de la pratique médicale, connaissant la situation fausse du médecin au début d'une affection à caractère incertain, sachant combien la peur pousse aux exagérations les voisins d'un malade suspect, mettraient plus de sang-froid, plus de prudence, plus d'habileté qu'un fonctionnaire quelconque à remplir leur mission. Les praticiens comptaient qu'un ancien confrère aurait le souci d'user, pour sauvegarder la santé publique, d'autres procédés que notre légendaire Pandore et son brigadier pour protéger la vie et la propriété.

L'incident suivant prouve que nos espérances ont été une fois déçues. Le fait s'est passé il y a quelques mois ; il est relaté tout au long dans le compte rendu de la séance du 20 avril 1910 de la *Société de médecine de Nîmes* et publié dans le n° de juin de l'*Echo médical des Cévennes* que l'on vient de nous communiquer et dont voici d'ailleurs l'extrait :

« Le docteur M... avait une cliente atteinte de fièvre continue depuis peu de jours. Les voisins de la malade, croyant avoir quelque chose à redouter de cette affection et incriminant un prétendu manque de précautions hygiéniques

de la part des parents de la malade, écrivent une dénonciation au bureau d'hygiène. Le directeur du bureau écrivit alors la lettre suivante à la mère de la malade :

VILLE DE NIMES — Bureau Municipal d'Hygiène — *Cabinet du Directeur* Place de la Calade

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Nimes, le 19 avril 1910 (1)

A Madame B...

Madame,

« J'ai été saisi d'une plainte émanant de vos voisins, au sujet d'un cas de fièvre typhoïde qui existe dans votre famille.

Il paraît, d'après cette plainte, que vous ne prenez pas les précautions indispensables pour empêcher la propagation de la maladie.

Tout d'abord je vous invite à prévenir votre médecin traitant qu'il aurait dû, en vertu de l'article 5 de la loi du 15 février 1902, faire au Bureau d'hygiène la déclaration de maladie contagieuse prescrite par la loi, et qu'il s'expose par suite aux pénalités inscrites dans ce texte législatif.

La loi et le règlement sanitaire municipal prescrivent une série de mesures d'isolement et de désinfection que vous devez prendre. Si vous ne mettez pas en pratique ces mesures, comme le fait penser la plainte de vos voisins, vous vous exposez à des poursuites.

Je crois que le moyen le plus pratique d'obvier à ces craintes de contagion, ce serait de faire transporter votre malade à l'hôpital. On pourrait alors désinfecter votre logement et vous cesseriez d'être un danger pour les habitants du quartier.

Si au contraire vous ne voulez pas faire admettre votre fille à l'hôpital, je vous enverrai une note dans laquelle vous trouverez l'énumération des mesures et précautions à prendre.

Veuillez avoir la complaisance, madame, de me répondre immédiatement pour m'indiquer vos intentions.

Je vous prie d'agréer mes salutations respectueuses.

Le Directeur du Bureau d'hygiène,
Dr X.

La lecture de cette lettre soulève une explosion de protestations indignées. Quelques confrères paraissent croire que le Directeur du bureau d'hygiène a pu ne pas outrepasser ses droits légaux, mais il est évident que la presque unanimité des membres présents envisage autrement le fait, et après une courte discussion, vote l'ordre du jour suivant :

« La Société de médecine de Nîmes, saisie par son Président de la lettre adressée par le médecin-directeur du Bureau municipal d'hygiène au client d'un confrère,

« Respectueuse de la loi et ne prétendant aucunement s'opposer à l'exercice des fonctions du Bureau d'hygiène,

« Regrette que, dans le cas particulier, le Directeur du bureau d'hygiène ait accueilli, sans autre renseignement auprès du médecin traitant, une dénonciation faite par un voisin du malade ;

Proteste contre les termes dans lesquels est conçue la lettre aux parents du malade, notamment contre l'invitation faite à ceux-ci d'avertir le médecin traitant des devoirs qui lui incombent et des pénalités qu'il encourt et surtout contre le conseil de faire entrer le malade à l'hôpital ;

« Blame de pareils procédés, inadmissibles au point de vue déontologique ;

« Charge son bureau de communiquer cette protestation à M. le Maire et à M. le Directeur du Bureau municipal d'hygiène, se réservant d'étudier la question au point de vue juridique » (1).

Nous avons maintes fois répété que la protection de la santé publique ne pouvait être réalisée qu'avec la collaboration franche et loyale du corps médical. A diverses reprises, M. Mirman, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques au ministère de l'intérieur, a témoigné de son sincère désir de voir la loi sanitaire appliquée non dans un esprit de tracasserie vexatoire et de basse police, mais avec le sentiment élevé de l'accomplissement d'un devoir de solidarité sociale en préservant les vies humaines.

Nous avons relaté ici toutes les espérances qu'un hygiéniste vraiment distingué, M. le Dr Mosny, membre de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène, mettait dans la collaboration des praticiens et des médecins directeurs de bureaux d'hygiène, fonctionnaires qui, dans l'esprit du Dr Mosny, devaient se souvenir de leur ancienne profession pour assurer avec tact l'exécution de la loi.

Des incidents tels que celui que nous venons de signaler, s'ils se répétaient, décourageraient certainement les meilleures volontés. En tous cas, nous constatons avec regret qu'ils fournissent un sérieux argument à ceux qui veulent méconnaître la loi sanitaire et engager le corps médical à refuser tout concours à son application.

Les directeurs des bureaux d'hygiène, surtout quand ils sont médecins, devraient bien éviter d'imiter l'ours de la fable et c'est mal débuter dans le rôle de protecteur de la santé publique que de lui asséner aussi lourdement de pareils pavés.

J. Noir.

(1) La date de cette lettre est à retenir, la malade ayant été vue pour la première fois le 15 avril, à 9 heures du soir.

(1) Le protestation a été envoyée, mais aucune réponse n'a été faite encore.

CHIRURGIE PRATIQUE

Sur la cure radicale de la hernie inguinale.

Pour bien guérir une hernie inguinale, en faire la vraie cure radicale et non pas une simple cure opératoire, il faut en posséder à fond la technique et en préciser les indications. La cure radicale peut très bien se faire à domicile et pourrait augmenter le domaine du chirurgien de petite ville.

La cure radicale des hernies n'est réellement devenue de pratique courante que depuis une vingtaine d'années environ. Ce n'est pas que de nombreuses tentatives de cure opératoire des hernies n'aient eu lieu. En effet, Celse avait proposé et pratiqué l'extirpation du sac herniaire ; les Arabes, imitant leurs prédécesseurs, avaient associé la castration à l'opération de la hernie ; Gerdy avait ressuscité la suture sous-cutanée du trajet herniaire ; et enfin plus près de nous, Wood avait systématiquement opéré de nombreux cas de hernie (339). Mais à aucune époque la cure des hernies par une opération n'a été aussi bien réglée, pratiquée avec moins de danger, grâce aux nouvelles méthodes et suivie d'aussi nombreux succès.

Bien que l'emploi des bandages soit restreint depuis que l'on pratique la cure radicale des hernies, et que de ce fait on en diminue le nombre, il ne faut pas oublier que le bandage, dont l'invention remonte aux temps les plus reculés, peut guérir à lui seul certaines hernies de l'enfance et constitue un excellent palliatif pour les hernies de l'adulte inopérables et celles des vieillards. On peut dire que l'ancien brayer ne vit que des contre-indications de la cure radicale.

D'une façon générale, il est légitime d'espérer la guérison d'une hernie par le simple port d'un bandage bien appliqué tant que la croissance n'est pas terminée. Chez les enfants en bas âge, il est difficile de faire une antisepsie efficace et il faut attendre l'âge de 5 à 6 ans pour intervenir. Aussi est-il tout indiqué de faire l'essai loyal du bandage pendant les premières années de la vie. J'ai suivi des enfants auxquels j'avais fait porter un bandage dès leur naissance ; ils sont devenus des hommes et leur guérison s'est maintenue. J'ai opéré beaucoup d'enfants jeunes à l'hôpital, parce que dans ce milieu on ne peut obtenir des parents les soins de propreté que réclame un bandage.

Il est une chose qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que la cure radicale des hernies expose à la mort par congestion pulmonaire ; aussi faut-il écarter résolument tous les prédisposés à cette complication : les emphysémateux, les cardiaques, les albuminuriques. Les obèses à tissu peu résistant, voués à la récidive quand on les opère et aussi à des complications pulmonaires, les vieillards, devront se contenter d'un bandage. Bien que de grandes inégalités existent à cet égard, c'est à partir de 45 ans environ que la cure radicale risque de plus en plus de devenir insuffisante, dangereuse et infidèle.

La variété de hernie doit peser dans la balance. La hernie crurale, beaucoup plus difficile à contenir que l'inguinale par un bandage, beaucoup plus grave également, car elle se gangrène plus vite, devra être opérée dans la grosse majorité des cas. J'en dirai autant de l'ombilicale, plus spéciale aux femmes. Il faut avoir assisté au long martyrologe des femmes atteintes d'une volumineuse hernie ombilicale, s'enflammant très fréquemment, amenant une gêne constante et de nombreux troubles digestifs, finissant par s'étrangler et se sphacéler, très difficile en tous cas à contenir, pour ne pas hésiter à opérer dès le début.

Ces remarques générales faites, j'en arrive à la cure radicale de la hernie inguinale. Ce qui prouve qu'en cette matière on n'est pas encore arrivé à la perfection, c'est la quantité de procédés en usage. Qu'il me suffise de citer les procédés de Lucas-Championnière, de Barker, de Macewen, de Bassini ; les procédés sans fils perdus (Duplay, Témoin) ; les procédés myoplastiques (Schwartz et Poulet) ; les procédés ostéoplastiques (Thiriar et Chaput), celui de Le Dentu.

La bissectrice de l'angle formé par le ligament de Poupart et le bord externe du grand droit donne la direction exacte que doit suivre l'incision cutanée. Elle commence un peu au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal et remonte un peu au-dessus de l'orifice interne. L'hémostase doit être très soignée et faite à mesure que l'on progresse ; dans l'incision abdominale on sectionne quelques veinules sans importance et quelquefois en bas les vaisseaux honteux externes. Si l'hémostase n'est pas très bien faite on est gêné pour reconnaître le sac et, en outre, il pourra se produire un hématome sous-cutané, qui compromettra la réunion.

Lorsqu'après avoir repéré l'aponévrose du grand oblique et placé sur elle deux pinces de Kocher, on a sectionné toute la paroi antérieure du canal inguinal jusqu'au-dessus de l'orifice interne, les organes contenus dans le canal inguinal sont à découvert. Il faut se garder de dilacérer les tissus avec le doigt ; il est bien préférable de se servir du bistouri et de la pince à dissection et diviser les tissus en dédoublant ; ou bien encore de la pince à dissection et de la sonde cannelée. Le sac trouvé s'isole en général assez facilement ; il est quelquefois un peu difficile à disséquer au niveau de son fond, au point où le canal vagino-péritonéal se ferme.

Dans la variété la plus commune, la hernie sort par la fossette péritonéale externe, se place au dehors de l'épigastrique et s'engage dans l'intérieur du cordon. Le canal déférent est placé en dehors et en arrière du sac, auquel il est souvent adhérent.

Dans la hernie inguinale directe, inconnue chez les enfants, rare chez l'adulte et qui s'observe surtout après la quarantaine ; l'intestin sort par la fossette inguinale moyenne : fossette bordée en dedans par le ligament de Henle, en dehors par le ligament d'Hesselback, et en bas par la bandelette ilio-pubienne. Le collet du sac, très large et presque sessile, est en rapport avec les

vaisseaux épigastriques par son côté externe ; le cordon est en dehors et au-dessous du collet du sac auquel il est simplement accolé, la hernie directe étant une hernie extra-funiculaire.

Dans la hernie congénitale avec persistance du conduit vagino-péritonéal, le canal déférent est en général en dehors et en arrière, accolé intimement à la paroi externe du sac, dont il faut le séparer par une dissection minutieuse.

Généralement, c'est en dedans du cordon que l'on trouve le sac, reconnaissable à sa couleur blanc mat. Dans les hernies déjà anciennes, le sac a des parois épaisses et se trouve de suite ; dans les récentes, dans les hernies congénitales, le sac est souvent très mince et a l'aspect d'une membrane transparente. Le sac trouvé, il faut l'ouvrir pour introduire le doigt dans sa cavité et le disséquer sur le doigt. Dans les hernies acquises on tombe de suite dans la cavité péritonéale ; dans les congénitales, il est ordinaire de trouver des rétrécissements, en général deux ; et des cloisons plus ou moins complètes, qui divisent le sac en plusieurs loges. La dissection du sac et sa pédiculisation sont très importantes ; il est nécessaire de pousser cette dissection très haut, jusqu'au-dessus de l'orifice inguinal interne, de façon à supprimer l'infundibulum péritonéal, amorce d'une récidive.

Pour lier le sac, introduire le doigt dans sa cavité ; traverser sa base avec l'aiguille et passer soit un fil simple, soit un fil double. Avec le fil simple faire un premier nœud ; puis ramener les deux chefs autour du sac pédiculisé et faire un second nœud. Avec le fil double, faire soit une ligature en chaîne, soit le nœud de Lawson Tait. Lorsque le sac lié a été bien libéré, il remonte et disparaît dans le ventre comme s'il était aspiré.

Après la ligature du sac, on peut : 1° soit couper les deux chefs du fil et laisser le pédicule rentrer dans l'abdomen ; c'est le procédé le plus généralement usité ; 2° soit employer la manœuvre de Barker, qui consiste à faire traverser par les deux chefs du fil successivement le tissu cellulaire sous-péritonéal, les couches musculaires et aponévrotiques en un point situé au-dessus de l'anneau inguinal profond et à nouer par-dessus l'aponévrose ; 3° soit la manœuvre de Kocher : Kocher n'incise pas la paroi antérieure du canal inguinal. Une fois le sac disséqué, il pratique une petite incision sur l'aponévrose du grand oblique en dehors de l'anneau inguinal profond, y attire le sac à l'aide d'une pince, le tord, le fixe à ce niveau et le coupe ; 4° soit le procédé de Lucas-Championnière, qui, après avoir lié le sac, étreint son pédicule dans une anse de catgut traversant la paroi abdominale très au-dessus de l'anneau inguinal profond. Je me contente, d'une façon générale, de la ligature et de l'abandon du sac. Cependant chez la femme, j'emploie le procédé de Barker, qui a l'avantage de fixer à la paroi le ligament rond, que l'on sectionne généralement avec le sac. En cas de persistance du conduit vagino-péritonéal, il faut lier le segment inférieur du sac, de façon à fermer la vaginale.

Pour reconstituer les plans anatomiques de la paroi on peut procéder de différentes façons. Si l'on emploie le procédé de Bassini, il faut récliner le cordon en dehors, bien isoler à coups de sonde-cannelée, l'arcade de Fallope en bas et le tendon conjoint en haut (tendon formé par le bord inférieur du petit oblique et du transverse) et suturer dans les deux tiers inférieurs. Pendant cette suture il faut bien voir les tissus traversés par l'aiguille, car on peut piquer soit la veine fémorale, soit l'intestin. Il est bon, pour éviter ces accidents, de soulever avec la pulpe de l'index chaque tendon séparément et de faire traverser l'aiguille sur le doigt. Un surjet ferme, par-dessus le cordon, l'aponévrose du grand oblique. Le procédé de Bassini inclut le cordon entre deux plans cicatriciels et d'après Lucas-Championnière expose à l'atrophie du testicule ; il ne donnerait pas en outre une paroi solide, les tissus cicatriciels ayant une tendance constante à se laisser distendre.

Pour obvier à ces inconvénients Lucas-Championnière, après avoir terminé le traitement du sac, libère les deux lambeaux aponévrotiques repérés par des pinces de son invention, fait passer le lambeau externe sous l'interne et l'y retient par une série de points en U, qui traversent la gaine du grand droit antérieur. Puis il rabat le lambeau interne sur l'externe et va le fixer à la région aponévrotique voisine de l'arcade de Fallope. Il obtient ainsi une paroi antérieure du canal inguinal à deux plans superposés et très résistante. J'ajoute que Lucas-Championnière réséque de parti pris tout l'épiploon accessible et draine toujours à l'aide d'un petit drain placé dans l'angle supérieur de la plaie.

On sait que dans certains cas, même après une bonne réunion, on assiste à l'élimination des fils perdus. Aussi s'est-on ingénié à inventer des procédés sans fils perdus. Un des meilleurs est celui de Témoin, de Bourges. Le traitement du sac terminé, il fait deux points en U au crin de Florence. Le fil traverse la lèvre externe de l'incision cutanée, le muscle petit oblique par-dessus le cordon. Deux pinces repèrent ces deux anses en U. Il fait ensuite trois points en 8. Il traverse les deux lambeaux aponévrotiques. Le bout du fil qui a traversé le lambeau interne est ramené à travers la lèvre inférieure de l'incision cutanée par un des trous qui ont servi aux fils en U ; le fil qui a traversé la lèvre aponévrotique inférieure est ramené à travers la lèvre cutanée supérieure. Après avoir suturé la peau comme à l'ordinaire, il noue sur un petit rouleau de gaze les deux points en U et sur un autre rouleau de gaze les 3 points en 8. Excellent chez les jeunes, ce procédé a l'avantage : 1° de mettre à l'abri la plaie cutanée ; 2° de former un rideau musculaire au-devant du cordon ; 3° de fermer exactement l'aponévrose du grand oblique ; 4° de ne laisser dans la plaie que le catgut qui enserre le sac.

Chez les enfants et les adolescents, chez lesquels, en somme, la seule malformation consiste dans la persistance du conduit vagino-péritonéal, qui ont une paroi solide, je crois qu'il est inutile de suturer les piliers, et qu'on peut se contenter de réunir les deux lambeaux aponévroti-

ques soit par un surjet, soit en les doublant comme Lucas-Championnière.

Chez les adultes on peut encore négliger la suture des piliers ; mais chez les sujets gras, chez ceux qui ont les tissus relâchés, ceux chez lesquels la paroi abdominale est effondrée, je pense qu'il est nécessaire de suturer les piliers. Rien n'empêche d'ailleurs de renforcer la paroi aponévrotique antérieure en la doublant comme le fait Lucas-Championnière.

Faut-il drainer en mettant un drain droit dans l'angle supérieur de la plaie comme le fait systématiquement Lucas-Championnière ou bien peut-on négliger cette pratique ? Toutes les fois que la dissection a été longue et laborieuse, que l'on a été obligé de faire des délabrements plus grands que d'habitude, il vaut mieux drainer, même quand on est sûr de l'hémostase. On peut enlever ce drain 48 heures après, ou au premier pansement, lors de l'ablation des fils. Comme les opérés sont obligés de garder le lit 20 jours environ, on peut parfaitement laisser le drain huit jours, son orifice ayant tout le temps de se cicatriser.

Quel fil faut-il employer ? La soie a le gros inconvénient de s'infecter et d'amener ces éliminations tardives après production de petits abcès. Le catgut un peu gros n'a pas cet inconvénient et mérite la préférence. Pour les sutures cutanées, le crin de Florence ou les agrafes de Michel recueillent le plus grand nombre de suffrages.

Le pansement après la cure radicale doit être fait minutieusement. Il est nécessaire que le pansement enserre tout le haut de la cuisse du côté opéré. Un carré de toile cirée ou caoutchoutée, perforé pour laisser passer la verge et inclus entre la bande et le coton évite les souillures par l'urine. Ce premier pansement est laissé en place huit ou neuf jours et changé seulement pour enlever les fils cutanés. Un second pansement dure jusqu'au premier lever, que je ne permets que le vingtième jour. Bien que l'opéré ait été purgé l'avant-veille de l'opération, un nouveau purgatif est donné le deuxième ou troisième jour. Pendant les quatre ou cinq premiers jours l'alimentation est restreinte et exclusivement liquide. A partir de ce moment on reprend graduellement l'alimentation ordinaire.

Les opérés souffrent en général de douleurs lombaires pendant les deux ou trois premiers jours. Il est rare qu'une injection de morphine soit nécessaire, le soir de l'opération, pour calmer les douleurs ; mais il ne faut pas craindre d'y avoir recours en cas de nécessité.

J'ai pratiqué jusqu'à ce jour 72 cures radicales de hernies inguinales. Elles se décomposent ainsi :

Hommes et enfants	inguinales droites.....	34	59
	inguinales gauches.....	25	
Femmes	inguinales droites.....	8	13
	inguinales gauches.....	5	

L'enfant le plus jeune avait dix-huit mois. Je l'ai opéré parce qu'il avait une hernie rentrant très difficilement et qu'il était impossible d'obtenir des parents les soins nécessités par un bandage. L'homme le plus âgé avait 62 ans ; il était porteur d'une volumineuse hernie inguinale gauche, que les bandages ne pouvaient plus contenir. Il insista pour que je l'opère et eut raison, car il guérit sans la moindre incident. Chez une femme, dans une hernie inguinale gauche, je trouvai l'ovaire sain prolabé, je le réduisis sans le réséquer. Dans sept cas, la hernie était double et je fis les deux opérations le même jour sans qu'il en résultât le moindre inconvénient. En pareil cas, il est nécessaire de faire préparer deux jeux d'instruments.

Cette petite statistique confirme les faits suivants : 1° aussi bien chez l'homme que chez la femme la hernie inguinale droite est plus fréquente que la gauche. Ce fait est dû à la plus grande fréquence de la persistance du canal vagino-péritonéal à droite. C'est ce qui produit la plus grande fréquence de la hernie inguinale droite ; dans les hernies acquises au contraire, il y a presque égalité, et la différence est plutôt en faveur de la hernie gauche.

2° La hernie inguinale est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, cette dernière gardant la supériorité dans la hern crurale.

J'ai laissé dans cette causerie beaucoup de points dans l'ombre, le sujet étant très vaste et n'ayant eu l'intention que de donner une esquisse de la question.

J. Tissot,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
de Chambéry.

LA SEMAINE MÉDICALE

Du lever précoce des accouchées.

Sous ce titre d'apparence paradoxale, M. le Dr Marcel Debrade a soutenu une thèse intéressante dont nous reproduisons les conclusions basées sur l'observation de 400 femmes :

« Les femmes ne désirent pas, en général, quitter leur lit avant le troisième jour.

Cent cinquante accouchées nous ayant demandé l'autorisation de se lever aux 3, 4 et 5e jours, nous la leur avons accordée, mais les résultats n'ont pas été encourageants : vertiges, céphalées, courbature générale, accélération du pouls, involution utérine souvent retardée, en ont été les plus fréquentes conséquences ; aussi rejetons-nous ce lever trop précoce.

Par contre, à partir du 6e ou 7e jour, l'observation de 250 femmes nous a montré que les résultats étaient favorables et voici la pratique qui nous paraît la meilleure :

Si la femme a eu un accouchement long ou très laborieux, une hémorragie sérieuse et surtout des hémorragies répétées qui la mettent en imminence possible de phlébite, si elle a présenté un placenta prævia ou si son utérus a une tendance à se prolaber ou à se dévier, nous ne devons pas permettre le lever précoce.

Si, au contraire, la femme est saine, si elle ne

présente aucun symptôme d'infection, nous pouvons autoriser le lever au 6e ou 7e jour. Cette pratique, si l'asepsie est scrupuleusement observée, facilitera l'écoulement des lochies, l'involution utérine et la régression variqueuse. Elle permettra d'éviter ou de diminuer la constipation, la rétention d'urine ; elle réduira les risques de phlébite.

Mais il reste bien entendu qu'on ne doit pas confondre ce lever précoce avec la reprise prématurée des occupations. De tout temps, cette dernière manière de comprendre l'hygiène des suites de couches a été en honneur dans le peuple et elle est blâmable.

Aussi, dans tous les cas où l'accoucheur pourra craindre que le lever précoce soit un prétexte à une reprise prématurée du labeur quotidien, ce sera sage de s'en tenir au vieux procédé d'imposer un repos au lit prolongé.

Traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little.

Le Dr Pascal Feutœlaïs, de Bordeaux, réserve le terme de maladie de Little aux états décrits par Little lui-même, dans lesquels il existe des contractures spasmodiques des membres inférieurs, éliminant ainsi toute une catégorie d'états spasmodiques qu'on a voulu ranger sous ce terme.

Cet état pathologique entraîne des attitudes vicieuses des membres inférieurs et des troubles de la marche et de la statique.

Ces troubles sont justiciables de traitements chirurgicaux et orthopédiques, qui sont forcément des traitements symptomatiques.

Les interventions peuvent porter : 1° sur les tendons et les muscles ; 2° sur les nerfs ; 3° sur les os ; 4° sur les racines rachidiennes.

Elles doivent être complétées par un traitement orthopédique rééducateur.

Les opérations sur les tendons suivies de traitements orthopédiques appropriés sont les plus usitées ; sans gravité, elles n'ont guère de contre-indications. Ce sont les seules qui, jusqu'à ce jour, peuvent être définitivement jugées dans leurs résultats éloignés.

A elles seules, elles suffisent dans la majorité des cas à donner une correction suffisante de l'attitude vicieuse.

Les ténotomies pourront, dans certains cas, être utilement complétées par des transplantations musculo-tendineuses.

L'ostéotomie sous-trochantérienne, pratiquée une seule fois par M. le professeur Delbet, semble trouver son indication dans nombre de cas et paraît devoir aider singulièrement à la correction de l'abduction et de la rotation interne persistantes.

L'opération de Förster, incertaine dans ses résultats, ne paraît devoir être autorisée qu'après l'échec des interventions plus simples ou dans des cas d'une gravité exceptionnelle, étant elle-même fort grave.

L'avenir nous apportera peut-être une thérapeutique intéressante dans les transplantations nerveuses. Les interventions de ce genre, pour intéressantes qu'elles soient, ne permettent pas encore de conclusions précises.

Le traitement orthopédique de rééducation devra toujours suivre les interventions ; il sera institué après une période d'immobilisation de trois à six semaines, et devra être longtemps suivi. A lui seul, il ne peut donner que des résultats peu satisfaisants dans les cas de gravité moyenne.

On peut conclure avec Frœlich que les résultats seront toujours en rapport avec l'état intellectuel du sujet ;

a) Chez les enfants complètement idiots, le résultat est nul ;

b) Dans le cas d'intelligence moyenne, l'amélioration est d'autant plus marquée que l'intelligence a été plus méthodiquement cultivée ;

c) Si l'intelligence est normale, ou à peu près, les résultats sont généralement bons, ils peuvent même être excellents.

Les injections de sérum d'anguille et de sérum de torpille.

M. le Dr Jules Serin a étudié au laboratoire de Biologie générale du Collège de France la polypnée toxique résultant des injections de sérums d'anguille et de torpille, en particulier dans le liquide céphalo-rachidien. Il a observé des phénomènes nerveux internes à prédominance bulbaire avec pertes de poids très marquées ; ces pertes de poids sont en relation étroite avec l'accélération des mouvements respiratoires et semblent être le fait de l'exhalation plus grande de vapeur d'eau. La thérapeutique trouvera peut-être là un nouveau terrain d'exploitation.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Rupture traumatique de la rate. — La teinture d'iode en chirurgie. — Le radium dans le traitement du cancer. — Greffe osseuse dans le traitement des ostéosarcomes des membres. — Bague incrustée sous la peau d'un doigt.

MM. Potherat et Viart rapportent à la *Société de chirurgie* une observation de *rupture traumatique de la rate* traitée avec succès par la splénectomie.

Le malade, après une chute sur une forte pierre, chute où le contact s'était fait au niveau de l'hypochondre gauche, avait présenté des signes graves d'hémorrhagie abdominale, pâleur, refroidissement des extrémités, dyspnée, fréquence et mollesse du pouls. Les phénomènes abdominaux étaient peu démonstratifs. Malgré l'absence de matité dans les fosses iliaques, bien qu'il n'y eût pas de contracture musculaire, M. Potherat, voyant le malade deux heures après l'accident, porta le diagnostic d'hémorragie intra-abdominale. L'hémorrhagie ne pouvait avoir pour origine que la rupture d'un viscère, vraisemblablement par un organe creux, le blessé

étant encore à jeun au moment de sa chute. Il fallait admettre la lésion, la rupture d'un organe très vasculaire, rein gauche ou rate, puisque le coup avait porté à gauche. Il était facile d'éliminer le rein : la fosse lombaire était libre et il n'y avait pas de sang dans les urines. On était ainsi ramené au diagnostic d'hémorrhagie interne due vraisemblablement à une rupture de la rate.

Le patient ne s'étant décidé que tardivement à être opéré, l'intervention fut pratiquée par M. Viart, qui fit une laparotomie et *une splénectomie*. Le résultat thérapeutique fut une parfaite guérison.

M. Potherat rappelle les difficultés du diagnostic de rupture de la rate dans le cas de contusion de l'abdomen. Dans la plupart des observations publiées, la lésion ne s'est révélée qu'après l'ouverture du ventre et au cours des investigations faites pour aller à la recherche d'une hémorrhagie interne. Celle-ci, d'ailleurs, commande l'intervention. Pour l'auteur, le mécanisme de ces ruptures de la rate doit être, le plus souvent, celui de l'éclatement. Le coup porté sur l'abdomen, l'émotion aussi qui l'accompagne, provoquent une vive et subite contraction de toute la ceinture abdominale, diaphragme et plancher pelvien compris. Le sang s'accumule sous forte pression dans le tissu splénique, très vasculaire, qui se rompt. La thérapeutique semble devoir être, d'une manière générale, sauf quelques cas où la lésion est superficielle, la splénectomie.

M. Auvray, à propos du mécanisme des ruptures traumatiques de la rate, croit à la possibilité de la rupture par choc direct. Il en a vu un exemple chez un gymnasiarque qui, exécutant à bicyclette le cercle de la mort, tomba sur sa bicyclette, le guidon profondément enfoncé dans l'abdomen, et eut une rupture splénique.

M. Mauclaire ajoute un cas personnel récent. Il concerne un jeune homme écrasé entre un autobus et un mur. Le malade avait tous les signes d'une très grave hémorrhagie interne. Le blessé succomba trois jours après la splénectomie.

— A propos d'une observation de M. Tuffier dans laquelle une application de teinture d'iode sur la peau de l'abdomen produisit une vésication suivie de plaie, la *Société de chirurgie* s'occupe de la question de la *teinture d'iode en chirurgie*.

M. Kirmisson insiste sur les inconvénients que peut présenter la teinture d'iode actuelle, du nouveau Codex. Cette teinture est deux fois plus forte que l'ancienne, et, chez les sujets prédisposés surtout, elle est capable de créer une dermite.

M. Pierre Delbet signale aussi les méfaits de la teinture d'iode nouveau Codex, qui produit parfois une véritable vésication. L'ancienne teinture était bien moins irritante ; la nouvelle est pleine d'inconvénients, ce qui est d'autant plus fâcheux que les chirurgiens en font aujourd'hui un grand usage.

M. Rochard conclut que le chirurgien doit demander au pharmacien de lui fournir de la teinture d'iode dédoublée.

— M. Monod présente à la *Société de chirurgie* un rapport sur une communication de MM. Wickham et Degrais concernant le *rôle du radium dans le traitement du cancer*.

Le travail de MM. Wickham et Degrais a un triple objet :

1° Rappeler que le radium doit être appliqué à la cure du cancer seulement sous le contrôle du médecin et particulièrement du chirurgien, seuls en état de décider si c'est bien à la radiothérapie qu'il convient de s'adresser dans telle circonstance donnée ;

2° Montrer l'utilité, dans la plupart des cas où la radiumthérapie est indiquée, d'y associer l'intervention chirurgicale ;

3° Etablir que, si l'action du radium est souvent favorable, les résultats obtenus sont seulement des résultats locaux. Il y a loin, en effet, de la régression d'une tumeur à la guérison d'un malade.

M. Segond n'a pas vu le radium amener la guérison d'un néoplasme. En revanche, il l'a vu provoquer de telles modifications dans l'évolution de tumeurs malignes, susciter des transformations si curieuses, amener enfin dans certains cas des améliorations si importantes que, dans tous les cas où le mal n'est pas ou n'est plus justiciable d'une intervention chirurgicale, il estime la radiumthérapie, pour l'instant, tout à fait indiquée.

Pour M. Pierre Delbet, le radium, au point de vue thérapeutique, doit être rapproché des caustiques. Mais c'est un caustique perfectionné, raffiné et infiniment supérieur aux anciens caustiques. Les vieux caustiques font une escarre, une perte de substance. Ils laissent une plaie qui doit se combler et se cicatriser. Avec le radium, pas d'escarre, pas de plaie. Les cellules néoplasiques sont tuées, les phagocytes les entraînent. Toutefois, cette action merveilleuse est très circonscrite. Son rayon d'action ne dépasse guère 25 millimètres. De plus, on trouve à la périphérie une zone où les cellules épithéliales présentent des signes d'excitation, ce qui explique que, dans certains cas, la tumeur régresse à son centre, tandis qu'elle progresse à la périphérie. On évitera cet inconvénient en lardant la tumeur de tubes radifères assez rapprochés. Cela n'est pas toujours réalisable, il est vrai.

— M. Huguier rapporte à la *Société des chirurgiens de Paris* une observation de *greffe osseuse* comme complément de l'ablation d'un ostéosarcome.

La malade était atteinte d'un ostéo-sarcome siégeant à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur du cubitus gauche. M. Huguier fit une résection parostale large, enlevant d'un bloc l'os, la tumeur et les muscles voisins. Puis,

pour réparer la perte de substanee osseuse, il prit un fragment osseux de 11 centimètres sur le péroné et le sutura aux deux portions restantes du cubitus. Le résultat fonctionnel a été absolument remarquable. La malade se sert de sa main aussi bien qu'autrefois et la marche n'est nullement gênée.

M. Huguier fait suivre son observation d'une étude très complète des indications du traitement conservateur dans les ostéo-sarcomes des membres et des greffes osseuses destinées à rétablir la continuité du squelette après les résections. Ce travail est basé sur 20 observations. Dans ces 20 cas, les transplants, pris presque tous sur des tibias ou des péronés, ont été bien supportés et se sont greffés. M. Huguier insiste sur la nécessité absolue de greffer le périoste en même temps que l'os. Le périoste seul continue à vivre et forme de l'os nouveau autour du transplant osseux qui, lui, meurt et se résorbe.

— M. LEURET présente à la *Société des chirurgiens de Paris* une *bague* qui était *incrustée sous la peau d'un doigt* et donnait à l'annulaire l'apparence d'un spina ventosa.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Noix vomique.

Par le Dr André LOMBARD.

On utilise en médecine les semences de la noix vomique, dont les principes actifs sont la strychnine et la brucine, combinées à l'acide cafétannique, et un glucoside : la loganine. La poudre et la teinture de noix vomique et les sels de strychnine sont surtout employés ; quoique la brucine ait une action physiologique analogue et soit environ trente fois moins toxique, en raison sans doute du groupement diméthylé qui la différencie de la strychnine, elle est peu utilisée. La strychnine est peu soluble dans l'eau ; aussi s'adresse-t-on à ses sels : surtout le sulfate, quelquefois le chlorhydrate, le nitrate, l'arséniate ou le cacodylate.

La noix vomique et la strychnine ont une action générale très intense. A la dose d'un à trois milligr., la strychnine détermine une stimulation digestive, de la pollakiurie ; la dose moyenne, de trois à sept milligr., exalte la sensibilité réflexe ; une dose supérieure à dix milligr. est toxique ; elle provoque de l'anxiété, des sueurs froides, des crises tétaniques, l'arrêt de la respiration, la mort par asphyxie ou collapsus. C'est un poison convulsivant et tétanisant, qui impressionne la substance grise de la moelle épinière et agit sur les organes des sens, sur le grand sympathique, en provoquant la dilatation pupillaire ; sur les ganglions nerveux du cœur, par l'accélération, puis le ralentissement des contractions. Son effet dynamique est comparable à celui de l'électricité.

A dose physiologique, les contractions cardiaques sont stimulées et accélérées, la tension vasculaire est élevée par suite de la production d'un spasme vasculaire. A dose plus élevée, le sang perd son aptitude à fixer l'oxygène et est surchargé d'acide carbonique ; la respiration est entravée. Le système musculaire est excité par l'intermédiaire de l'axe gris bulbo-spinal ; la température s'élève. Les sécrétions salivaires et sudorales sont augmentées, ainsi que les mouvements péristaltiques de l'intestin. La sécrétion biliaire est modifiée et un diabète artificiel est parfois provoqué. Elle n'agit pas sur la diurèse.

La strychnine s'élimine par les reins et les glandes salivaires surtout, mais aussi par tous les émonctoires. Elle s'accumule dans le foie, les centres nerveux, les reins.

La mort résulte non seulement de l'emploi des doses toxiques d'emblée, mais peut se produire après l'emploi de doses trop prolongées. Le patient éprouve une angoisse spéciale, de la dyspnée, une impression de rigidité ; il est pâle, tombe, a du trismus, est en opisthotonos, est secoué de convulsions tétaniques, a la respiration brève, la parole entrecoupée. Le spasme peut céder, puis reparaît plus violent ; les pupilles sont dilatées, le cœur irrégulier et la mort survient plus ou moins rapidement, entre 10 minutes et 3 ou 4 heures, le patient ayant conservé toute la lucidité de son intelligence. L'issue fatale peut être retardée par la plénitude de l'estomac, l'état d'ivresse.

On lutte contre l'intoxication d'abord en essayant d'évacuer le poison, soit par une injection d'apomorphine, soit par le lavage de l'estomac ou l'administration d'un vomitif ; il est bon aussi de faire avaler une forte dose de tannin, mais il faudra évacuer le précipité qu'il forme avec l'alcaloïde ; on peut aussi laver l'estomac avec une solution de permanganate de potasse à 1/5000 ; on prescrit l'administration d'un purgatif huileux ; — ensuite en neutralisant les effets convulsivants par la respiration artificielle, les inhalations de chloroforme, le chloral en injection intra-veineuse ou en lavement, un bain chaud, des ventouses, des sinapismes ; mais le véritable antidote de la strychnine est le curare, dont l'emploi ne serait peut-être pas dépourvu de dangers.

La noix vomique et la strychnine conviennent dans tous les états de dépression, d'asthénie, de paralysie du système nerveux ; paralysies périphériques par polynévrite (diphtérie, saturnisme) ; l'impuissance, la spermatorrhée. Elles conviennent aussi dans tous les états adynamiques de la fièvre typhoïde, la grippe, la pneumonie quand le cœur se laisse dilater et que le collapsus est à redouter ;

son action tonique et vaso-constrictive est aussi utile dans les cardiopathies à la période d'hyposystolie, la myocardite aiguë ou chronique, l'œdème pulmonaire ; et encore dans la dilatation des bronches, l'emphysème pulmonaire, la bronchite et l'asthme ; de même que dans l'asthénie générale ou pulmonaire consécutive à toutes les maladies infectieuses (grippe, rougeole, coqueluche, etc.). Elles rendent encore des services dans les affections du tube digestif : la dyspepsie atonique, la dilatation de l'estomac ; l'atonie intestinale avec constipation, l'anorexie ; le prolapsus rectal chez l'enfant. Dans la tuberculose elle trouve aussi son emploi tant pour combattre l'anorexie ou l'adynamie que pour favoriser la contractilité des muscles bronchiques.

La poudre de noix vomique et la strychnine sont très amères et ont une légère action irritante sur les muqueuses ou le derme dénudé.

On prescrit la *poudre de noix vomique* à la dose maxima d'un centigr. ; à la dose moyenne d'un demi-centigr., par jour et par année d'âge, chez l'enfant, après deux ans, dans une cuill. de sirop, de miel ou de confiture ; à celle de cinq à vingt centigr., chez l'adulte, (en cachets ou en pilules) — la *teinture de noix vomique* à 1/10 du nouveau Codex, à la dose d'une à deux gouttes par jour et par année d'âge chez l'enfant, à celle de cinquante centigr. à un gramme chez l'adulte ; en ayant soin de la diluer dans une petite quantité d'eau. Un gramme de cette teinture correspond à cinquante-sept gouttes et contient deux milligr. et demi de strychnine ; il est préférable de ne mélanger la teinture à l'eau qu'au moment de l'emploi ; — l'*extrait de noix vomique* à la dose d'un à trois centigr., chez l'adulte (Codex 1908).

On n'emploie guère la strychnine, mais ses sels en granules dosés à un milligramme, en potion, en sirop, en injections hypodermiques. Le *sulfate de strychnine* est employé chez l'enfant à la dose d'un quart de milligr., par année d'âge, qui peut être doublée en surveillant le malade ; chez l'adulte, on donne d'un demi-milligr. à dix milligr., mais par prises d'un milligramme de préférence. Le *sirop de sulfate de strychnine* contient cinq milligr., pour 20 grammes.

L'*arséniate de strychnine* se prescrit à la dose des deux à trois milligr., le *cacodylate de strychnine* à celle de deux milligr. à deux centigr., en pilules ou en injections hypodermiques. Enfin, le *nitrate* peut aussi se prescrire en potion et sert à la préparation de pommades.

L'emploi de la noix vomique ou de la strychnine ne doit pas être prolongé plus de dix jours ; on aura soin de faire avaler un liquide après chaque prise de médicament, pour éviter son action offensante sur la muqueuse gastrique. On évitera d'associer dans une potion la strychnine aux iodures, en raison de la précipitation de l'alcaloïde qui resterait dans la dernière potion du liquide ; on ne l'associera pas non plus à l'arséniate ou au phosphate de soude.

NEUROLOGIE

La neurasthénie des villes et la neurasthénie des champs ;

Par le Dr A. Ducros (de Néris-les-Bains).

Ce n'est pas une fable que nous voulons conter ; nous n'avons pas davantage la prétention de donner une nouvelle classification de la maladie de Beard, car des auteurs émérites s'y sont employés avant nous sans beaucoup de succès ; mais durant ces sept premières années de pratique thermale, nous avons eu l'occasion d'examiner un grand nombre de névropathes et nous avons pu constater entre les ruraux et les citadins certaines différences, soit dans l'étiologie, soit dans la symptomatologie, qu'il nous a paru intéressant de mettre en relief. Le temps n'est pas si loin, du reste, où l'on niait la neurasthénie chez les paysans et dans la grande masse du public des villes ; on ne croit pas encore que nos braves campagnards aient eu à souffrir de cette mode pathologique. Eh bien ! il n'en est rien, et, de même que les idées socialistes ont pris naissance dans les grands centres et ont gagné peu à peu les champs, devançant par leur importance les grandes agglomérations, de même la neurasthénie s'est décentralisée et a envahi les coins les plus reculés du territoire, devenant aussi fréquente, sinon, plus qu'en ville. C'est ainsi que, pour notre part, sur les 398 cas que nous avons eu à traiter à l'établissement thermal de Néris, 203 appartiennent aux ruraux et 195 aux citadins.

Examinons maintenant brièvement comment se présente la maladie de Beard chez les deux types précités. Les causes de cette affection sont multiples et variables à l'infini, mais celles qu'on observe le plus communément sont : 1° le surmenage sous toutes ses formes (intellectuel, physique, mondain, commercial, sensoriel, etc...) ; 2° les émotions qui ne sont en somme qu'une forme du surmenage (moral) (Charcot-Féré) ; 3° les maladies locales ou générales : ptoses des viscères (Glénard), malaria, diabète, syphilis, alcoolisme, etc. (Fournier) ; 4° les maladies utérines ; 5° les troubles gastriques, qui amènent l'auto intoxication, théorie de Bouchard, reprise plus récemment par Dubois, de Berne, et l'Ecole Moderne et qui serait la principale cause de la névrose ; 6° les maladies infectieuses (grippe, fièvre typhoïde), etc., etc...

Chez les névropathes des villes, nous avons surtout noté le surmenage intellectuel et commercial (professeurs, employés de bureau, artistes, gros brasseurs d'affaires) et le surmenage mondain, surtout chez les femmes ; fréquemment

chez elles, nous avons enregistré, comme causes surajoutées, les maladies utérines et les ptoses viscérales. Dans une douzaine de cas, nous avons relevé une cause émotionnelle (chagrins intimes, pertes d'argent, deuils, etc.) Chez trois hommes l'intoxication éthylique semble avoir été le début de leur névrose. Cinq fois, la syphilis a joué un rôle prédominant. Autant de fois les excès génitaux. Une fois la diabète. Enfin dans sept cas, nous avons noté des névropathies de convalescence de grippe, fièvre typhoïde, etc.

Chez les névropathes des campagnes, c'est surtout au surmenage physique et émotionnel, aux convalescences mal soignées de grippe, pneumonie et typhoïde, que nous avons attribué les causes déterminantes de la névrose. D'autre part, nous avons beaucoup plus souvent relevé l'hérédité nerveuse que chez les citadins : dans 60 °/o des cas, en effet, les ruraux présentaient des antécédents héréditaires nerveux, au lieu que chez les premiers, nous n'avons relevé la tare héréditaire que dans 42 °/o des cas. — Une autre cause fréquente chez les femmes de la campagne, puisque nous l'avons relevée 27 fois sur 142 sujets, est la mauvaise habitude de se lever beaucoup trop tôt après l'accouchement. — Il arrive fréquemment en effet que le quatrième, voire même le troisième jour après l'accouchement, la femme de la campagne reprend ses pénibles travaux et de plus allaite son enfant. On comprend aisément qu'un tel organisme est mûr pour la neurasthénie ; quelques femmes, exceptionnellement robustes, y résistent, mais beaucoup d'autres succombent et traînent lamentablement, pendant des mois et même des années, leur maboulisme (comme on dit dans leur entourage). — Chez quatre autres femmes, nous avons relevé comme cause exclusive de leur affection : la peur — les deux premières, venues d'un petit hameau du Puy-de-Dôme, avaient eu une frayeur intense à la suite d'un incendie et d'un ouragan épouvantables qui avaient saccagé leurs demeures pendant la nuit, et depuis elles étaient restées « toutes drôles » ; les deux autres, originaires des montagnes de la Loire, avaient des maris alcooliques, présentant fréquemment des crises de delirium tremens, pendant lesquelles ils menaçaient de tuer les pauvres femmes ; à force de vivre dans des transes perpétuelles, celles-ci étaient devenues neurasthéniques, au suprême degré. Nous avons encore rencontré dans une vingtaine de cas, des lésions utérines ou plutôt des ptoses de l'utérus et des autres viscères, comme cause de névrose. Chez les hommes, l'intoxication éthylique semble avoir joué un certain rôle ; chez trois jeunes gens, c'est aux habitudes de masturbation que nous avons attribué leur névrose. Enfin les rares fois où nous avons constaté le surmenage intellectuel, s'adressaient aux instituteurs et institutrices exerçant dans la campagne.

D'après ce rapide exposé des causes déterminantes de la neurasthénie, il semble que la symptomatologie de l'affection présentât des particularités différentes, suivant que nous nous adressons aux deux types que nous étudions. Il n'en est rien cependant et nous retrouvons presque toujours, dans les deux cas, les symptômes essentiels ou stigmates, si bien établis par Charcot, à savoir : la céphalée — l'insomnie, la rachialgie — l'amyosthénie (affaiblissement musculaire) — les troubles dyspeptiques — les troubles génito-urinaires — les troubles mentaux....

Cependant la céphalée appartient plus spécialement et d'une façon plus intensive aux intellectuels ; de même l'insomnie présente quelques particularités : c'est ainsi que les neurasthéniques par surmenage intellectuel, commercial ou mondain, c'est-à-dire principalement les citadins, éprouvent de l'insomnie pendant la première partie de la nuit, sans doute à cause des excès de veille : ils se mettent au lit, mais ont toutes les peines du monde à clore leurs paupières. Ainsi que le fait remarquer le Dr Levillain dans son excellent travail sur la neurasthénie (page 84), ces malades se fatiguent en vain, par toutes sortes de suggestions et de manœuvres, à chercher le bienfaisant sommeil ; en vain ils se retournent et s'agitent, changent de position, élèvent ou abaissent leur tête, rallument leur bougie pour reprendre une lecture ennuyeuse, ont recours en un mot à tous les artifices ; en vain invoquent-ils Morphée de toutes façons : le dieu du sommeil résiste à leurs prières ; ils finissent cependant, après une lutte de plusieurs heures, par tomber dans une somnolence lourde qui dure jusqu'au matin et d'où ils sortent plus fatigués que la veille.

Les neurasthéniques par surmenage physique ou moral, c'est-à-dire en général les ruraux, s'endorment plus facilement, mais ils se réveillent au bout de deux ou trois heures et restent ainsi jusqu'au matin sans pouvoir de nouveau goûter le repos ; souvent un besoin invincible de sommeil les reprend alors qu'ils sont obligés de quitter le lit. Enfin, les malades de cette catégorie dorment aussi par fragments et selon la pittoresque expression de Béard, « rencontrent de temps en temps au cours de la nuit, des oasis de repos dans un désert de long réveil. » Mais de mauvais rêves, des rêves-cauchemars, les arrachent chaque fois à la douce quiétude de l'oasis et les obligent à poursuivre de nouveau leur route dans le désert de la pénible veille (Levillain).

Chez presque tous nos malades, nous avons constaté la rachialgie et l'hyperesthésie spinale ; dans deux cas seulement (deux citadins) nous avons noté de la coccydinie, cette autre variété de l'hyperesthésie, signalée par Beard. La fatigue musculaire, surtout matutinale, s'est rencontrée chez le plus grand nombre de nos malades. Quant aux troubles gastro-intestinaux (inappétence, dyspepsie flatulente, gonflements, borborygmes, constipation, etc...), nous les avons surtout observés chez les névropathes des villes. Les troubles génito-urinaires nous ont paru beaucoup moins fréquents que les signes précédents, à tel point que nous les rangerions volontiers au rang des symptômes

secondaires. Toutefois, quelques hommes, surtout des villes, nous ont signalé de la spermatorrhée : chez les uns, nous avions de l'hyperexcitabilité génitale, chez d'autres au contraire un certain degré d'impuissance. Chez les femmes des deux catégories, nous avons observé très fréquemment de la leucorrhée, moins souvent de la dysménorrhée. Enfin, les troubles de la mentalité présentaient des caractères peu différents dans les deux types de malades que nous étudions. Nous avons toujours rencontré avec plus ou moins d'intensité : l'amnésie, l'aboulie, l'inaptitude au travail, une certaine impotence fonctionnelle du cerveau, l'impressionnabilité, une diminution de l'énergie morale se laissant facilement aller au découragement, les phobies multiples et variées, etc.., etc... Ces derniers phénomènes (phobies), nous les avons cependant observés plus fréquemment chez les citadins. Quant aux symptômes secondaires de la neurasthénie (vertiges, troubles oculaires, auditifs, circulatoires, désordres de la sensibilité et de la motilité, etc...), nous les avons notés indifféremment chez les uns et les autres.

C'est surtout par leur aspect extérieur que les névropathes des villes diffèrent de ceux des champs. Les premiers, en effet, se présentent en général pâles et amaigris, restant peu à la même place, l'œil vif et la face sillonnée de temps à autre de petits mouvements spasmodiques Ils sont plutôt loquaces et répondent à l'interrogatoire médical avec un luxe de détails absolument typique, analysant minutieusement toutes leurs sensations. Les seconds, au contraire, présentent plutôt un certain embonpoint ; beaucoup, surtout des femmes, nous sont arrivés, le visage calme, la face rubiconde et épanouie, de bonne santé. Le médecin éprouve beaucoup de difficultés pour arracher, à ces malades, quelques détails importants et ils parlent de leurs misères avec un flegme tout britannique. Les premiers, tout en discutant quelquefois les prescriptions médicales, vous demandent des explications d'une minutie souvent extravagante et auxquelles vous devez répondre sans hésitation (même par une grosse naïveté) sous peine de passer pour un ignare. Les seconds ne se donnent même pas la peine d'écouter vos recommandations et vos encouragements. Ils entendent vaguement la bonne parole du médecin, le regardent d'un œil calme, et lui disent assez souvent à la fin de son petit discours : « Tout ça ne me soulagera pas, je ne guérirai jamais. » Cet état de découragement nous a semblé beaucoup plus fréquent chez nos névropathes de la campagne. On se bute chez eux à des idées fixes dont rien ne peut les tirer.

A quoi tiennent donc ces deux aspects différents ? Nous avons dit précédemment que les troubles dyspeptiques se rencontraient plus spécialement chez les citadins, probablement parce que ces malades ont surtout une alimentation carnée et partant, sont plus intoxiqués que les autres ; comme on le dit vulgairement, la nourriture ne leur profite pas et ils sont pâles et amaigris. Les campagnards au contraire sont plus végétariens ; ils assimilent mieux, sont moins constipés, et en définitive, présentent moins d'intoxication alimentaire ; voilà pourquoi ils sont plutôt gras et roses. D'autre part, chez les malades de la campagne, la question nourriture joue un rôle important. Au début de l'affection, lorsque le malade se plaint d'insomnie et de céphalée, surtout lorsqu'il sent venir la fatigue musculaire, il insiste tout particulièrement sur les aliments. et mange en général beaucoup, même sans appétit, se disant ou plutôt l'entourage disant avec un air satisfait : « Du moment qu'il mange bien, tout va bien » et le malheureux ne se décide qu'après des mois de malaises à venir consulter un médecin (après un ou plusieurs sorciers) lorsqu'il est devenu tout à fait insupportable aux parents. amis et connaissances. Bien entendu, un médecin ne suffit pas ; il en voit 3, 4,5 et même davantage et le pauvre malade, découragé, n'a plus confiance : voilà pourquoi il vous écoute avec calme et bonhomie. Nous pourrions citer des observations très intéressantes sur ce très vaste sujet : la neurasthénie des villes et des champs ; mais nous ne voulons pas abuser de l'attention de nos lecteurs. Si nous avons tenu à écrire cette petite fantaisie névropathique, c'est que certains points nous ont puru dignes d'être rapportés.

THÉRAPEUTIQUE

Influence de l'hydrothérapie dans les hémorrhagies utérines,

Par le Dr M. Bastin.

L'hydrothérapie n'exerce sur les métrorrhagies une action utile et prolongée qu'à la condition qu'elles soient essentielles, c'est-à-dire indépendantes de lésions pathologiques.

Les métrorrhagies des fausses couches, des endométrites fongueuses, des polypes, des fibromes etc... ne doivent pas être traitées par l'hydrothérapie.

Mais, au contraire, les pertes sanglantes que l'on observe à la ménopause et à la puberté chez les chlorotiques sont justiciables de ce traitement. De même, ces sortes d'hémorrhagies actives que présentent souvent les femmes à tempérament nerveux et dont le système utéro-ovarien est facilement irritable, sont nettement améliorées par l'application externe de l'eau à température variable.

L'hydrothérapie a donc une action très utile contre les métrorrhagies d'ordre fonctionnel. On emploiera tantôt les injections vaginales chaudes et tantôt l'eau froide. Voici quelles en sont les indications précises :

D'une façon générale, quand les pertes sanguines ne sont pas *considérables*, les injections chaudes prolongées plusieurs fois par jour sont fort efficaces. Elles agissent immédiatement sur

la circulation pelvienne et elles arrêtent souvent une métrorrhagie essentielle.

L'hémorrhagie utéro-ovarienne des névropathes est sous la dépendance des centres nerveux médullaires ; aussi la chaleur les modifie nettement. On les traite en appliquant sur la colonne vertébrale un *sac à eau chaude* (Chapman). La chaleur excite les ganglions lombaires dont les filets vaso-moteurs se rendent à l'utérus, il s'établit une vaso-constriction et l'hémorrhagie s'arrête. Le sac à eau chaude, — il vaudrait mieux dire à eau bouillante, — est laissé en place pendant 10 à 15 minutes.

Chez toutes ces malades, il sera utile aussi d'agir sur l'utérus et les annexes par le moyen médical, qui réussit si bien dans les métrites et les annexites habituelles. En faisant, en effet, placer par la malade chaque soir pendant 10 à 15 jours, un ovule Roche à 30 % de thigénol ou bien, ce qui est encore plus commode, en lui mettant, tous les jours ou tous les deux jours, un Tampol au thigénol, on détermine une décongestion progressive de tout le système génital et cette modification circulatoire locale aide puissamment les effets particuliers de l'hydrothérapie. Il se produit, en effet, des écoulements séreux d'abondance variable qui dégorgent les vaisseaux et qui obligent les femmes à se garnir. Cependant lorsque les « tampol Roche » sont employés, les malades n'ont plus à craindre ces écoulements plus ou moins désagréables : ils sont retenus par l'amas de laine aseptique non absorbante placée dans le tube gélatineux du tampol.

L'emploi de l'eau froide a des indications précises : lorsque les hémorrhagies sont fortes, que les malades sont affaiblies et non transportables, on utilise un sac à glace vaginal (Beni-Barde). Ce sac de caoutchouc a la forme d'un spéculum. On l'introduit dans le vagin à l'aide d'une tige rigide, puis on le remplit de petits morceaux de glace et on le ferme. Ainsi traitée, l'hémorrhagie s'arrête rapidement. Mais pour obtenir une action prolongée, il faut, de temps en temps, introduire de nouveaux morceaux de glace et réappliquer le sac. Il en résulte que ce procédé est peu pratique et ne peut être utilisé que dans les très fortes hémorrhagies.

En dehors de ces cas, on a recours à divers moyens hydrothérapiques dont les effets sont parfois suffisants. Aussi le bain de pieds froid à eau courante pendant quelques secondes seulement peut provoquer des contractions de l'utérus qui se vide ainsi des caillots qu'il contient. Parfois, il est utile de faire suivre le pédiluve froid d'une douche également d'eau froide sur tout le corps. On met ainsi en jeu le système vaso-moteur, et la tonicité des vaisseaux se fortifie.

Quand les métrorrhagies sont peu intenses, les douches d'eau froide ou le drap mouillé, *dans l'intervalle des règles*, suffisent à faire cesser le flux sanguin.

Mais, c'est surtout dans ces cas aujourd'hui bien connus de congestion chronique de l'utérus sans métrite véritable que l'hydrothérapie donne de beaux résultats. Chez ces fausses métritiques, l'état congestif s'est établi lentement à la suite de causes générales, fatigues, émotions, traumatismes, chutes, etc. et il existe aussi des troubles chloro-anémiques : l'hydrothérapie est alors un excellent moyen de révulsion qui met en jeu la contractilité et le tonus vasculaire. La circulation utéro-ovarienne se rétablit et l'utérus se décongestionne. Si, en même temps, on utilise l'ovule Roche ou le tampol Roche au thigénol, la *restitutio ad integrum* est plus rapide ainsi qu'en témoigne la réduction du volume et la disparition de la sensibilité de l'utérus.

On emploie, dans ces cas, la douche générale en pluie et les frictions avec le drap mouillé, et les douleurs lombaires fréquemment liées à cet état de congestion chronique disparaissent.

Quand on est à l'époque de la ménopause ou lorsque l'utérus est resté longtemps volumineux, on commence par des douches plus ou moins froides, puis on a recours aux bains de siège à eau courante composés d'eau alternativement chaude et froide, aux douches chaudes, aux douches utérines, enfin à la douche écossaise.

Les bains de siège agissent très favorablement sur la circulation du petit bassin, tandis que les douches générales stimulent la circulation et agissent sur les mouvements vasculaires qui favorisent la résolution des engorgements pelviens.

Ces bains de siège froids doivent être de courte durée, et on les prolonge suivant la tolérance des malades.

D'ailleurs, en ce qui concerne l'hydrothérapie, il ne faut pas être systématique, il faut écouter la malade et ne pas imposer le froid quand le chaud ou le demi-chaud convient mieux aux réactions nerveuses.

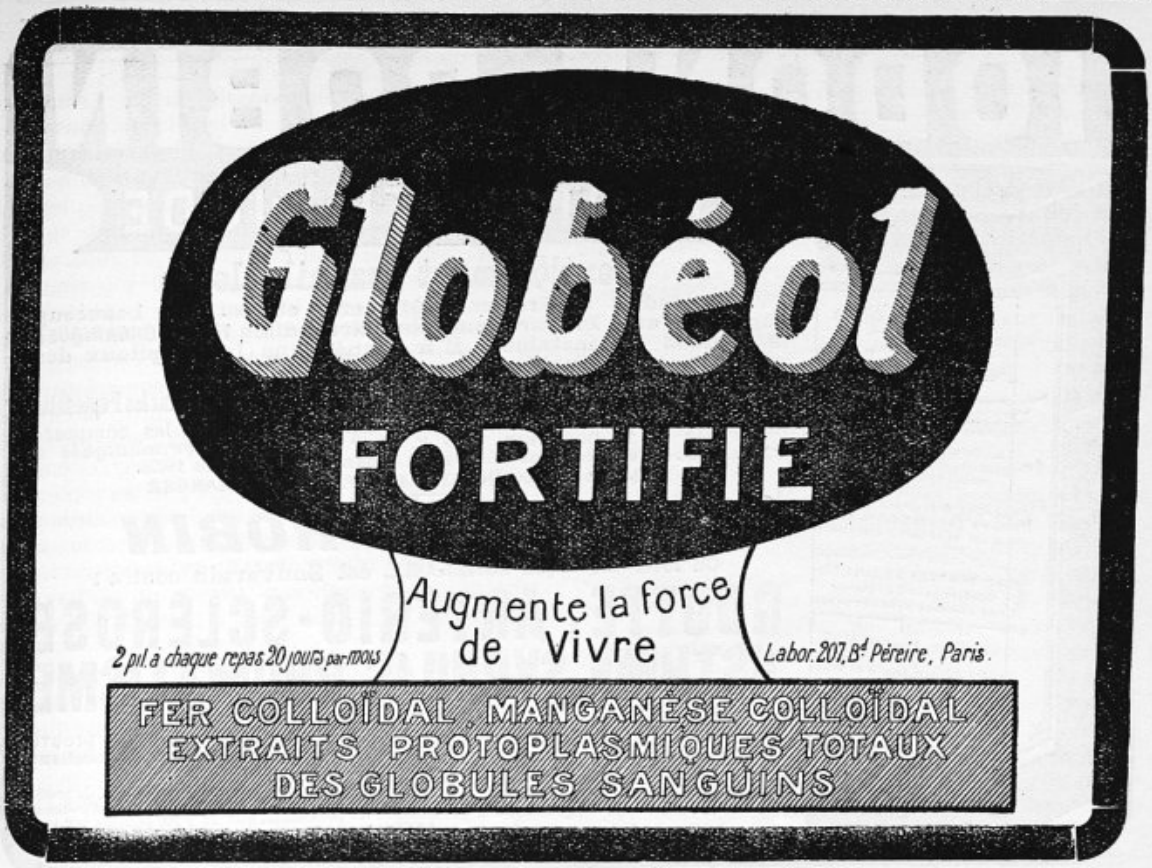
MÉDECINE SOCIALE

Un tuberculeux est-il un « incurable » ?

La loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards âgés de plus de soixante-dix ans, aux infirmes et aux incurables privés de ressources, soulève des problèmes intéressants pour la plupart des praticiens ; elle semble néanmoins délaissée. Voici un de ces problèmes qui m'a paru mériter une discussion : un individu atteint de tuberculose pulmonaire avancée doit-il être admis comme « incurable » ?

Et d'abord que faut-il entendre par un « incurable » ? Il semble tout simple de répondre : un sujet atteint d'une maladie qui ne peut être guérie. Ce n'est cependant pas cela : cette définition est trop large, au sens que l'on donne généralement à ce terme. La loi de 1905 est d'ailleurs muette à cet égard et seules les circulaires ministérielles donnent des aperçus de ce que la loi comprend par cette expression : *incurable*.

La circulaire de M. Clémenceau (16 avril 1906) dit : « On devra aussi distinguer avec soin l'infirmité et l'incurabilité de la maladie même chronique qui reste du ressort de la loi du 15 juil-



TRAITEMENT RADICAL

CONSTIPATION

Migraines, Congestions, Maladies de l'Intestin

UN ou DEUX



Le soir avant dîner

à base de Cascara Sagrada et Podophyllin.

Administration : 64, Boulevard Port-Royal, PARIS

IODONE ROBIN

OU

PEPTONATE D'IODE



entièrement assimilable

Ce produit diffère complètement et est de beaucoup supérieur aux Préparations similaires dites *IODES ORGANIQUES INSOLUBLES* ou instables, il a donné dans les Hôpitaux des résultats remarquables.

Communication à l'Académie des Sciences, par **BERTHELOT** en **1885**, sur les Peptonates

L'**IODONE** a été comparé et étudié dans la Thèse sur les composés iodés par le Dr BOULAIRE, 1906 F. M. P., *qui a été communiquée à l'Académie de Médecine de Paris* (Séance du 26 mars 1907).

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS ET ÉTRANGER

L'IODONE ROBIN

ou IODE ORGANIQUE ASSIMILABLE, est Souverain contre :

GOUTTE, ARTÉRIO-SCLÉROSE ASTHME, SYPHILIS, RHUMATISME

Il ne donne aucune réaction bleue avec l'empois d'amidon, ce qui prouve qu'il n'y a pas d'iode en liberté. *Il est rigoureusement titré et contient 1 centigr. d'iode métallique par 5 gouttes.*

DOSE Se prend dans du lait à jeun ou aux repas, dans du vin, de l'eau édulcorée ou non, de préférence au moment des principaux repas, à la dose de 10 à 100 gouttes, sans effet d'iodisme. 20 gouttes correspondent à 1 gr. d'iodure de potassium, soit 20 à 200 gouttes par jour.

VENTE EN GROS : **13, Rue de Poissy, PARIS.** — DÉTAIL : *PRINCIPALES PHARMACIES.*

TRAITEMENT RATIONNEL & HYGIÉNIQUE DE LA CONSTIPATION HABITUELLE

MARQUE DÉPOSÉE

THAOLAXINE

MARQUE DÉPOSÉE

PAILLETTES CACHETS GRANULÉ
COMPRIMÉS

PRODUIT EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL

RÉGULATEUR DES FONCTIONS INTESTINALES

LAXATIF RÉGIME PAS D'ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES
DURET & RABY
à MARLY-LE-ROI (S.&O.)

ÉCHANTILLONS
& BROCHURES
FRANCO sur DEMANDE

CHOLÉOKINASE

6 à 8
Ovoïdes par jour

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE DE L'ENTÉROCOLITE MUCOMEMBRANEUSE

let 1893 (sur l'Assistance médicale gratuite). Il ne faudrait pas qu'après avoir, par un subterfuge qu'excusait l'humanité, traité comme malades des incurables pour lesquels l'assistance n'était pas encore obligatoire, on fît maintenant passer des malades pour des incurables afin d'atténuer, au détriment de l'Etat, la charge normale des finances communales et départementales... »

La circulaire du 14 juillet 1908 du même ministre dit : « C'est surtout lorsqu'il s'agit de maladies proprement dites que le diagnostic est délicat, et délicate aussi la tâche des collectivités chargées de se prononcer. Il est ici nécessaire d'exiger un certificat descriptif précis, surtout s'il s'agit de tuberculose. Si l'on doit tenir pour certain que la tuberculose est une maladie guérissable, il est non moins certain, malheureusement, que, en l'état actuel de la science, elle ne l'est qu'autant que l'affection a atteint un certain degré... ». Tout cela n'est guère précis !

Heureusement la circulaire de M. Briand du 6 mars 1910 serre de plus près la question : « C'est encore cette loi (sur l'Assistance médicale gratuite) qui est applicable et non la loi de 1905, quand le postulant, atteint d'une maladie plus ou moins lente, *mais non incurable de sa nature*, est arrivé à un point où les médecins désespèrent de la guérison. Cette personne n'est pas une incurable de la loi. Je ne méconnais point que la distinction présente des difficultés ; il faut pourtant la faire sous peine d'arriver à cette conséquence absurde, qu'autrement presque tous les malades, aux approches de la mort, relèveraient de la loi de 1905. Pour différencier les deux cas, la meilleure méthode paraît être de ne regarder comme incurables, dans la signification légale du mot, que ceux dont la place n'est pas dans une salle d'hôpital. »

Voilà donc des précisions : 1° n'est pas « incurable » au sens de la loi, le sujet atteint d'une maladie plus ou moins lente mais non incurable de sa nature, arrivée à un point où les médecins la déclarent inguérissable ; 2° ne sont « incurables » que ceux dont la place n'est pas dans un hôpital.

Si un cancer, l'épilepsie, la paralysie agitante, etc. sont de *nature absolument incurable* en l'état de nos connaissances, on ne saurait en dire autant de la tuberculose pulmonaire, puisque nous avons tous, dans notre clientèle, des tuberculeux bien guéris ; ce qui n'empêche pas qu'un très grand nombre de phtisiques ne guériront point, ainsi que le dit la circulaire de M. Clémenceau sans conclure formellement à leur droit au bénéfice de la loi de 1905. De plus il n'est pas une salle d'hôpital qui n'abrite plusieurs de ces malheureux qui seraient assurément mieux ailleurs, il est vrai. Les deux conditions restrictives, énoncées par la circulaire de M. Briand, sont donc, il me semble, remplies par les phtisiques et, au sens de la loi, ces malheureux, lorsqu'ils se présentent à l'examen du médecin chargé d'établir le certificat exigé aujourd'hui par la loi, doivent être *rejetés* comme étant « malades » et non « incurables », justiciables de la loi sur l'Assistance médicale gratuite et non de la loi de 1905.

Est-ce ainsi que les lecteurs du *Concours médical* ont compris le sens du mot « incurable » ? Je le leur demande.

Dr Ravon.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Les retraites de la vieillesse médicale

Puisque le fait d'être membres de l'A. G., Société de secours mutuels *distribuant à ses membres des pensions supérieures à* 360 *fr.* (!), nous prive des avantages concédés aux retraites ouvrières, puisque nous ne pouvons prétendre ni à la bonification d'intérêt à 4,5 °/₀, ni aux subventions annuelles de l'Etat, la question des retraites de la vieillesse médicale se trouve singulièrement simplifiée.

Point n'est besoin de concevoir une organisation nouvelle, nous avons sous la main la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical Français* : elle est notre œuvre, elle vit, elle a fait ses preuves — elle nous suffira le jour où elle aura apporté à ses statuts une modification légère permettant de souscrire des pensions inférieures à 600 fr., pensions de 100 fr., de 200 fr., de 300 fr., de 400 fr. et de 500 fr. moyennant le paiement de primes correspondantes.

Rien ne sera changé dans son fonctionnement, elle se sera simplement mise à la portée des petites bourses que ses primes relativement élevées écartaient jusqu'à présent.

Et cette solution de la question peut être rapide : le fonctionnement des nouvelles pensions peut commencer au 1er janvier 1911, car l'acquiescement de la Caisse des Pensions peut être d'ores et déjà considéré comme acquis.

Quelles seraient donc les primes à verser suivant les âges d'entrée pour la constitution d'une retraite de 100 fr. à 60 ans d'âge et après quinze années de participation ainsi que le veut la loi ?

Age d'entrée	Capital aliéné	Cap. contre-assuré
25 ans.....	13 »»	16 25
30 —	17 10	21 20
35 —	23 »»	28 25
40 —	32 50	39 20
45 —	49 »»	53 20

Pour les pensions de 200 fr., de 300 fr., de 400 fr. et de 500 fr., il suffirait naturellement de multiplier ces chiffres par 2, 3, 4 ou 5.

Mais l'objection subsisterait de la trop grande cherté de la prime, bien qu'elle soit aussi réduite que possible, si l'A. G. n'intervenait tant par sa Caisse centrale que par les Caisses des Sociétés locales.

Dans quelle mesure l'A. G. peut-elle donc aider à la constitution des retraites de la vieillesse médicale ?

ces millions, mis à contribution par un grand

nombre de nos confrères qui ont échafaudé des projets divers, ne sont pas, je l'ai dit, aussi accessibles qu'on se le figure : la plus grande partie en est immobilisée par des affectations spéciales auxquelles il est matériellement impossible de toucher. Avant tout il convient donc de rechercher à fond comment est constituée cette fortune.

M. le Trésorier général Darras a bien voulu m'adresser, sur ce sujet, le travail suivant dont je ne saurais trop le remercier et que je me reprocherais de ne pas reproduire en son entier :

Au 25 mars 1910, date de la clôture des comptes de l'exercice 1909-1910, la fortune globale de l'Association Générale s'élevait au chiffre de..... 5,649,487 fr. 32

Voilà le chiffre fascinateur ! !

Voyons donc comment il se décompose :

Nous devons, tout d'abord, en déduire le montant des nues-propriétés, qui s'élève à..... 705,430 fr.

Tout le monde sait que les nues-propriétés comprennent des capitaux ou des rentes dont nous n'aurons la jouissance qu'au décès des usufruitiers. Or, pour trois nues-propriétés (Thiboust, Gille et Radou), atteignant ensemble le chiffre de 475,000 fr. en chiffres ronds, les usufruitières n'ont pas 50 ans. Nous n'aurons donc pas — et il faut le souhaiter — la disposition de ces capitaux avant un grand nombre d'années.

En déduisant le montant des nues-propriétés (sept) l'avoir de l'Association Générale se trouve ramené à 4.944.057 fr. 32.

Ce chiffre comprend l'avoir des 94 Sociétés locales, s'élevant :

1° En capitaux, à.....	1.424.915 fr. 36
2° En rentes (7,720 fr.), représentant un capital de.....	250.900 fr.
Les 94 Sociétés locales possèdent donc.....	1.675.815 fr. 66

La majeure partie des rentes appartenant aux sociétés locales représentent des cotisations perpétuées ; elles sont donc inaliénables dans une proportion qu'il ne nous est pas possible de déterminer avec précision, mais que nous pouvons évaluer aux deux tiers environ.

Pour le surplus et pour les capitaux restant à la disposition des sociétés locales, celles-ci consentiraient-elles à les abandonner pour les affecter à un service de pensions de retraite de droit ? Cela nous semble douteux, car il faudrait alors que les Sociétés locales renoncent à accorder des secours à leurs membres, à leurs veuves, à leurs orphelins, pour ne poursuivre qu'un seul et unique but, la retraite de droit. Ce serait faire table rase du passé et changer complètement l'orientation de l'Association Générale. Nos sociétaires y consentiraient-ils ? Il est permis d'en douter.

Donc, si nous écartons l'avoir total des 94 sociétés locales, la fortune administrée par le Conseil Général, qui se trouvait, par la diminution des nues-propriétés, ramenée à 4.944.057 fr. 32, ne comprendra plus que 4.944.057 fr. 32 moins l'avoir total des 94 Sociétés locales : 1,675,815 fr. 66, soit 3,268.241 fr. 66.

De ce chiffre nous devons encore déduire la valeur des immeubles légués par le Docteur Marjolin, restant à vendre à ce jour. Leur valeur peut être estimée à 132,700 francs, mais ce ne peut être là qu'un chiffre approximatif et un chiffre maximum que, nous n'obtiendrions qu'à la condition que de nombreux amateurs se disputent nos terres. La base de notre évaluation a été la capitalisation à 3 %, calculée d'après le revenu net actuel. On ne saurait admettre une capitalisation à un taux inférieur en matière immobilière.

Si la valeur des immeubles Marjolin peut constituer des fonds disponibles, encore faudrait-il que ces immeubles puissent se réaliser facilement. Jusqu'à nouvel ordre, nous ne devons pas faire état de cette valeur, puisque nous ne pouvons pas en disposer.

L'avoir se trouve alors ramené de 3.268.241 fr. 66 à 3.135.541 fr. 66, dont nous devons encore déduire le montant du don fait par Mademoiselle Gille. Selon les volontés de la donatrice, nous ne devons disposer que des revenus. C'est donc encore une somme de 25.470 fr. 16 que nous devons déduire des 3.135 541 fr. 66 ci-dessus et nous arrivons alors à la fortune des trois Caisses administrées par le Conseil Général : Caisse des Fonds généraux, Caisse des Pensions viagères et Allocations annuelles et Caisse des Veuves et Orphelins. Cette fortune s'élève au chiffre de 3.110.071 fr. 50.

Est-elle entièrement disponible et peut-elle le devenir ?

Ici se pose une question préjudicielle dont la solution peut avoir une importance capitale pour l'Association Générale et dont dépend la décision à prendre au sujet de la « retraite de droit ».

La somme de 3.110.070 fr. 50 comprend l'avoir des trois caisses gérées par le Conseil général. L'une d'elles, la Caisse dite des Pensions viagères et Allocations annuelles, a pour but de servir des pensions viagères dites d'assistance aux membres de l'Association « âgés de plus de 50 ans, ayant acquitté la cotisation de puis 15 ans au moins et se trouvant dans l'impossibilité d'exercer la profession médicale » (statuts généraux, art. 32), « infirmes et privés de ressources » (statuts article 34.)

Peut-on et doit-on supprimer ce service de pensions viagères d'assistance qui fonctionne depuis 1874 ? Nous ne le pensons pas.

Mais admettons que la suppression de ce service soit décidée. Nous objecterons alors : 1° que cette suppression ne peut se faire que par voie d'extinction des pensionnés actuels, aucun pouvoir n'ayant le droit de supprimer les pensions en cours, les titulaires eux-mêmes n'ayant pas le droit de faire supprimer leur pension ; 2° les dons et legs importants faits à la Caisse dite des Pensions viagères et Allocations annuelles *avec affectation spéciale* seront détournés de leur destination.

L'administration et les familles des donateurs ne nous créeront-elles pas des difficultés ? Nous ne saurions, aujourd'hui, être affirmatif sur ce point, nous rappellerons seulement, pour démontrer les volontés nettement exprimées par certains donateurs, qu'une nue-propriété s'élevant à 66,000, doit être versée à la Caisse des Pensions viagères et Allocations annuelles au décès de l'usufruitière et que les 2.000 fr. de rente constitués par le donateur doivent, suivant sa volonté expresse, être affectés à la constitution de deux pensions viagères d'assistance de mille francs chacune.

Il ne faut pas oublier que les capitaux et les rentes appartenant à la Caisse des Pensions Viagères ont un caractère d'inaliénabilité ; seuls, les intérêts peuvent être utilisés à servir des pensions.

Peut-on et doit-on supprimer la Caisse des Veuves et Orphelins ?

Répondre par oui à cette question serait supprimer les secours accordés à de très nombreuses veu-

ves et plonger la plupart d'entre elles dans une profonde misère. Nous n'insisterons pas davantage sur les inconvénients d'une pareille suppression, qui nous semblerait une monstruosité et il nous paraît impossible que tous nos sociétaires ne soient pas d'avis de conserver et d'accroître une Caisse qui a rendu et qui est appelée à rendre tant de services à de malheureuses femmes que la disparition du mari ou du père a plongées dans la détresse en le désespoir.

Si ces deux Caisses, Pensions viagères et Veuves et Orphelins sont maintenues intégralement sans aucune modification dans leur fonctionnement, que restera-t-il alors comme fonds disponibles pour être affectés à un service de retraites garanties ? Peu de chose et nous allons le démontrer.

La Caisse des Pensions Viagères possède une fortune totale de..... en y comprenant le capital représentant les rentes lui appartenant.	2.525.743 39
La Caisse des Veuves et Orphelins possède.....	422.071 77
Ces deux caisses ont donc un avoir total de.....	2.947.815 16
Si nous les retranchons des ..... qui restaient	3.110.071 50
Nous avons alors comme fonds disponibles une somme de.....	162.256 34

C'est-à dire l'avoir total de la Caisse des Fonds généraux.

De cette somme, il faut encore déduire 5.000, capital de la rente léguée par le Docteur Mesnet. Et si vous voulez bien remarquer que nous devons toujours avoir en caisse, pour les besoins courants, une dizaine de mille francs au minimum, vous voyez que la somme réellement disponible se réduit à peu de chose, 140.000 francs environ.

Voilà donc à quoi se réduisent les disponibilités des « millions » de l'Association Générale des Médecins !

Il nous a semblé indispensable d'en préciser la répartition.

Nos sociétaires oublient trop facilement qu'ils ne versent qu'une cotisation annuelle de 12 fr. sur laquelle la Caisse des Fonds généraux ne reçoit que le dixième : 1 fr. 20, et qu'ils ne peuvent, raisonnablement, prétendre à un avantage important si cet avantage n'est pas exclusivement réservé à ceux qui ont été appelés les « sinistrés ».

(*A suivre.*) A. Gassot.

La Mutuelle Médicale Française de Retraites.

Nous rappelons à nos lecteurs la *Mutuelle Médicale Française de Retraites*, œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat Médical de l'arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'Association des médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après 50 ans d'âge et 20 ans de participation), soit proportionnelle (après 5 ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er mars dernier, le nombre des Sociétaires (hommes et femmes) s'élevait à 633 ; l'avoir social, à 159.443 fr. 61.

La veuve d'un Sociétaire (y ayant droit) est retraitée à 375 fr. pour l'année 1910, un Sociétaire infirme à 450 fr. et une autre veuve à 600 fr.

S'adresser au Secrétaire, Dr Terrien, à Varenne, pour tous renseignements.

COMITÉS DÉPARTEMENTAUX

du « Concours Médical ».

Groupement d'Ille-et-Vilaine

Rennes, le 27 juin 1910.

Le 27 juin dernier, a eu lieu à Rennes, au restaurant de la Maison Dorée, une réunion organisée par le *Concours médical* dans le but de procéder à l'organisation des Comités départementaux. Les sympathiques directeurs du *Concours médical*, Dr Jeanne et Dr Maurat, et l'honorable Dr Roger, correspondant du *Concours* et fondateur du Syndicat général des médecins d'Ille-et-Vilaine, présidaient la séance.

Par suite de circonstances très imprévues, et que tous regrettèrent, entre autres par suite de la maladie de l'aimable et sympathique confrère le Dr Patay, qui avait d'abord été chargé de l'organisation de cette réunion, les convocations parvinrent aux intéressés 48 heures à peine avant la réunion. Beaucoup de confrères ne purent prendre à temps leurs dispositions pour pouvoir se rendre à l'invitation qui leur avait été faite.

Malgré cela, de tous les points du département, étaient venus de nombreux confrères, qui, par leur présence, avaient tenu à apporter un gage de sympathie et d'intérêt aux vaillants et infatigables confrères qui, comme Jeanne, Maurat et tant d'autres, ne ménagent ni leur temps, ni leur peine, pour l'organisation des œuvres de défense professionnelle et de prévoyance médicale.

Parmi les médecins présents nous citerons :

Docteurs Bréal, de Janzé ; Boivin, de Bruz ; Chesnais, de St-Aubin-du-Cormier, vice-président du Syndicat d'Ille-et-Vilaine ; Collet, de Montfort ; Carlo et de Caze, de Plélan ; Cocar, de Cancale ; Deschamps, de Rennes, ancien président de l'Association des médecins et du Syndicat d'Ille-et-Vilaine ; Guibourg, de Venefles ; Ganche, de Montreuil-sur-Ille ; Gateau, de Mordelles ; Herbert, de Liffré ; Gandon de Bourg-des-Comptes ; Huchet, de Rennes ; Joly, de Bruz ; Kérambrun, de Hédé ; Leborgne, d'Acigné ; Le Maignan de Kérangal, de Pleine-Fougères ; Mahé, de Gévezé ; Maudet, de Louvigné-de-Bais ; Pirault, de Rennes ; Saucet, de Saint-Jean-sur-Vilaine ; Sevin, de Hédé ; Regnault père, de Rennes ; et d'autres encore dont les noms

nous échappent, et qui nous excuseront de cette omission bien involontaire.

S'étaient excusés : les Drs Patay, président de l'Association des médecins et vice-président du Syndicat d'Ille-et-Vilaine ; Leray, de Rennes ; Lechaux, de Dingé ; Vallée, de La Guerche ; de Tersannes, de St-Méen, etc.

Le Dr Jeanne prend la parole et remercie d'abord le Dr Roger des termes élogieux dans lesquels celui-ci venait de le présenter à l'Assemblée ; il adresse ensuite tous ses remerciements aux confrères d'Ille-et-Vilaine pour l'accueil si cordial qu'ils venaient de lui faire.

Puis, dans une improvisation fort goûtée de tous, il expose le but du voyage en rappelant la décision prise par le Conseil de Direction du *Concours médical*, d'organiser les Comités départementaux, afin, dit-il, d'activer l'organisation de toutes les œuvres de défense et de prévoyance médicales qui constituent les filiales du *Concours*, de leur recruter des adhérents, et pour cela de mettre à contribution les confrères actifs qu'anime tant de bonne volonté et auxquels ne manque, pour aller de l'avant, qu'une organisation méthodique.

Il faut donc d'abord choisir parmi ces confrères actifs, syndiqués on non, ceux qui, convaincus plus que tous autres des nécessités de l'Union entre médecins (union devenue chaque jour plus nécessaire, par suite des exigences de la Société et des sociétés envers le Corps médical, des difficultés morales et matérielles sans cesse accrues de l'exercice de notre profession), sont prêts à se faire, suivant l'expression du Dr Boudin, les apôtres et même les commis-voyageurs du Concours, pour faire signer les feuilles d'adhésion aux œuvres.

Après avoir rappelé en termes aussi clairs que concis, ce qu'est le *Concours médical*, ses débuts laborieux sous les auspices du regretté Dr Cézilly, son fondateur, les immenses services rendus à tout le corps médical par cet organe d'études, le Dr Jeanne passa rapidement en revue les filiales du Concours, leurs buts, leur fonctionnement.

Le « Sou Médical », pour lequel le Dr Jeanne paraît avoir une affection toute spéciale, c'est un peu son enfant et le benjamin de toutes les filiales, retint davantage le conférencier, et c'était justice, les services rendus à beaucoup d'entre nous et à tout le corps médical ne se comptent plus.

Au cours de cette intéressante causerie que tous suivaient avec une attention soutenue, le Dr Jeanne rappela la fondation des syndicats médicaux, les difficultés de leurs débuts, leurs progrès incessants en nombre et en importance, et enfin, les résultats inappréciables que, secondés par le *Concours médical*, par ses filiales et par l'Union des Syndicats médicaux, ils obtinrent dans leur lutte opiniâtre et tenace contre les pouvoirs publics, les Sociétés mutuelles, les Compagnies d'assurances et aussi le public, pour lesquels le corps médical reste toujours taillable et corvéable à merci.

Mais les résultats obtenus sont insuffisants ; les Syndicats médicaux peuvent et doivent donner plus encore, à la condition d'être fortement organisés. Le sont-ils ? Hélas ! pas toujours, il leur manque des sanctions sans lesquelles pas de résolutions qui tiennent, pas de cohésion, pas de force ni de vitalité. Avec des sanctions, les décisions prises souvent à l'unanimité ne resteront plus vaines ou inutiles, comme elles le sont trop souvent. Avec des sanctions, les timides, les platoniques et aussi les perfides, car il en existe hélas ! réfléchiront ; ils oublieront moins vite les belles promesses, les engagements pris en assemblée. Et puis, si ces sanctions les gênent ou leur pèsent, ils s'en iront. Le Syndicat ainsi amputé gagnera en force ce qu'il perdra en nombre, c'est lui qui continuera à traiter avec les pouvoirs publics, avec les Sociétés. Les isolés resteront voués à l'impuissance. La discipline et l'action sont indispensables à un Syndicat qui veut vivre et prospérer, elles sont les élémnents nécessaires pour son succès.

Le Confrère Jeanne fut fort applaudi et procéda aussitôt à la nomination des membres du Comité :

Furent désignés :

Arrondissement de Rennes : Drs Roger, Patay, Herbert, Bréal et Boivin ; de Fougères : Chesnais, Gâtel-Bourdeau ; St-Malo : Cocar, Hervot, Noury ; de Montfort : de Caze, Simonneau ; de Redon : Gandon, Fras, Gascon ; de Vitré : Maudet, Martinet.

Puis sur l'invitation aussi habile que pressante du Dr Maurat qui, lui aussi, aime autant les faits que les intentions, le carnet d'adhésion au « Sou médical » fut ouvert et signé par de nombreux confrères que la chaude parole du Dr Jeanne avait convaincus.

Le champagne fut offert aux sympathiques conférenciers, et quelques toasts furent portés à la santé des confrères présents et absents, à celle des organisateurs de cette réunion si cordiale, et à la prospérité des œuvres de défense et de prévoyance médicales. Le Dr Maurat exprima le regret de n'avoir pu assister, comme il l'eût tant désiré, au déjeuner intime qui, rapidement organisé par un des confrères présents, avait réuni autour d'une table fort bien servie par la Maison Dorée, une quinzaine de confrères, tous fidèles assidus des réunions médicales et des agapes confraternelles qui suivent habituellement ces réunions.

Tous se séparèrent, pressés par l'heure du retour, emportant de cette journée le plus agréable souvenir, et non sans avoir remercié chaleureusement les Drs Jeanne et Maurat du plaisir qu'ils leur avaient procuré, et leur avoir exprimé le désir et l'espoir de les voir bientôt revenir au milieu d'eux.

Dr Boivin,
Délégué du Comité d'Ille-et-Vilaine.

CORRESPONDANCE

A propos des honoraires d'expertise accidents du travail.

Mon cher Confrère,

Au nº 23 du *Concours médical*, je lis votre « chronique des accidents du travail » et vois avec quelque satisfaction votre façon de traiter la question des expertises médicales.

Je pourrais vous narrer ici la singulière façon dont notre actuel Président du Tribunal d'A. crut devoir réduire un mémoire d'honoraires se rapportant à une autopsie après exhumation (faite sur un malheureux sinistré décédé depuis 45 jours), mais je me bornerai à vous dire, puisque vous m'y invitez, que ce fut pour moi l'occasion de porter cette question d'honoraires à notre Syndicat et de faire accepter par mes collègues un tarif que voici, et tel que le mentionne le procès-verbal de notre réunion du 15 avril 1907 .

« .... M. le Dr P... fait observer combien il lui paraît peu conforme à la variété des cas d'expertise de les soumettre indistinctement à des honoraires trop uniformément tarifés, que, selon lui, il y avait lieu de faire entrer en ligne de compte une appréciation consciencieuse des difficultés inhérentes aux diverses opérations, que, toutefois, ces évaluations d'honoraires devaient être contenues dans des limites jugées convenables et acceptées comme telles par tous les membres du Syndicat.

« A l'effet d'arrêter ces limites de par une décision commune, M. le Dr P... proposait le tarif suivant applicable surtout aux expertises collectives :

1º Expertise simple sans déplacement, 50 à 100 fr. ;

2º Expertise avec déplacement et nécessitant un jour d'absence, 100 à 150 fr. ;

3º Expertise avec autopsie ordinaire, 200 fr. ;

4º Expertise avec autopsie après exhumation, 300 fr.

Dans le cas d'expertise non collective, c'est-à-dire, où il n'y aurait de désigné qu'un seul expert, celui-ci baserait ses évaluations d'après les deux tiers de l'entière somme représentant les honoraires de trois experts. »

Daignez agréer, mon cher confrère, mes meilleurs sentiments.

Dr P.

VARIÉTÉS

La santé morale du médecin.

Pas n'est besoin d'avoir un flair spécial pour s'apercevoir qu'il existe un malaise profond dans la corporation. En voyant les médecins cheminer, taciturnes et absorbés, sur des routes de plus en plus arides, de plus en plus encombrées, un observateur même superficiel découvrirait vite qu'il y a de l'angoisse dans les esprits, qu'on y est préoccupé du présent qui est sombre, aussi bien que du lendemain plein d'insécurité.

Ce souci est fort légitime ; mais il a pour résultat de stimuler quelques-uns des nôtres, ce qui est heureux, et d'abattre le plus grand nombre, ce qui est regrettable.

A côté des confrères qui tiennent à se faire une place au soleil, qui s'agitent loyalement et veulent qu'on reconnaisse leur mérite, qu'on utilise leur désir extrême de dévouement, — il en est d'autres, aigris, désenchantés, victimes peut-être de manœuvres louches et de dénigrements mesquins, peu équitables, qui restent irrésolus, hésitants, sans fermeté, en exagérant la passivité de la dignité, dans l'inertie.

Au lieu de s'affilier à un syndicat, à une des nombreuses œuvres de protection médicale, de subir avec empressement l'influence d'une volonté plus vibrante, ils restent à l'écart, se laissent aller à des tergiversations, non seulement stériles, sans profit pour personne, mais, ce qui est plus grave, vraiment contagieuses pour les timorés du voisinage qui ont toujours peur de s'engager dans une voie nouvelle, qui ne cessent de répéter : pas encore, plus tard, attendons, alors qu'il est devenu urgent d'emboîter le pas pour une action collective.

Il est urgent de leur crier : « casse-cou », de secouer les torpeurs indifférentes, les appréhensions pusillanimes, d'empêcher les déchéances menaçantes, de provoquer le dégel de certaines mentalités inquiètes et inquiétantes.

Je ne veux même pas me souvenir que l'alcoolisme sévit dans notre monde, comme dans les autres, et c'est bien à tort qu'on lui demande l'oubli dans les demeures qui abritent l'infortune et le découragement.

Que ceux qui le peuvent, ceux qui ont le verbe et la sève (comptons sur eux plutôt que sur les favorisés de la corporation, à l'abri des orages, dans leur quiétude bien assise) s'attachent fraternellement à refaire l'éducation de la volonté de ces trembleurs, si faciles à domestiquer, à museler, qui se laisseraient imposer une livrée pour un fixe dérisoire, pour un salaire de famine (ô folie des candeurs !)

Il importe de les entraîner, un peu malgré eux au besoin, vers la terre promise, c'est-à-dire vers la transformation, vers un avenir plus rassurant, plus confortable, plus laborieux peut-être, mais aussi plus rémunérateur.

Je reste à dessein dans les généralités, mais vous me comprenez certainement et vous savez bien ce que je veux dire : s'il y a de la gêne, de la contrainte un peu partout, en haut comme en bas, sur les sommets, dans les bas-fonds, c'est faute d'un peu plus d'entente, d'un peu plus de franchise et de cordialité. On se plaint mutuellement les uns des autres, au lieu de s'expliquer une bonne fois, et, après avoir dissipé soupçons et préventions, de former un bloc compact pour tenir tête aux exploiteurs de tout acabit et s'imposer aux pouvoirs publics, si indifférents lorsqu'on ne se fâche pas, lorsqu'on ne montre pas les crocs.

Aux praticiens désemparés qui seraient disposés à rejeter le fardeau, ne cessons de répéter avec une compassion marquée pour leurs peines : « Frères, il faut vivre ! Relevez-vous et en avant pour une nouvelle croisade ! Vite, une diversion, un dérivatif ; plus de faiblesse, d'excès de sensibilité ; chassez les papillons noirs. Regardez autour de vous, vous n'êtes plus seuls dans la vie, vous avez des compagnons de route à vos côtés ; une formidable levée de boucliers se prépare. »

Puisqu'on ne s'incline que devant le nombre, que devant les associations, voilà des milliers de cerveaux unis par les mêmes aspirations qui s'apprêtent à manifester en faveur de vos droits, pour rénover la médecine, transformer ses programmes et la faire honorer comme elle le mérite, sans rien abandonner des habitudes philanthropiques, qui furent toujours en honneur dans nos phalanges.

L'exploitation de l'Etat, des municipalités, des mutualités, etc., cessera forcément et vous pourrez espérer (patiemment ou impatiemment, peu importe) de ne pas quitter cette planète en laissant les vôtres dans la misère.

On ne cesse de parler de nos devoirs envers le public, envers nos malades, et jamais de nos droits. C'est le contraire de ce qui a lieu pour le peuple, qui ne cesse de se plaindre, de revendiquer ceci ou cela, mais qui ne semble pas se douter qu'il y a une contre-partie nécessaire ?

Nous ne demandons pas mieux que de nous souvenir que l'objet principal de la profession médicale est de faire du bien à l'humanité dolente, que cette profession possède une certaine prééminence sur les autres, précisément parce qu'elle exige de nous d'élever l'intérêt d'autrui au-dessus du sien propre, de braver les dégoûts et les fatigues, de risquer sa vie pour le salut de ses semblables ; mais, comme l'a dit Dechambre (Le médecin, devoirs privés et publics) : « Par cela même que la médecine est respectable, elle a le droit de se faire respecter ; par cela même qu'elle rend des services, elle a le droit de demander qu'on veuille bien compter avec elle. Le dévouement du médecin, l'abnégation même absolue qu'il doit s'imposer en beaucoup de circonstances n'empêchent pas que son art s'exerce, comme les autres, sur la base d'un contrat entre lui et la Société, et, s'il se sent élevé au-dessus des termes vulgaires de ce contrat, ce n'est pas une raison pour qu'il laisse à la Société toute liberté d'y manquer. »

Ceci s'adresse plus particulièrement aux débutants, qui sont pressés de gagner, qui font des visites à n'importe quel prix et se précipitent sur des fixes grotesques, malgré les objurgations du *Concours*, qui ne cesse de dénoncer la duperie. Ils s'apercevront trop tard de l'erreur commise, mais seulement après s'être nui à eux-mêmes d'abord et ensuite après avoir porté atteinte à la liste civile d'autrui.

On dit bien que plaie d'argent n'est pas mortelle, mais elle n'est pas à dédaigner non plus, et, puisque tout renchérit, il s'agit de s'entendre pour y échapper, sans se laisser aller pour cela à la lassitude, à la somnolence, sans devenir routinier et se désintéresser des nouveautés, comme auraient une tendance à le faire les anciens. On ne doit, du reste, jamais considérer son éducation médicale comme achevée et il reste toujours à apprendre. Au lieu de s'assombrir, qu'ils conservent donc cette égalité d'humeur, cette bienséance de jadis, qui leur furent si profitable, « le bon ton de la simplicité sans abandon, de l'urbanité sans affectation, et de la gravité sans refrognement ».

Ce n'est pas pour le vain plaisir de prêcher en dehors du carême qu'il faut dire à tel médecin, qui s'abandonne, qui est sur le point de secouer toute discipline morale, qu'il doit se reprendre, devenir un homme nouveau à la fois tout frais et tout chaud, ne pas s'enlizer davantage, se sauver consécutivement de la misère et du dédain.

Il n'y a pas à se le dissimuler, pour diverses raisons et à la suite de certains scandales, nous avons une mauvaise presse depuis quelques mois. Nombre de journalistes aux ingérences prétentieuses, qui voudraient être soignés pour rien, ou à qui nos soins n'ont pas permis de continuer l'existence ... agitée, familière à leurs pairs, ont la dent ou la plume un peu acerbe pour les fils d'Hippocrate. Même au temps de Molière, aux jours les plus sombres de notre histoire, jamais nous n'avons eu à lutter autant contre la médisance ou la calomnie.

Il se passe pour nous ce qui se produit pour les membres du clergé ou de la magistrature : leurs peccadilles prennent de suite une importance extrême. On est indigné pour le moindre manquement à la vertu, alors qu'on se montre tolérant pour d'autres mortels, qui ont eu des aventures beaucoup plus graves.

C'est le cas de répéter avec une légère variante : aux qualités qu'on exige d'un médecin, combien de gratte-papier seraient dignes de l'être !

Raison de plus pour nous tenir sur la défensive et ne pas décevoir les esprits délicats, dont la supériorité aurait seule le droit de se montrer sévère.

Raison de plus pour serrer les rangs, pour rester unis et résister en masse à nos adversaires, devant lesquels nous pouvons lever la tête, sans nous croire indignes et déchus si la faiblesse humaine ne nous permet pas d'être tous de petites perfections !

Dr GRELLETY (de Vichy).

JURISPRUDENCE MÉDICALE

JUSTICE DE PAIX DE GRANVILLE (Manche).

27 *mai* 1910.

Annulation de police d'assurance souscrite par un médecin à la suite de manœuvres dolosives. Condamnation de l'assureur à des dommages-intérêts.

Attendu qu'il y a lieu, tout d'abord, de rechercher si le Juge de Paix du canton de Granville est compétent ;

Attendu qu'aux termes de l'article 1er de la loi

du 12 juillet 1905, les juges de Paix connaissent de toutes les actions purement personnelles et mobilières, jusqu'à 300 francs en dernier ressort et à charge d'appel jusqu'à la somme de 600 francs ;

Attendu que le Syndicat des commerçants et Industriels de France a cité le 18 février dernier le docteur Vallais en paiement : 1° d'une somme de 70 francs 10 centimes, montant de la quittance échue du 20 mai 1909 ; 2° d'une autre somme de 70 francs 10 centimes pour indemnité de la résiliation consentie devant le Juge de paix à l'audience du 8 octobre dernier ; 3° en 200 francs à titre de dommages-intérêts, et aux dépens ;

Attendu qu'il y a lieu, tout d'abord, d'écarter le deuxième chef de la demande, aucune résiliation amiable n'ayant été consentie devant le Juge de Paix à l'audience du 8 octobre dernier, le mandataire du défendeur, en présence des offres de transaction proposées par le mandataire du Syndicat, s'étant contenté de déclarer qu'il en référerait à son mandant ;

Attendu qu'il y a lieu, ceci dit, d'examiner seulement le premier et le troisième chef de la demande, c'est-à-dire le paiement de la prime de 1909, s'élevant à 70 francs 10 centimes, et la demande en 200 francs de dommages-intérêts avec les dépens ;

Attendu que le Juge de Paix est incontestablement compétent pour statuer sur la demande du Syndicat ;

Attendu que M. le Dr Vallais, de son côté, a conclu qu'il plaise au Juge de Paix :

En déboutant le Syndicat des commerçants et Industriels de France, prononcer la résiliation du contrat aux torts et griefs du Syndicat, dépens à la charge de ce dernier ;

Aux offres de toutes preuves utiles, en cas de méconnaissance, et notamment de prouver par témoins : « que lors de la signature du contrat « par le concluant, il fut bien convenu que le con- « cluant et deux de ses confrères à Granville, de- « vaient être les seuls médecins de la section que le « syndicat devait créer à Granville, et que c'est « sur cette promesse formelle que le concluant « contracta l'assurance dont s'agit » ;

Attendu qu'il y a lieu, tout d'abord, de rechercher si le Juge compétent pour la demande formée par le Syndicat contre le Dr Vallais, doit rester saisi du différend en présence des conclusions de ce dernier tendant à la résolution du contrat d'assurances du 12 mai 1908 ;

Attendu que le Syndicat des commerçants et Industriels de France, dont le siège social se trouve n° 19, rue Auber, à Paris, se qualifie : « Association Mutuelle d'Assistance, de Prévoyance et d'Assurances », en l'espèce « Assurance-Maladie ».

Attendu qu'il est de doctrine et de jurisprudence constantes qu'en matière de contrats d'assurances mutuelles avec primes variables et de durée indéterminée, comme en matière d'assurances mutuelles, avec primes fixes, mais avec une durée de contrat indéterminée, le Juge de paix n'est point compétent (voir notamment un arrêt de la Cour de Cassation du 10 décembre 1888, Sirey 1889-1209 ; Cassation, 27 novembre 1888. Sirey 1890-1521) ;

Mais attendu dans l'espèce qui nous occupe que la prime annuelle n'est point variable puisque d'un commun accord elle est fixée à la somme de 70 francs par an ; que d'un autre côté, sous l'article 8 de la police, on lit ceci : « Toute adhésion est donnée pour la durée de la Société, avec faculté de résiliation quinquennale ;

Tout sociétaire qui n'aura point fait connaître à la Société par lettre recommandée et six mois au moins à l'avance, son intention de faire cesser son engagement, sera maintenu de plein droit pour une nouvelle période quinquennale » ;

Attendu qu'il résulte clairement de cet article 8, que tout adhérent au Syndicat ne se trouve lié que pour une période de cinq années seulement, sauf à continuer ou à annuler le contrat dans les conditions spécifiées audit article ;

Attendu que, d'ailleurs, cette clause est d'ordre public, et conforme à l'article 23 du décret du 22 janvier 1868 qui règle la matière. (Paris 22 juin 1901, D. P. 5-52) ;

Attendu que si la durée du contrat est limitée, si la prime annuelle est fixée à une somme forfaitaire, et si aussi la totalisation des primes à payer pendant la période de cinq années, ne dépasse point la somme de 600 francs, le Juge de Paix se trouve compétent en premier ressort ;

Attendu que le contrat d'assurances Vallais, en date du 12 mai 1908 est fait pour une période de cinq années, sauf renouvellement dans les conditions stipulées à l'article 8 de la police ; que la prime annuelle est de 70 francs ; qu'en totalisant les cinq primes annuelles on obtient le chiffre de 350 francs ; que dans ces conditions, et par application des principes visés ci-dessus, le Juge de Paix de Granville, quoiqu'en dise le Syndicat, est bien compétent pour connaître de l'action, et doit statuer sur le différend qui lui est soumis (Cassation, 4 mars 1891. Sirey, 1891, 1.108.) ;

Au Fond :

Attendu que le Syndicat par application du contrat signé par le défendeur à la date du 12 mai 1908, demande contre le Dr Vallais condamnation au paiement d'une somme de 70 francs représentant le montant de la prime échue du 20 mai 1909, et de 200 francs à titre de dommages-intérêts avec tous les dépens ;

Attendu que le Dr Vallais conclut de son côté au débouté de la demande avec résiliation de la police d'assurances, aux torts et griefs du Syndicat, et à sa condamnation en tous les dépens ;

Et subsidiairement à prouver par témoins : que, « lors de la signature du contrat par le Dr Vallais, il fut bien convenu que ce dernier et deux de ses confrères de Granville, devaient être les seuls médecins de la section que le Syndicat devait créer à Granville, et que c'est sur cette promesse formelle que le concluant contracta l'assurance dont s'agit » ;

Attendu que les faits articulés étant pertinents et concluants et de nature à éclairer la religion du juge sur les conditions dans lesquelles l'assurance fut contractée par le Dr Vallais, Nous Juge

de paix, avons par notre jugement interlocutoire en date du 25 mars dernier autorisé le défendeur, tous moyens réservés au fond, à faire la preuve des faits articulés par lui, et fixé l'enquête et la contre-enquête à l'audience du 15 avril suivant :

Attendu qu'à la dite date l'enquête a eu lieu, sans contre-enquête, le Syndicat n'ayant cité aucun témoin ;

Attendu qu'à l'audience du 29 avril, les parties ont conclu au fond en maintenant leurs précédentes conclusions ; de plus, à titre subsidiaire et pour le cas où la résiliation de la police ne serait point prononcée, le défendeur, arguant d'une maladie qui l'aurait retenu pendant un certain nombre de jours, a conclu, toute compensation opérée avec la prime due pour l'année 1909, au paiement de la somme de 39 francs 90 centimes ;

Attendu qu'il y a lieu maintenant de rechercher par les témoignages reçus, si le Dr Vallais a fait ou non la preuve des faits articulés à l'audience précédente ;

(*Suivent l'analyse et la discussion de l'enquête.*)

Attendu qu'il résulte bien de l'ensemble de ces témoignages, émanant de personnes d'une honorabilité parfaite, que le Syndicat, alors qu'il mettait tant d'empressement à obtenir, *grâce à des manœuvres qu'on peut qualifier de dolosives*, les signatures des médecins et pharmaciens de Granville et ailleurs, n'a fait aucune démarche, aucune tentative près du public, pour recueillir des adhésions qui auraient formé les sections annoncées ;

Attendu qu'il est donc bien établi, en fait, que le Dr Vallais n'a consenti à s'assurer qu'à la double condition que le Syndicat créerait à Granville une section et qu'il serait l'un des trois médecins chargés de donner leurs soins aux assurés dudit Syndicat ;

Attendu, en droit, qu'aux termes des articles 1168 et 1175 du code civil combinés, que la condition est un événement futur duquel doit dépendre l'existence d'un acte juridique, et que cette condition doit se trouver réalisée conformément à la volonté et à l'intention des parties contractantes ;

Attendu que le Dr Vallais, en signant, le 12 mai 1908, sa police d'assurances, subordonnait son engagement à la création dans Granville, d'une section du Syndicat des commerçants et Industriels de France, section qui n'a jamais été créée, pour cette bonne raison que le Syndicat n'a rien tenté pour le faire ;

Attendu qu'aux termes de l'article 1184 du Code Civil, la condition résolutoire est toujours sous-entendue dans les contrats synallagmatiques si l'une des parties contractantes ne satisfait point à ses engagements ;

Que tel étant le cas du Syndicat, il y a lieu de faire droit aux conclusions du Dr Vallais, tendant à de justes dommages-intérêts ; qu'en effet puisque le Syndicat n'a point créé à Granville la 1638e section promise, il était de la plus vulgaire honnêteté de rembourser au Dr Vallais la première prime versée, et d'annuler l'assurance consentie comme étant sans objet ; qu'au lieu d'agir ainsi, le Syndicat lui a fait un procès vexatoire au premier chef, dans le but manifeste de lui nuire comme homme et comme médecin ; qu'il est donc juste de lui accorder des dommages-intérêts qui lui permettront de recouvrer la somme qu'il a versée indûment en 1908 avec celles que lui nécessiteront le procès actuel ;

Attendu que les dépens sont dus par la partie qui succombe ;

Par ces motifs, Nous Juge de Paix :

Statuant contradictoirement et en premier ressort ;

Repoussant le surplus des conclusions des parties en ce qu'elles auraient de contraire au présent jugement.

En disant bonne, valable et concluante l'enquête faite par le Dr Vallais, déclarons résolu, avec toutes les conséquences de droit, le contrat d'assurances consenti par le Dr Vallais, à la date du 12 mai 1908 au profit du Syndicat des commerçants et Industriels de France ; condamnons celui-ci vu sa mauvaise foi, en 100 francs de dommages-intérêts envers le Dr Vallais, le condamnons enfin en tous les dépens sans exception ni réserves.

Note. — La décision ci-dessus est à rapprocher de celle rendue dans le même sens et contre la même Société d'Assurances par le Tribunal civil de Saint-Calais (Sarthe), le 28 janvier 1910 (*Concours médical*, 1910, n° 10, p. 218).

L'un et l'autre de ces jugements ont été frappés d'appel par le Syndicat des Commerçants et Industriels de France.

Le « Sou Médical » a accordé son appui pécuniaire devant la juridiction d'appel à MM. les Drs Renault et Vallais, qui en étaient membres avant la naissance du litige.

BIBLIOGRAPHIE

De la confusion des rôles du médecin expert et du médecin traitant dans la loi sur les accidents du travail. *Incompatibilité de ces rôles*, par les docteurs J. VANVERTS et LEVALLOIS. Une brochure de 45 pages. (Vigot frères, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 23, Paris.)

Les auteurs critiquent, dans ce mémoire, la loi de 1898, au point de vue de son organisation médicale. Ils démontrent que le vice principal de cette loi réside dans la confusion faite, par le législateur, entre le rôle du médecin traitant et celui du médecin délivrant des certificats. Ce dernier doit, en effet, être considéré comme un véritable expert, non tenu au secret médical et indépendant du patron aussi bien que l'ouvrier. Or c'est au médecin traitant, pour qui l'obligation du secret médical est absolue et dont l'indépendance n'est pas complète vis-à-vis du patron ou de l'ouvrier, que la loi confie le soin de rédiger les certificats en matière d'accidents du travail.

La séparation complète des deux rôles pour chaque accident du travail permettrait l'établissement de certificats impartiaux et complets et la défense équitable des intérêts en présence.

REPORTAGE MÉDICAL

La décoration de la Légion d'honneur pour les médecins assurant à titre gratuit le service médical de la gendarmerie. — Un document officiel, très instructif et, le cas échéant, très utile..., afin que nul n'en ignore !

Extrait de la Circulaire ministérielle du 1er août 1909.

« Art. 92. Les propositions faites pour la Légion d'honneur en faveur des médecins, pharmaciens et vétérinaires civils qui, *pendant trente ans au moins*, ont rendu des services à la gendarmerie, sont établies par le général inspecteur.

« Ces propositions, accompagnées d'un rapport particulier, sont établies après entente avec l'autorité administrative ; les avis écrits des préfets doivent y être joints.

« Il importe qu'elles aient *un caractère tout confidentiel, afin de ne pas faire concevoir aux médecins, pharmaciens ou vétérinaires qui sauraient en être l'objet, des espérances pouvant ne pas se réaliser.*

« En outre, *en raison du chiffre extrêmement restreint des récompenses décernées à ce titre*, le nombre des présentations devra *être très limité*. »

Le Président Fallières à Châtel-Guyon. — Le Président est arrivé à Châtel le dimanche 3 juillet, à 5 heures du soir avec les ministres de la guerre et du commerce.

La pluie avait fait trève et M. Fallières put à loisir goûter le pittoresque du paysage, s'arrêter devant les sources bouillonnantes des buvettes et visiter en totalité les Grands Thermes dont il admira la fière ordonnance générale ainsi que le luxe et le confort des installations.

En sablant un vin d'honneur dans la grande salle des Fêtes du Casino, le Président leva son verre « au plus grand Châtel-Guyon et promit de revenir en 1912 inaugurer le Chemin de Fer.

Et il repartit à 7 heures, ravi des hommes et des choses, parmi les ovations enthousiastes des habitants et des baigneurs.

Les exécutions capitales. — Une proposition de loi adoptée par le Sénat relative à la suppression de la publicité des exécutions capitales a été transmise dernièrement au Palais-Bourbon.

D'après cette proposition, l'exécution se ferait au chef-lieu de la Cour d'assises, dans l'enceinte de la prison la plus voisine qui serait désignée sur un tableau préalablement dressé par un arrêté du Ministre de l'Intérieur.

L'exécution aurait lieu en présence d'un délégué du préfet, d'un officier d'un ministère public, d'un greffier de la Cour d'assises, du directeur de la circonscription pénitentiaire, du médecin de la prison, du commandant de la gendarmerie, du commissaire central et du commissaire de police.

Seraient admis les ministres des divers cultes, les magistrats, les médecins légistes, les professeurs des Facultés et Ecoles de médecine, les docteurs en médecine autorisés par le procureur général, le défenseur et les membres du Conseil de l'Ordre des avocats, les témoins qui auraient déposé en cour d'assises, les maires, adjoints, conseillers municipaux de la commune où le crime serait commis et de celle où l'exécution aurait lieu, enfin, les représentants de la presse politique et scientifique, au nombre de quarante au plus et sans que les journaux puissent être représentés par plus d'un rédacteur.

Le Sénat a adopté cette proposition de loi, après déclaration d'urgence, le 5 décembre 1898.

(*Gazette méd. de Paris.*)

On peut être pour ou contre la peine de mort. Mais il ne saurait y avoir qu'unanimité contre la publicité des exécutions capitales.

Le Parlement fera œuvre saine et utile en reprenant ce projet de loi et en le faisant rapidement aboutir.

Avis de l'ouverture d'un concours en 1910 pour l'admission à des emplois de médecin aide-major de 2e classe des troupes coloniales. — Un concours s'ouvrira le 28 novembre prochain, à 9 heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission de quatre docteurs en médecine à des emplois de médecin aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre nés ou naturalisés Français ;

2° Avoir moins de trente-deux ans au 1er janvier de l'année du concours ;

3° Avoir satisfait aux obligations de la loi du recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies.

Cette aptitude sera constatée par un certifica d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe au *moins* ;

4° Souscrire l'engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Epreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

L'appréciation de chacune des épreuves écrites ou orales est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Composition écrite	12
Examen clinique	15
Médecine opératoire	12
Interrogatoire sur l'hygiène	10

Une majoration de 100 points est accordée :

1° Aux anciens internes reçus au concours dans les hôpitaux des villes ayant une Faculté de médecine ou sièges d'une école de plein exercice de médecine et de pharmacie ;

2° Aux licenciés ès sciences dont le diplôme mentionne l'obtention de certificats d'études supérieures de sciences physiques, chimiques ou naturelles,

Et une majoration de 50 points aux lauréats des facultés de médecine ou Ecoles supérieures de pharmacie, c'est-à-dire aux candidats qui ont obtenu un premier prix au concours établi annuellement pour chacune des années d'études dans ces établissements.

Les majorations ne peuvent être cumulées.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées avec les pièces à l'appui au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 13 novembre 1910.

Ces pièces sont :

I. — *Avant le concours.*

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce devra être produite au plus tard le jour de l'ouverture des épreuves) ;

3° S'il y a lieu, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit à des majorations de points ;

4° Certificat du commandant de recrutement établi l'année du concours constatant dans les même conditions que pour l'engagement volontaire l'aptitude réelle au service militaire ;

5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou l'état signalétique ou des services ;

6° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans la réserve ;

7° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

II. — *Après l'admission*

Engagement de servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de la nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les docteurs en médecine admis à la suite du concours sont nommés aides-majors de 2e classe pour compter du 1er février de l'année suivante et vont suivre à Marseille, pendant neuf mois, les cours de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales ; ils portent l'uniforme des aides majors de 2e classe du service de santé de ces troupes et perçoivent une solde mensuelle de 217 fr. 50 ; il leur est, en outre, alloué une première mise d'équipement de 575 francs reversible au Trésor dans le cas où ils n'accompliraient pas les six années effectives de service à partir de leur nomination, à moins qu'ils n'aient été réformés pour infirmités.

Ils concourent à la fin de l'année d'études avec les aides-majors de leur promotion provenant des écoles militaires du service de santé et prennent rang avec eux sur la liste d'ancienneté dans le grade de médecin aide-major dans l'ordre du classement de sortie.

Au tribunal. — M. Jean Riotte, qui prend le titre de docteur en médecine, a une spécialité : il soigne les femmes neurasthéniques, qu'il guérit et qu'il rajeunit tout à la fois par télépathie et grâce aussi à un fluide vibro-radiateur-humain...

Le parquet poursuivait ces jours derniers M. Riotte devant la dixième chambre, sous l'inculpation d'exercice illégal de la médecine.

Le prévenu ne s'est pas présenté à l'audience.

Nombre de jeunes femmes fort élégantes ont été entendues comme témoins. Toutes ont affirmé avoir été guéries par le docteur Jean Riotte — que le tribunal, après réquisitoire de M. le substitut René Tortat, a condamné à mille francs d'amende (*Matin*).

Un grand peintre qui faillit être médecin. — La *Presse* a pris l'interview suivant de Gabriel Ferrier :

« Mon père voulait faire de moi un médecin. En fils obéissant, je pris une inscription à la Faculté de médecine de Paris.

Mais à côté de l'Ecole de médecine, il y avait une petite *Ecole de dessin* qui organisait de nombreux concours entre les jeunes artistes qui la fréquentaient.

Ayant toujours eu horreur du sang, ne pouvant supporter la vue des cadavres, je fréquentais bien plus assidûment la *petite école* que la grande.

Au bout d'un an, mon père voulut se renseigner sur mes progrès médicaux.

« Votre fils, lui fut-il répondu, mais il ne fait que dessiner... »

En effet, sur 37 concours organisés par l'école de dessin j'avais été 35 fois nommé...

Malgré ces appréhensions de la vie artistique, mon père céda devant mon entêtement...

Et c'est tant mieux. De son aveu, Gabriel Ferrier aurait fait un piètre médecin, tandis qu'il est devenu un grand artiste.

Blennorrhée guérie par la danse. — Le Dr A. Marcailhou-d'Aymeric fils, de Toulouse, relate, dans le *Journal des praticiens*, le curieux fait suivant qu'il a récemment observé :

« M. X... avait une blennorrhagie interminable, malgré, sinon à cause du traitement (permanganate, etc.). Quelques douleurs également d'orchite. Enfin la blennorrhagie s'était transformée en blennorrhée. Un jour, les douleurs orchitiques devinrent plus aiguës. C'était l'après-midi, et le soir il y avait grande soirée.

« M. X... dansa avec acharnement, si l'on peut s'exprimer ainsi. Au bout de la 5e *danse* les douleurs orchitiques avaient complètement disparu et sans retour. Et de plus, la blennorrhée était irrémédiablement tarie, ce que n'avaient pu réussir à établir divers médicaments (arrhéol, etc).

« Comment expliquer ce fait en apparence paradoxal et quelque peu étrange ? Par la sudation sans doute, et par un autre nouveau phénomène : l'*hyperacidité urinaire* jouant dans le cas un rôle antitoxique et antimicrobien.

« Il est un fait. Après une soirée dansante, l'urine est beaucoup plus chargée, plus concentrée, plus épaisse, car une partie de l'*eau* qui lui était destinée s'est exhalée par la sueur. Moins il y a d'eau, plus les principes de l'urine deviennent acides, avec tendance à une sorte de fermentation. Cette acidité peut jouer un rôle antitoxique, en ce sens que certains produits vitaux pathologiques — tels que les toxines sécrétées par le gonocoque — peuvent être détruits par l'hyperacidité, et, par suite, cette hyperacidité peut jouer un rôle antimicrobien, par causticité. Elle brûle, désorganise, détruit le microbe.

« C'est, dans le cas présent, ce qui s'est peut-être produit. »

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs VALLET, de Bort (Corrèze), et STAVAUX, de Salbris (Loir-et-Cher), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 30 Dimanche 24 JUILLET 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Le mouvement syndical dans le département d'Eure-et-Loir..... 645
Clinique thérapeutique
Traitement de la lithiase phosphatique..... 647
La semaine medicale
Accidents causés par l'emploi du menthol chez le nourrisson. — L'antisepsie des plaies des mains par la teinture d'iode. — Dilatateur électrolytique rétrograde de l'urèthre..... 649
Revue dessociétés savantes
Tumeurs inflammatoires produites par certains pansements. — Coprobémie à manifestations viscérales multiples. — Un nouveau signe de pleurésie. — Le chancre syphilitique à reviviscence. — Le rythme psychologique..... 651
Formulaire raisonné
Noix vomique..... 652
Bactériologie
Sur le précipito-diagnostic des kystes hydatiques . . 653
Notes de Pédiatrie pratique
Le poumon chez l'enfant..... 654
Thérapeutique chirurgicale
Plaies artérielles et plaies tendineuses du poignet.... 655
Médecine sociale
Le rôle de l'assurance-invalidité allemande dans la lutte contre la tuberculose..... 656
Chronique de la Prévoyance
Les retraites de la vieillesse médicale. Une bonne leçon. Comment les assurances-maladies règlent les sinistres..... 658
Chronique des accidents du travail
Réflexions d'un médecin indépendant..... 661
Chronique de l'assistance médicale gratuite
L'assistance médicale en Seine-et-Marne..... 662
Chronique professionnelle.
Et il conforme aux règles de la déontologie de donner des consultations payantes à l'hôpital au profit de cet établissement..... 663
Comités départementaux du « Concours Médical »
Comités du Doubs, du Jura, de la Haute Saône. — Comités de la Drôme et de l'Ardèche..... 664
Jurisprudence médicale
Honoraires des accidents du travail. — Tarif Dubief. 665
Reportage médical..... 666

PROPOS DU JOUR

Le mouvement syndical dans le département d'Eure-et-Loir

Une tache vient de disparaître de la carte syndicale dressée l'an dernier à l'occasion du 25e anniversaire de l'Union des Syndicats médicaux de France. Le département de l'Eure-et-Loir, qui était le *seul* département de France où n'existait aucun Syndicat médical, vient d'être, lui aussi, gagné à notre cause.

A la suite d'une propagande dont l'honneur de l'initiative revient aux membres du *Concours médical*, nous fûmes invités à aller, le dimanche 3 juillet, à Chartres, où devait être décidée la création des Syndicats médicaux de ce département.

Les quatre arrondissements d'Eure-et-Loir, Chartres, Châteaudun, Dreux et Nogent-le-Rotrou, étaient représentés à la réunion.

Dans une brève allocution, nous montrâmes à nos confrères tout l'intérêt qu'il y avait à donner à la défense professionnelle un nouvel essor.

Le Syndicat médical est devenu à l'heure actuelle un organisme indispensable. L'extension imminente de la loi sur les accidents du travail aux ouvriers agricoles va encore nécessiter plus de vigilance et plus de cohésion chez les praticiens des régions rurales. Il leur importe de s'organiser et de former des associations de défense véritablement actives et solides, et ces associations de défense doivent revêtir la forme syndicale.

Nous savons que le mot syndicat sonne mal à certaines oreilles, que certaines personnes délicates rougissent du nom, tout en acceptant les avantages de la chose. Nous ne sommes pas de ceux-là. Nous supposons chez nos confrères assez de fierté, de courage et d'indépendance pour ne pas céder à ces sentiments de pruderie qui frappent les trembleurs d'une irrémédiable impuissance.

Les Syndicats médicaux ont depuis trente ans fait leurs preuves ; ils ont peut-être rendu plus de services au corps médical par le mal qu'ils ont empêché que par les conquêtes très appréciables que nous avons trop souvent relatées pour les répéter ici encore une fois.

Du reste, les praticiens du département d'Eure-et-Loir désiraient depuis plusieurs années organiser des groupements syndicaux, l'idée, on peut le dire, était tellement dans l'air que la Société locale de secours mutuels avait cru devoir mettre à l'ordre du jour de sa réunion annuelle du 18 juillet 1909 la question des *rapports des Sociétés locales avec les Syndicats médicaux*. Or nous avons récemment reçu le Bulletin, luxueusement édité, de la Société d'Eure-et-Loir et nous n'avons pas été peu surpris d'y voir traiter la question syndicale avec toutes les préventions, les partis pris, les préjugés que nous croyions évanouis depuis plus de vingt ans.

Nous relevons dans l'exposé du distingué président de cette société l'affirmation que les associations mutualistes « sont tout aussi compétentes et possèdent en outre une autorité morale supérieure à celle des syndicats *dont le caractère commercial a sensiblement modifié la considération dont le public entourait notre profession.* »

Nous nous contenterons de répondre à cette appréciation que si les sociétés locales de secours mutuels avaient eu la compétence et l'autorité nécessaires pour assurer la défense professionnelle, il n'y aurait pas actuellement en France plus de 200 syndicats médicaux ; qu'il est peut-être téméraire d'affirmer que les 13.000 médecins syndiqués ont cherché à compromettre la considération médicale en donnant à leurs associations un caractère commercial que nous serions curieux de voir préciser et qu'il est au moins singulier de constater que des hommes comme MM. Cornil, Brouardel, Lande, de Bordeaux ; Grasset et Forgue de Montpellier, Comby, Guinard, Rénon, de Paris, pour n'en citer que quelques uns universellement connus du Corps médical français, aient cherché, en prenant part au mouvement syndical, à amoindrir l'autorité morale de leur profession.

Nous ne discuterons pas la consultation juridique que Me Bonnet, avoué à Chartres, vient donner à l'appui de l'opinion de M. le Président de la Société locale pour démontrer l'inutilité des Syndicats médicaux.

La question a été envisagée jadis avec une compétence au moins égale par M. Trarieux, le premier avocat-conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France, qui fut jadis garde des sceaux, et plus récemment par l'avocat-conseil actuel de l'Union, Me Rocher, ancien membre du Conseil de l'Ordre des Avocats à la Cour de Paris, ancien président de la Société de Médecine légale, qui dans le *Bulletin de l'Union du 20 mars* 1908, traita la question : *Quelle forme de groupement convient-il au Corps médical d'adopter pour assurer au mieux la défense professionnelle ?*

Me Rocher conclut catégoriquement à la forme syndicale. Il est vrai que Me Rocher n'avait nullement songé à envisager les Sociétés de Secours Mutuels régies par la loi de 1898 ; il s'était simplement demandé si la loi de 1901 sur la liberté d'association n'était pas plus avantageuse pour nos groupements de défense que la loi de 1884 sur les syndicats professionnels.

Il existe un fait qui nous empêchera de pousser plus loin toute discussion sur ce sujet : c'est qu'une société de secours mutuels approuvée (et c'est le cas pour les Sociétés locales affiliées à l'Association générale) est soumise au contrôle administratif (art. 29 de la loi du 1er avril 1898) et qu'elle ne peut distraire un centime de ses fonds dans un but autre que celui de la mutualité que la loi impose à ses statuts.

La discussion, qui a suivi à la Société de l'Eure-et-Loir, est aussi instructive.

M. le Président, rassuré sans doute par la consultation de Me Bonnet, revient à l'égard des syndicats à des sentiments plus doux :

« Nous ne sommes nullement hostiles, dit-il, aux syndicats et nous avons été toujours disposés à offrir notre appui à ceux qui pourraient se former ; mais jusqu'à présent ceux que nous avons vu naître n'ont pas vécu longtemps ».

Et cette réflexion, dont nous prenons acte, maintenant que l'Eure-et-Loir est pourvu de jeunes syndicats, provoqua cette réplique de M. Lelièvre, réplique dont nos lecteurs apprécieront toute la saveur :

« C'est moi, Président de celui de la Loupe qui en ai été l'étrangleur ».

Un jeune confrère, qui certes ne croyait pas être aussi bon prophète, trouva le mot juste au cours de la discussion :

« On arrivera forcément, dit-il, aux syndicats, fût-ce dans un an ou dans dix ans. »

Un an n'était pas passé qu'un syndicat médical se fondait à Chartres. L'affiliation à l'*Union des syndicats médicaux de France*, celle au « Sou médical » étaient inscrites dans les statuts et comme nos confrères chartrains ont de bonnes raisons, après l'exemple de la Loupe, pour se méfier des *Présidents étrangleurs*, ils ont adopté les statuts du type de Saint-Mandé, où le syndicat est pourvu de secrétaire, de trésorier, mais où les fonctions présidentielles sont supprimées.

Aussi, c'est sans le moindre dépit et même avec une satisfaction non dépourvue d'ironie qu'à notre retour de Chartres, trouvant dans notre courrier le luxueux compte rendu de la Société locale de l'Eure-et-Loir, nous avons lu, dans le procès-verbal de la réunion du 18 juillet 1909, la quatrième question sur les rapports des Sociétés locales avec les syndicats médicaux.

J. Noir.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le professeur A. Robin.

Traitement de la lithiase phosphatique.

Je vous parlerai aujourd'hui du traitement de la lithiase phosphatique. Disons-le tout d'abord, le terme de lithiase phosphatique est défectueux, au sens pathogénique du mot, du moins. Il fait penser, en effet, que les malades atteints de cette affection sont phosphaturiques ; or, il n'en est rien et il s'agit, en réalité, de faux phosphaturiques.

Comment se présente, cliniquement, la lithiase phosphatique ?

Vous serez consultés assez souvent — et pour ma part, je l'ai été peut-être 200 ou 300 fois dans ces conditions — par des malades qui viendront se plaindre d'une affection singulière. Quand ils urinent, après les repas principalement, leur urine est trouble, offrant l'apparence du lait. A la fin de la miction, même, ils émettent une sorte de coulée laiteuse. Une telle urine fermente avec grande facilité. Elle devient complètement trouble au bout de peu d'instants et l'on trouve au fond du vase un sédiment blanc adhérent. Après quelques heures, l'urine forme trois couches dans le récipient qui la contient ; une couche profonde qui est le dépôt blanc dont je viens de parler, une couche moyenne, nuageuse, et une couche supérieure qui ressemble à une pellicule irisée d'apparence graisseuse.

Bon nombre de ces sujets éprouvent, au moment des mictions, de la douleur, des chatouillements, de la cuisson. D'autres ont des douleurs de reins, avec irradiations du côté de la cuisse et de la jambe. D'autres ont aussi des symptômes généraux que l'on peut diviser en 4 groupes. Ce sont :

1° Des symptômes nerveux. Ils comprennent toute la gamme des phénomènes nerveux, depuis le simple nervosisme jusqu'à la neurasthénie, en passant par les vertiges ;

2° Des symptômes cardiaques, intermittences, palpitations, accès de dyspnée après les repas ;

3° Des symptômes cutanés, sensation de réfrigération, sueurs quelquefois abondantes ;

4° Des symptômes d'anémie, lassitude, impotence fonctionnelle, teint pâle, parfois avec souffles dans les vaisseaux.

A côté de cette catégorie générale de malades, vous en trouverez une autre moins fréquente. Le syndrome urinaire y est plus marqué. Ces derniers patients émettent des coulées laiteuses ou de véritables calculs blancs, formés de phosphate tri ou bi-basique de chaux, associé ou non au phosphate de magnésie, plus rarement au sulfate de chaux. Les calculs en question sont quelquefois gros comme un pois et, au moment de leur expulsion, déterminent des douleurs de colique urethrale. Avant d'uriner, le malade ne sent rien ; dès que le jet part, la douleur éclate avec des irradiations au voisinage.

Dans cette deuxième forme, les caractères de l'urine changent. Tandis que, dans la première, l'urine du matin est habituellement claire, dans la deuxième, elle est toujours trouble. Les symptômes associés ont également là plus d'importance.

Que deviennent ces malades ? Souvent ils vont consulter des spécialistes des voies urinaires, ou encore ils se croient atteints d'affection du cœur, du système nerveux, etc. Demandez-leur comment fonctionne leur tube digestif, et ils répondront qu'ils digèrent bien. Poussez l'interrogatoire plus loin et vous apprendrez que vers 4 ou 5 heures de l'après-midi, ils éprouvent des malaises. La nuit, ils ont des cauchemars, une sensation de chaleur, surtout vers minuit, une heure du matin ; une série de phénomènes, en un mot, qui rappellent les crises gastriques des hypersthéniques. Et effectivement, tous ces sujets sont des hypersthéniques gastriques. Je n'en ai pas vu un seul qui ne fût un hyperchlorhydrique.

Le chimisme stomacal, chez eux, présente un syndrome spécial, assez différent de celui des hypersthéniques ordinaires. Il est caractérisé par une hyperchlorhydrie intense, l'absence ou la rareté des fermentations, une bonne peptonisation et enfin une digestion nulle des féculents qui explique l'amaigrissement.

Si vous examinez la nutrition générale, vous constatez deux choses. En premier lieu, l'absence de phosphaturie. En dosant l'acide phosphorique total éliminé, j'ai vu qu'il s'élevait à une moyenne de 2,217, alors qu'il atteint 2,6 à l'état normal. Vous pourrez m'objecter qu'il s'agit peut-être de phosphaturie relative. Le rapport de l'acide phosphorique à l'azote dans l'urine est de 18 %. Ici, au lieu de 18 %, il atteint seulement 15 %. Par conséquent, il n'y a ni phosphaturie absolue, ni phosphaturie relative. Mais, chez ces malades, la quantité d'acide phosphorique combinée aux alcalino-terreux est considérable. Alors que, normalement, sur 100 parties d'acide phosphorique de l'urine, 25 % sont combinées aux alcalino-terreux, dans cette affection, le chiffre s'élève à 50 %. Si l'on dose la chaux, la magnésie, on les trouve en proportion double ou triple de la quantité habituelle.

Il existe donc, en définitive, une élimination exagérée des phosphates terreux sans augmentation de l'élimination phosphorique. Ce n'est là que l'exagération d'un fait constant dans l'hypersthénie gastrique.

Il ne reste plus qu'une difficulté à résoudre. Pourquoi ces phosphates se précipitent-ils ? A

cause de l'intense sécrétion chlorhydrique de l'estomac. La sécrétion gastrique de l'acide chlorhydrique se fait aux dépens du chlorure de sodium qui se dédouble en HCl et soude. L'acide reste dans l'estomac, la soude pénètre dans le sang et de là, dans l'urine, qui devient alcaline. Or, dans une urine alcaline, les phosphates terreux se précipitent. Telle est la genèse de cette affection. Partie de l'hyperchlorhydrie, elle aboutit à la lithiase phosphatique.

Cette pathogénie conduit à un traitement absolu, mathématique, qui réussit toujours. Voici ce traitement. Il comprend 3 indications : traiter la maladie, traiter les crises, traiter les complications. Vous pourrez, en effet, observer des complications, des cystites, des pyélites dues à l'action irritante des phosphates qui se précipitent, à l'alcalinité de l'urine. Le spécialiste des voies urinaires, consulté en pareil cas, agit sur la pyélite, et fait seulement une médication palliative, alors que vous, médecin, pourrez faire un traitement curatif.

Le traitement de la lithiase phosphatique, c'est le traitement de la dyspepsie. On visera la diminution de l'hyperchlorhydrie. Vous mettrez le malade pendant 15 jours au régime lacté, puis vous prescrirez le régime mixte des hypersthéniques et la médication de l'hyperchlohrydrie. Toutefois, il convient de modifier cette médication. Au lieu de saturer comme d'habitude l'acidité, on tendra à l'inhiber. On donne, d'abord, de la belladone ou de l'atropine. La belladone est plus facile à manier. On prescrira dix gouttes de teinture de belladone, avant chaque repas, pour diminuer les actes sécrétoires. Les alcalins excitent la sécrétion chlorhydrique, alors que les acides l'amoindrissent. Vous emploierez, en conséquence, la formule suivante :

Acide sulfurique chimiquement pur.	2 gr. 80
Acide azotique chimiquement pur..	0 gr. 80
Alcool à 90°	18 gr.

Mélanger avec :

Sirop de limon...	100 gr.
Eau de fontaine.....	150 gr.

Une cuillerée à soupe dix minutes après les repas, puis une deuxième, à la rigueur une troisième ensuite, à un quart d'heure d'intervalle.

Détail intéressant : dans cette préparation, plus le mélange acide sulfurique, acide azotique et alcool est ancien, meilleur il est.

Si les malades ne supportent pas les acides en question, s'adresser à l'acide phosphorique :

Phosphate tribasique de soude...	12 gr. 50
Acide phosphorique pur.....	6 gr. 50
Eau	100 gr.

Une cuillerée à café, diluée dans un peu d'eau, au moment de se mettre à table. Prendre, en ce cas, la teinture de belladone dix minutes avant.

Nous arrivons à une autre période, qui demande un autre traitement. A ce moment, on change l'alimentation. Loin d'augmenter le régime végétal, on le diminue. On augmente le régime animal en donnant les œufs, les poissons, pour lutter contre l'alcalinité de l'urine. S'il y a des crises douloureuses gastriques, on peut prescrire alors des poudres de saturation. Vous restreindrez donc du régime les aliments végétaux. Vous diminuerez les pommes de terre (dont les cendres sont alcalines) et vous augmenterez le pain (dont les cendres sont acides). Vous conseillerez le beurre frais qui exerce une action d'épargne sur l'acide phosphorique, les bouillons, les aliments phosphorés (cervelles, ris de veau, navets, artichauts, céleri, endives).

Dans une étape ultérieure, vous combattrez ce qui reste des symptômes nerveux, en employant les modérateurs du système nerveux, les arsenicaux à petites doses, soit les granules de Dioscoride, une au déjeuner et au dîner, soit l'arséniate de soude (0 gr. 05 pour 300 grammes d'eau, une cuillerée à dessert au déjeuner et au dîner), soit les arsenicaux organiques, l'arrhénal à dose faible (0 gr. 02).

Plus tard, si la nutrition générale laisse à désirer, si le système nerveux ne s'améliore pas, vous remplacez l'arrhénal par le glycéro-phosphate de soude. Et puis, si, après cela, le malade garde un teint pâle, de l'anémie, c'est le moment de recourir aux ferrugineux, à l'eau ferrée, au citrate de fer associé à la noix vomique, et à un peu d'opium pour empêcher l'irritation du sel de fer.

Vous formulerez :

Citrate de fer.....	0 gr. 10
Extrait de noix vomique	0 gr. 01
Poudre d'opium	0 gr. 02
Poudre de rhubarbe.....	0 gr. 05
Extrait de gentiane.....	q. s.

Pour une pilule. Une à déjeuner et une à dîner.

Tous ces traitements devront être corroborés par une hydrothérapie appropriée (douches écossaises) ou par une cure hydro-minérale. Deux stations thermales sont presque spécifiques : Contrexéville et Martigny. Au bout de peu de temps, vous voyez les urines s'acidifier et s'éclaircir. Il est exceptionnel qu'après une cure bien conduite, vous n'ayez pas obtenu une guérison ou une grande amélioration. Si la vessie est irritée, Vittel est préférable. Si le sujet est très déprimé, on choisira Royat ou Saint-Nectaire, quelquefois Brides, si l'on constate une augmentation de volume du foie. Lorsqu'il y a dépression générale, état d'asthénie, les eaux chlorurées sodiques, Biarritz, Salies-de-Béarn, Salins-du-Jura, sont indiquées.

Un mot sur le traitement de la crise. Au moment de la crise, faites prendre soit 2 ou 3 tasses d'infusion de feuilles de mûrier ou de reine des

prés, soit 2 ou 3 verres d'eau d'Evian, pour obtenir une quantité d'urine qui entraîne les détritus ou les masses pâteuses contenues dans la vessie. Les douleurs sont-elles vives, prescrivez un suppositoire avec 1 gr. d'antipyrine, 0 gr. 10 d'opium brut et 0 gr. 01 d'extrait de belladone, pour 3 gr. de beurre de cacao. Quelquefois, la crise détermine une sorte de spasme du col de la vessie, du ténesme vésical. Vous le combattrez avec 2 grammes de bromure dissous dans une tasse de tilleul.

Reste le traitement des complications. Bien entendu, il est des cas où l'intervention du spécialiste est nécessaire pour enlever les masses vésicales et uréthrales. Les modificateurs habituels de l'urine, l'urotropine, l'huile de Harlem, le benzoate de soude, ne réussissent pas dans la majorité des cas. En revanche, j'ai retiré de grands avantages des bains de vapeurs térébenthinés. Ils donnent quelquefois des érythèmes que l'on évitera en faisant passer de la vapeur d'eau sur le malade avant le bain térébenthiné. La térébenthine ainsi absorbée s'élimine par les urines et donne des résultats très favorables.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Accidents causés par le menthol employé dans les fosses nasales chez le nourrisson

Depuis que l'emploi des pommades et huiles mentholées s'est étendu aux nouveau-nés atteints de coryza et d'adénoïdite aiguë, les auteurs s'accordent à conseiller d'en éviter l'abus. Récemment, M. Ausset, de Lille, a communiqué ses observations sur plusieurs cas de spasmes laryngés provoqués chez des nourrissons par la douleur que produit l'instillation nasale mentholée. M. Koch, de Fribourg-en-Brisgau, et M. Kilian ont de nouveau signalé des cas de spasmes laryngés graves chez des enfants de trois semaines, que l'on avait traités par l'huile mentholée. Ces spasmes aboutissent à des syncopes, d'où il est parfois difficile de tirer l'enfant.

« La muqueuse nasale, chez le nourrisson, surtout quand elle est enflammée, peut donner naissance à des réflexes très intenses. On sait depuis longtemps que l'excitation des terminaisons nasales du trijumeau peut provoquer par voie réflexe des troubles respiratoires et cardiaques très graves pouvant aller jusqu'à l'arrêt complet et définitif de la respiration et du cœur. On a cité, d'ailleurs, des cas de mort subite à l'occasion d'une intervention insignifiante sur le nez, par paralysie du cœur d'origine réflexe.

« M. Kilian recommande, en conséquence, de s'abstenir chez le nourrisson de toute action médicamenteuse sur les fosses nasales. Il faut, dit-il, se contenter de maintenir l'enfant dans une position qui favorise au maximum l'écoulement naturel des sécrétions nasales au dehors. Le mieux serait de les porter couchés sur le ventre, la tête penchée en avant ».

L'antisepsie des plaies des mains par la teinture d'iode

Les mânes de Boinet ont dû tressaillir d'aise le jour où M. Reclus fit à l'Académie une communication sur les avantages que présente l'emploi de l'iode dans le traitement des petites plaies des mains et des pieds ; tant il est vrai que la plupart du temps, la science médico-chirurgicale moderne se borne à nous rééditer du « vieux-neuf ». Pourquoi faut-il que l'entraînement nous fasse si souvent abandonner ce qu'il y a de parfaitement bon dans l'ancien pour nous égarer dans des innovations saugrenues et défectueuses ? Incontestablement, l'emploi de la teinture d'iode localement, à condition que cette teinture d'iode soit fraîche (pas plus de *huit jours*) et qu'elle soit appliquée avec un pinceau aseptique, constitue un excellent moyen de pansement pour les petites plaies des mains et des pieds, si souvent infectées. Elle n'est cependant pas supérieure à d'autres topiques tels que l'acide phénique, le nitrate d'argent, l'eau oxygénée ; elle est peut-être même plus douloureuse que l'eau phéniquée, dit M. Lucas-Championnière dans un article du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, p. 369.

« D'ailleurs, ajoute l'éminent chirurgien, je ne saurais trop proclamer qu'il y a faute réelle à ne pas traiter toutes les plaies des mains ou des pieds par l'application immédiate d'un antiseptique puissant, sans les lavages et les bains, dont le résultat le plus clair est l'infection définitive des téguments, du tissu cellulaire et des gaines. Depuis trente ans, je proteste contre ces pratiques ; j'ai démontré chaque jour à l'hôpital qu'un grand nombre des infections des plaies viennent du premier traitement mal appliqué et justement des précautions que l'on prend pour leur faire subir une soi-disant purification.

« Depuis le temps où l'on nous a affirmé, avec une extraordinaire légèreté, que l'eau et la propreté étaient les seuls agents intéressants en chirurgie, beaucoup de plaies, surtout ces plaies des mains, qui peuvent compter parmi les plus graves, peuvent aussi compter parmi les plus mal traitées. Aussi devons-nous applaudir à la communication du Professeur Reclus à l'Académie, communication qui ne peut être que le prélude d'autres communications qui auront trait aux insuffisances de la chirurgie actuelle, insuffisances dues à l'oubli de l'expérience de ceux qui ont inauguré la chirurgie moderne en déterminant avec précision ses nécessités et ses bienfaits.

« En ce qui concerne le cas particulier des petites plaies des mains, des pieds, ou de toute autre région, il est souhaitable que l'on fasse la

révision des pratiques actuelles de la chirurgie. Elles ont été aussi négligées que les grandes opérations ont été travaillées. Il s'ensuit une disproportion extraordinaire dans les pratiques chirurgicales.

« Pour bien des cas, il vaut mieux être digne d'une opération grave que d'être à la merci de la négligence fréquente appliquée à la chirurgie modeste. Il est temps que des cliniciens sages attaquent cette réforme. La prévention des accidents graves partis des petites plaies est une besogne qui mérite toute la sollicitude des meilleurs chirurgiens.

« Or ce fut bien là l'œuvre première de la chirurgie antiseptique, œuvre trop délaissée actuellement, œuvre bien plus délicate que ne le pensent ceux qui se sont laissé absorber par la technique des grandes opérations et des traumatismes graves. »

Dilatateur électrolytique rétrograde de l'urètre

M. le Dr L. Genouville, de Paris, a fait récemment construire un dilatateur électrolytique rétrograde de l'urètre, que nous recommandons à l'attention de nos confrères praticiens.

« Ce dilatateur se compose d'une tige femelle creuse recouverte extérieurement par un enduit isolant, d'un diamètre égal au numéro 17 de la filière Charrière, ou 22 béniqué.

Cette tige affecte la forme extérieure d'un explorateur à calcul, coudé suivant l'angle de l'explorateur numéro 2 de M. Guyon. C'est donc un instrument coudé, mais dont le coude est fortement arrondi en un segment de courbe. La face convexe de la branche femelle est excavée en gouttière sur toute la longueur de cette courbe, et cette gouttière n'est point revêtue d'enduit isolant.

A l'intérieur de la tige femelle est logée une tige mâle, qui la parcourt d'un bout à l'autre, pénétrant au niveau du manche de l'instrument et sortant au niveau de la gouttière de la branche femelle. Dans cette gouttière, la tige mâle s'élargit en une petite branche courbe, destinée à se loger exactement dans la gouttière femelle ; elle y disparaît complètement quand l'instrument est fermé, de sorte que d'un bout à l'autre, l'instrument complet offre un calibre 22 béniqué.

La branche mâle est arrondie sur sa face convexe, de façon que, logée dans la gouttière, sa surface se continue, sans ressauts blessants pour le canal, avec la surface de la branche femelle. Le métal de la branche mâle est nu, c'est-à-dire dépourvu d'enduit isolant, puisque c'est elle qui est la branche électrolysante, autrement dit l'électrode urétrale. Logée dans la gouttière femelle quand l'instrument est fermé, la branche mâle est destinée à s'en écarter quand l'instrument s'ouvre pour la dilatation électrolytique. Ce mouvement d'écartement est réglé au moyen d'une vis de rappel placée au niveau du manche, et le manche lui-même est tout à fait analogue à ceux des urétrotomes d'Albarran et de Desnos.

Comme dans ces instruments, un petit curseur indique sur un cadran l'écartement des branches, écartement qui peut aller jusqu'à 10 millimètres. Le manche est métallique, nu, et se termine par une petite cavité, ayant exactement la mesure du raccord de Gaiffe et destinée à recevoir le fil conducteur qui amène le courant à l'électrode urétrale.

L'instrument s'introduit à la suite d'un conducteur béniqué. A cet effet, il présente à l'extrémité de la branche femelle une boîte femelle, destinée au vissage de l'embout mâle du conducteur. Cette boîte occupe toute l'extrémité de la tige femelle ; c'est immédiatement en arrière d'elle que commence la gouttière destinée à loger la branche mâle. Un trou est percé dans le fond de la boîte et s'ouvre à l'extrémité de la gouttière : il permet le nettoyage facile du pas de vis femelle de la boîte.

Un détail sur lequel l'auteur attire tout particulièrement l'attention est que l'axe de la boîte n'est pas exactement concordant avec l'axe de la branche femelle ; il en diffère d'un léger angle ouvert en arrière (côté de la convexité) et a pour résultat que le conducteur vissé sur l'instrument fait avec lui un angle obtus, extrêmement peu différent de la ligne droite. Cette orientation particulière et qui peut étonner au premier abord, a sa raison d'être : l'instrument fermé s'introduit très bien dans le canal à la suite de ce conducteur légèrement *désaxé* ; mais lorsque l'instrument est retiré *ouvert*, dans la position électrolysante, le conducteur ainsi placé se trouve exactement dans l'axe de ce qu'on pourrait appeler la bissectrice de l'angle des deux branches. Il se trouve donc entraîné sans résistance à la suite de l'instrument, tandis que s'il était *axé* sur le prolongement de la branche femelle, qui porte son pas de vis, il dépasserait le niveau de celle-ci et ferait dans le canal une saillie qui : 1° augmenterait le calibre et gênerait la sortie de l'instrument ; 2° exposerait l'armature dudit conducteur à se briser sous la pression du canal, au passage du rétrécissement. Ce détail d'orientation du conducteur a donc une importance considérable.

Cet instrument ne peut être stérilisé à l'étuve, ni à l'eau bouillante à cause de son enduit isolant ; il faut se servir de l'étuve à formol.

L'instrument vissé sur le conducteur est introduit jusque dans la vessie ; il doit être fermé. On ne l'ouvre qu'une fois dans la vessie. Le courant électrique est ensuite installé, pôle positif avec une large électrode recouverte de peau de chamois mouillée, sur la cuisse, pôle négatif à l'extrémité de l'instrument, intensité maxima de 10 milliampères mesurée à l'ampèremètre ; durée de l'opération : « deux minutes »

L'instrument de M. Genouville présente trois avantages :

1° La dilatation électrolytique s'exerce au retour, en retirant l'instrument, par conséquent sans force, ni violence.

2° La dilatation rétrograde agit exactement dans l'axe du canal ; elle est sans douleur et sans risque pour le canal.

« 3° Un troisième avantage est la situation de la surface électrolysante sur la convexité de la région coudée de l'instrument et, par conséquent, du côté qui correspond à la *paroi inférieure de l'urètre* ; or, c'est précisément la paroi inférieure de l'urètre qui est la plus malade dans les rétrécissements, alors que la paroi supérieure est souvent intacte. L'application du courant électrolytique sur la portion la plus malade du canal est donc un avantage de plus à l'actif du procédé ».

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Tumeurs inflammatoires produites par certains pansements. — Gonohémie à manifestations viscérales multiples. — Un nouveau signe de pleurésie. — Le chancre syphilitique à reviviscences. — Le rythme psychologique.

Dans un travail communiqué à l'*Académie de médecine*, MM. Paul Reynier et Masson montrent que *certains pansements peuvent produire de véritables tumeurs inflammatoires.*

Les auteurs citent 3 exemples. Le premier concerne une femme opérée d'un sarcome du sein. Trois semaines après l'opération, la malade revint, présentant une masse dure, bosselée, étendue jusqu'à l'aiselle, le long du muscle pectoral. L'examen microscopique de la tumeur montra des filaments de coton embolisés dans les vaisseaux, entourés de leucocytes et de cellules épithélioïdes. Les deux autres cas sont analogues, dans leur signification, tout au moins. Ils indiquent que les filaments de compresses ou de coton peuvent s'emboliser et déterminer des tumeurs inflammatoires donnant complètement l'apparence de récidives des néoplasmes.

Les faits en question sont probablement plus fréquents qu'on ne pourrait le supposer. La gaze employée en chirurgie est quelquefois, en raison de la stérilisation, très pelucheuse, et des fragments de fibre végétale peuvent rester dans la plaie. Les brins les plus fins, happés par les fentes capillaires lymphatiques, sont susceptibles d'y circuler jusqu'à une coudure, un ganglion, où ils s'arrêtent, et là s'ébauche un processus de défense phagocytaire et scléreux, d'où la production de tumeurs spéciales, inflammatoires, intéressantes à connaître.

L'ourlage des compresses serait, dans une certaine mesure, un moyen prophylactique.

— MM. Marfan et Debré rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *gonohémie à manifestations viscérales multiples*, avec essais de traitement par le vaccin de Wright et le sérum anti-méningococcique.

Les traits essentiels de cette observation ont été les suivants : une fillette de dix ans et demi est atteinte depuis longtemps de vulvo-vaginite gonococcique légère. Brusquement, elle est prise d'une anémie profonde, d'un état sub-fébrile avec aspect typhique, et elle offre les signes d'une pelvi-péritonite, puis d'une endo-péricardite et plus tard d'une pleurésie. On trouve le gonocoque dans le sang et on essaie un traitement par les vaccins de Wright, puis par les injections sous-cutanées de sérum anti-méningococcique. Cette médication ne donne pas de résultats et, par la suite, la cardiopathie devient chronique.

La septicémie gonococcique constitue le fait important de l'observation. L'endocardite et la péricardite en ont été la détermination principale. Ces endo-péricardites sont graves. Lorsqu'elles n'entraînent pas la mort, elles laissent, en général, des lésions définitives.

Le traitement par les vaccins de Wright a paru inefficace. En raison des affinités biologiques du gonocoque et du méningocoque, M. Marfan essaya les injections sous-cutanées de sérum anti-méningococcique, sans succès également.

M. Dopter n'est pas surpris de l'inefficacité du sérum anti-méningococcique dans ce cas de gonococcie. Le gonocoque est spécifiquement différent du méningocoque. Il est agglutiné, parfois, par le sérum anti-méningococcique, mais cette agglutination est une agglutination de groupe, aucunement spécifique

— A la *Société médicale des hôpitaux*, M. Ramond signale un *nouveau signe de pleurésie* qu'il propose d'appeler : signe des spinaux.

Si l'on examine le dos d'un individu normal dans la station debout, dit-il, on aperçoit facilement dans la gouttière costo-vertébrale, et plus bas dans la région lombaire, la saillie que font les deux muscles spinaux superficiels, l'iléo-costal en dehors et le long dorsal en dedans. A la palpation de la région lombaire, on sent nettement la masse musculaire en tension permanente, en vue de la conservation de l'équilibre. Cette tension est surtout due au long dorsal et accessoirement à l'iléo-costal, de telle sorte que, sous la main, la masse semble varier d'épaisseur suivant que l'un des muscles ou les deux entrent en action. Chez un pleurétique, au contraire, toute la masse musculaire, l'iléo-lombaire aussi bien que le long dorsal, entre en action ; elle est ainsi fortement *élargie du côté malade*, et de dimensions normales du côté sain.

— M. Lucien Jacquet présente à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur le *chancre syphilitique à reviviscences*.

Le chancre à reviviscences, décrit par M. Fournier sous le nom de chancre redux, est un chancre qui reparaît au bout de quelques jours ou de quelques semaines dans sa cicatrice. Ses récidives peuvent se produire deux et trois fois.

M. Jacquet s'est efforcé de pénétrer la cause de ces faits. Chez les trois malades qu'il a observés, la reviviscence est survenue à la suite d'angines fébriles, et l'auteur conclut qu'une

✦✦

irritation intérieure intervient. M. Jacquet tire même de son étude des conclusions plus générales sur l'interprétation des syphilides secondaires et tertiaires, où il fait jouer un rôle important à l'élément irritation.

— M. Bérillon communique à la *Société d'hypnologie et de psychologie* un travail sur le *rythme psychologique*.

« Chaque être, dit-il, dès qu'il se met en mouvement, présente un *rythme* qui contribue à caractériser sa physionomie habituelle. Le rythme propre à chaque individu constitue un des éléments fondamentaux de sa personnalité physique. Ce rythme varie selon les races, les tempéraments, les dispositions organiques et physiques, les professions et les conditions sociales. L'enfant est primitivement arythmique. Mais bientôt apparaissent des tendances à cadencer ses mouvements, à les régulariser et à les conformer au rythme du milieu ambiant. L'action de la musique, de la danse, de la gymnastique, du service militaire et surtout de l'imitation accentuent et perfectionnent ces tendances jusqu'au moment où le rythme moteur propre à chacun a acquis une cadence définitive.

Chez l'individu normal, il existe un pouvoir d'accommodation plus ou moins étendu, qui permet de modifier momentanément le rythme selon les nécessités. Ainsi, un homme au rythme lent se mettra à courir pour éviter d'être écrasé par un véhicule.

Un certain nombre de causes amènent des ruptures passagères ou définitives du rythme. Sous l'influence d'une émotion, de la timidité, d'une forte distraction, de la colère, la plupart des gens perdent le pouvoir d'adapter leur rythme au besoin du moment. Dans une panique, dans une foule agitée, tous les gestes deviennent incoordonnés et arythmiques. L'intoxication alcoolique produit le même effet. L'incoordination motrice des buveurs en est la manifestation la plus frappante.

La grossesse, l'obésité, la sédentarité, l'âge, les climats chauds, la gravité inhérente à certaines situations, ralentissent le rythme psychologique.

L'arythmie permanente est la conséquence de divers troubles pathologiques. La tachyphagie ou la gloutonnerie qu'on observe chez les impulsifs et les névropathes, la bradyphagie des abouliques sont également l'indice d'une perturbation profonde de leur rythme moteur. On rencontre des troubles d'arythmie fonctionnelle chez les hystériques, les choréiques, les neurasthéniques, les tiqueurs et les dégénérés. Les maladies organiques donnent lieu à des arythmies plus ou moins accentuées selon l'étendue des lésions.

Dans toutes les arythmies fonctionnelles on obtient par la rééducation psycho-motrice les résultats les plus efficaces. Elle rend également les plus grands services dans quelques affections organiques. Employé comme adjuvant à la rééducation des troubles du rythme moteur, l'hypnotisme abrège la durée du traitement.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Noix vomique,

Par le Dr André Lombard.

Poudre. — Extrait

Quand on recherche un effet tonique, stimulant, eupeptique, on s'adresse de préférence à la *poudre de noix vomique*, que l'on donne seule ou associée à d'autres poudres. M. Comby prescrit, dans la dilatation de l'estomac, l'atonie gastrique à un enfant, de 3 à 5 ans, les paquets suivants:

Poudre de noix vomique.....	un centigr.
Bicarbonate de soude.....	aâ 0 gr. 20
Magnésie calcinée.....	
Pepsine.....	0 gr. 10

en 1 paquet n° 20. En prendre un matin et soir, au commencement du repas, dans une cuillerée de potage ou de confiture.

Après dix jours d'interruption, on recommence la médication. Le bicarbonate de soude facilite la tolérance de la noix vomique et influence favorablement la digestion. Si l'enfant a plutôt une tendance à la diarrhée, on prescrit les paquets suivants :

Poudre de noix vomique.....	un centigr.
Bicarbonate de soude.....	aâ 0 gr. 20
Salicylate de bismuth.....	

en 1 paquet n° 20.

Chez l'adulte, on combattra l'atonie gastrique avec les cachets ainsi formulés

Poudre de noix vomique.....	cinq centig.
Bicarbonate de soude.....	0 gr. 20
Phosphate de soude.....	0 gr. 30

en 1 cachet n° 20 ; en prendre un, une demi-heure avant les deux principaux repas, avec un demi-verre d'eau ; ou bien avec ceux-ci :

Poudre de noix vomique.....	0 gr. 05
Poudre de rhubarbe.....	0 gr. 10
Poudre de quassia.....	0 gr. 15
Poudre de colombo.....	0 gr. 20

M. Huchard conseille, dans la dyspepsie, de combattre la constipation avec les cachets suivants :

Salicylate de magnésie.....	0 gr. 25
Benzoate de soude.....	0 gr. 25
Poudre de rhubarbe.....	0 gr. 50
Poudre de noix vomique.....	cinq centig.

en 1 cachet, dont il fait prendre deux ou trois par semaine.

S'il s'agit plutôt d'asthénie générale, on s'adressera aux cachets-ci-dessous :

Poudre de noix vomique.....	cinq centig.
Bromhydrate de quinine.....	0 gr. 10
Glycérophosphate de chaux....	0 gr. 25

en 1 cachet n° 20, 2 par jour, ou à ceux-ci :

Poudre de noix vomique.....	un centigr.
Glycérophosphate de chaux.. }	ää 0 gr. 25
Phosphate de soude..... }	

en 1 cachet nº 20.

On peut associer l'action de la noix vomique à celle de l'arsenic, en prescrivant, dans la neurasthénie, l'anémie, des pilules avec :

Poudre de noix vomique.....	un à trois centigr.
Acide arsénieux.....	un milligr.
Excipient.....	q. s.

pour 1 pilule nº 30 : en prendre trois par jour, aux repas ;
ou des cachets avec :

Poudre de noix vomique.....	0 gr. 02
Monométhylarsinate disodique.	0 gr. 05
Magnésie hydratée.....	0 gr. 15

en 1 cachet nº 12 ; en prendre deux par jour, au milieu des repas.

On l'associe aussi au fer pour combattre l'anémie ; voici les pilules que conseille M. Huchard, particulièrement dans le cas où l'anémie est cause de la prolongation inusitée d'une goutte rebelle, atonique :

Extrait de quinquina..... }	
Extrait de gentiane..... }	ää cinq cent.
Extrait de rhubarbe..... }	
Tartrate ferrico-potassique... }	
Poudre de noix vomique.....	cinq millig.

en 1 pilule nº 100 ; en prendre deux au commencement du repas, deux ou trois fois par jour.

L'*extrait de noix vomique* est peut-être moins employé que la poudre : celui du Codex de 1908 est titré à 16 % d'alcaloïdes et sert à préparer la teinture. On le prescrit en pilules.

Grisolle l'employait dans l'incontinence nocturne d'urine et faisait prendre à un enfant de 3 ans, trois pilules par jour de :

Extrait de noix vomique.....	un c n g..
Oxyde noir de fer.. ..... }	ää 0 gr. 15
Poudre de quassia ..... }	
Sirop d'absinthe.....	q. s.

pour une pilule nº 30. Ces doses se rapportent au codex de 1884.

On l'associe à la rhubarbe, non seulement pour lutter contre l'anorexie, mais aussi contre l'atonie gastro-intestinale, la constipation :

Extrait de noix vomique.....	un centigr.
Poudre de rhubarbe.....	0.15 à 0.25

en 1 pilule, en prendre une ou deux par jour, aux repas. Dans le même but, on peut l'associer encore à la même dose d'aloès.

Dans la chlorose avec gastralgie, M. Huchard recommande l'emploi des pilules suivantes :

Extrait de noix vomique..... }	ää 0 gr. 0025
Extrait thébaïque..... }	
Extrait de gentiane.....	0 gr. 08
Tartrate ferrico-potassique.....	0 gr. 10

pour 1 pilule, nº 100, en prendre deux à chaque repas.

L'action de la noix vomique est parfois utilisée dans les cardiopathies, concurremment avec celle de la spartéine, et on fera prendre dans les 24 heures trois pilules avec :

Extrait de noix vomique.....	un centigr.
Ergotine.....	0 gr. 10
Sulfate de spartéine.....	0 gr. 30

en 1 pilule, nº 30.

Son action sur le système circulatoire est encore mise à profit contre les varices, et M. Robin conseille de faire tous les soirs une onction de la région malade avec la préparation suivante, qui associe les avantages de la noix vomique à ceux de l'ergotine :

Extrait de noix vomique.....	1 gr.
Ergotine Bonjean.....	3 gr.
Iodure de potassium.....	4 gr.
Axonge benzoïnée.....	30 gr.

M. S. A.

Le même auteur conseille aussi, outre le traitement général, pour favoriser l'amaigrissement local, de faire chaque soir, sur les régions que l'on veut faire maigrir, une friction avec la pommade suivante :

Vaseline.....	50 gr.
Extrait de noix vomique.....	0 gr. 50
Extr. hydro-alcool. de fucus vesiculosus.....	2 gr.
Iodure de potassium.....	3 gr.
Iode métall.....	0 gr. 30
Essence de verveine.....	III gouttes

M. S. A.

Essuyer, recouvrir de gutta-percha et d'ouate.

BACTÉRIOLOGIE

Sur le précipito-diagnostic des kystes hydatiques.

La méthode du précipito-diagnostic des kystes hydatiques, ou mieux de l'echinococcose, est due à Fleig et Lisbonne (de Montpellier). Elle date de 1907 ; c'est dire qu'à l'heure actuelle on est tout à fait fixé sur sa réelle valeur pratique.

Certes, il existe encore une autre méthode, dite de Bordet-Gengou, ou méthode de la déviation du complément, qui permet également de dépister l'infection hydatique dans la majorité des cas ; mais tout en reconnaissant sa grande sensibilité, on ne peut s'empêcher de constater que la délicatesse, la minutie et la complexité de sa technique en font un mode de recherches difficilement accessible à l'heure actuelle au clinicien, même pourvu d'un modeste laboratoire.

Le précipito-diagnostic de Fleig et Lisbonne est au contraire d'une simplicité remarquable à la portée de tous.

En voici le principe : dans le sérum sanguin de tout individu atteint d'échinococcose, il se forme un élément de défense vis-à-vis de cette échinococcose, et cet élément traduit macroscopiquement son action en précipitant certaines subs-

tances qui exsudent dans le liquide des kystes hydatiques ; c'est une « précipitine ». La méthode de diagnostic consiste donc à rechercher si le sérum sanguin d'un malade supposé atteint d'échinococcose ne renferme pas cette précipitine, s'il ne précipite pas un liquide hydatique provenant d'un kyste kydatique d'origine humaine : c'est donc un précipito-diagnostic.

Technique du précipito-diagnostic.

Cette réaction met en présence : 1° *le sérum* du malade à examiner ; 2° un *liquide hydatique*.

1° *Sérum.*— La ponction d'une veine du poignet ou de l'avant-bras, ou, à défaut, la piqûre de la pulpe d'une extrémité digitale, fournit la quantité de sang nécessaire à la réaction (2 centimètres cubes au minimum). Recueillir le sang dans un tube à centrifuger stérilisé. Laisser coaguler. Décoller le caillot. Centrifuger 1/2 heure. On obtient ainsi la quantité maxima de sérum.

2° *Liquide hydatique.* — C'est le liquide hydatique d'*origine humaine* qu'on aura recueilli lors d'une précédente opération et conservé par les moyens indiqués plus loin. Il est nécessaire qu'il soit d'une limpidité parfaite au moment de son emploi.

Dans de petits tubes de verre analogues à ceux dont on se sert pour la séro-agglutination et stérilisés, on verse un centimètre cube de liquide hydatique et de XII à XIV gouttes de sérum à essayer. On mélange intimement les deux liquides en retournant 4 ou 5 fois les tubes et l'on porte à l'étuve entre 40° et 50° (Le séjour à l'étuve n'est pas nécessaire, mais il accélère la rapidité de la réaction).

Il faut en même temps effectuer une réaction analogue avec le même liquide et le sérum d'un individu sain (aucune précipitation ne se produit jamais avec le sérum du sujet indemne d'infection hydatique).

Au bout d'un certain temps on voit apparaître dans l'un des deux tubes un précipité tout à fait caractéristique. C'est *un précipité floconneux*. Les petits flocons qui le constituent sont d'abord, soit en suspension dans le liquide, soit adhérents aux parois du tube ; mais peu à peu ils abandonnent la partie supérieure du liquide et se tassent légèrement au fond en un dépôt qui se désagrège facilement par agitation légère du tube.

On ne confondra pas ce *précipité floconneux* avec le culot, qui peut prendre naissance à la longue dans le tube témoin ; celui-ci est dû à la formation d'un *précipité pulvérulent*, granuleux, nullement comparable à la formation floconneuse du précipité spécifique.

C'est entre 7 et 10 heures en moyenne qu'apparaît le précipité (4 heures au minimum, 16 heures au maximum).

Cette réaction, affirment Fleig et Lisbonne (*Presse médicale* 1909 n° 93), est strictement spécifique de l'échinococcose ; jamais ces auteurs, pas plus que Welsch et Chapman, qui en Angleterre l'ont confirmé leurs recherches, n'ont pu l'obtenir avec le sérum d'individus sains ou atteints de maladies infectieuses ou autres, même à localisation hépatique (abcès, cancer, syphilis).

Cette technique est donc très simple ; la seule difficulté apparente consiste à se procurer et à conserver le liquide hydatique propre à la réaction. Avec une asepsie rigoureuse, il suffit, au cours d'une laparotomie pour ablation de kyste, de recevoir le liquide hydatique dans une bouteille stérilisée, et après l'avoir laissée reposer 12 à 24 heures, de le répartir avec les mêmes précautions en petites ampoules de 5 à 10 cent. cubes qu'on conservera à l'obscurité dans un endroit frais. Fleig et Lisbonne ont pu pendant 24 mois conserver ainsi un liquide actif.

Tous les liquides de kyste hydatique ne pouvant indistinctement servir à cette réaction, les uns précipitant plus, les autres précipitant moins, il est bon d'avoir à sa disposition divers échantillons de liquide dont on aura préalablement vérifié le degré d'activité.

Résultats. — Il résulte des diverses statistiques établies jusqu'à ce jour que le précipito-diagnostic donne des résultats exacts dans les 4/5es des cas, et que dans ceux où il échoue, on rencontre surtout des kystes d'origine ancienne, qui ont subi à la longue des modifications chimiques très marquées.

Cette réaction permet de confirmer ou d'infirmer des diagnostics portés d'après les signes cliniques classiques. Deux cas de Welsch et Chapman méritent d'être rapportés. Dans le premier de ces cas, diagnostiqué « cirrhose hypertrophique » avec ictère, la réaction fut positive ; la laparotomie pratiquée alors montra l'existence d'un kyste hydatique comprimant la veine porte. Dans le second, en présence d'une réaction positive, on fit une laparotomie qui ne permit de découvrir aucun kyste ; la réaction ayant été ultérieurement positive une seconde fois, on se décida à intervenir chirurgicalement une seconde fois, et on put alors constater la présence d'un kyste hydatique de la face postérieure du foie.

Valeur pronostique. — Le pouvoir précipitant du sérum diminue graduellement après l'intervention chirurgicale complète (3 semaines environ). Il persiste, au contraire, dans les cas d'opération incomplète ou dans les cas de greffe secondaire, si toutefois l'état cachectique, qui peut survenir, n'arrive pas à priver l'organisme de ses moyens de réaction.

Dr Fiser.

NOTES DE PÉDIATRIE PRATIQUE

Le poumon chez l'enfant (1),

Par le Dr Albert Ball,
Ancien interne des hôpitaux,
Ex-assistant de la consultation de l'hôpital Trousseau.

I. Examen du poumon.— C'est le thorax qu'il faut examiner, et non les vêtements ; on ne doit

(1) D'après *L'Enfant et son Médecin*. (Maloine éditeur.)

donc pas craindre de découvrir l'enfant. La *présentation* de celui-ci au médecin se fait dans diverses positions ; il peut être assis sur le bras replié de sa mère, de façon à offrir son dos au médecin ; il peut être présenté comme un plat, les deux mains de la mère le soutenant par en-dessous ; il peut être enfin tenu par le médecin lui-même, qui prend le thorax dans une main, et les fesses dans l'autre.

La *palpation* donne peu de signes ; on peut cependant chercher les *vibrations* quand l'enfant crie, en appliquant comparativement la main dans les aisselles et non dans le dos. Les vibrations sont légèrement plus marquées à droite.

La *percussion* est plus utile ; elle doit toujours être légère, car une percussion forte fait résonner tout le petit thorax et par conséquent donne toujours du son ; percuter avec le poignet. Normalement la *sonorité* pulmonaire descend : en arrière jusqu'à la 11e vertèbre dorsale à droite, et la 12e à gauche ; en avant, jusqu'à la 5e côte à droite, jusqu'à la 3e côte à gauche. On trouve en-dessous la matité du cœur, puis la sonorité de l'espace de Traube.

Auscultation. — Ne pas appuyer ; les cris n'empêchent pas d'écouter, et même le meilleur moyen d'obtenir une inspiration profonde est de faire crier l'enfant, en le chatouillant ou en le pinçant légèrement. Les cris font entendre le retentissement vocal ou bronchophonie (pneumonie, engorgement des ganglions bronchiques) ; ils donnent aussi des renseignements sur les vibrations. Il est bon d'ausculter comparativement chaque poumon en avant, en arrière, dans l'aisselle, où l'on se trouve le plus à l'abri de la propagation, si facile ici, des bruits thoraciques d'un côté à l'autre ; en outre, dans beaucoup de cas, les signes morbides prédominent à la partie latérale.

Respiration à l'état normal. — Elle est plus rapide que celle de l'adulte ; pendant le sommeil, on compte 40 mouvements respiratoires dans les premiers mois, 35 à un an, 30 de deux à quatre ans ; plus encore dans la veille. La fréquence respiratoire diminue pendant la puberté pour atteindre une moyenne de 20 à 21 respirations par minute, ce qui la rapproche de celle de l'adulte. Le type respiratoire est abdominal et identique dans les deux sexes ; il ne se modifie qu'à la puberté : peu chez l'homme en se transformant en type costal inférieur, alors qu'il devient costal supérieur chez la femme.

Le murmure vésiculaire est plus fort que chez l'adulte, d'où le nom de respiration *puérile* ou supplémentaire donné par Laënnec au travail d'un seul poumon (quand l'autre est comprimé ou détruit). Le murmure vésiculaire est surtout rude au sommet, il ressemble même à un souffle ; mais il commence toujours par un F ou un V, tandis que le souffle commence toujours par un H aspiré. A la puberté, le murmure vésiculaire, jusque-là rude et soufflant, devient peu à peu moelleux et doux comme chez l'adulte.

II. Pathologie. Modifications de l'auscultation. — Il importe de remarquer l'*infidélité des signes d'auscultation* chez l'enfant, comme siège et comme caractères.

Les *râles* sous-crépitants sont retentissants, les râles humides donnent un bruit de gargouillement à ne pas confondre avec celui d'une caverne. Ces signes sont essentiellement variables. Dans la pleurésie, le murmure vésiculaire persiste souvent, d'où la différenciation difficile du souffle pleural accompagné de râles, malgré la présence de liquide, d'avec le souffle de la broncho-pneumonie ; c'est avec la percussion légère seulement qu'on pourra faire le diagnostic d'épanchement pleural.

Les phénomènes *cavitaires* (timbre, souffle caverneux et gargouillement) n'ont pas la même signification que chez l'adulte (les cavernes pulmonaires sont, du reste, très rares chez le jeune enfant) ; des cavernes réelles existent sans phénomènes cavitaires, des signes cavitaires s'entendent sans cavernes ; ce sont les bruits *pseudo-cavitaires* ; ceux-ci sont dus à la transmission des bruits pulmonaires par l'induration du poumon, l'adénopathie trachéo-bronchique, la dilatation des bronches ; ils peuvent se rencontrer dans la pneumonie simple, la pleurésie en résolution, la pleurésie séro-fibrineuse ou purulente à grand épanchement, la broncho-pneumonie chronique avec dilatation des bronches.

La confluence des divers râles dans la broncho-pneumonie simule quelquefois le gargouillement. Chez un tuberculeux avéré, ces signes pseudo-cavitaires peuvent exister sans cavernes, ils peuvent aussi appartenir à l'une de ces manifestations sujaroutée ; disons aussi qu'une caverne tuberculeuse peut chez l'enfant exister aussi bien à la base qu'au sommet.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Plaies artérielles et plaies tendineuses du poignet,

par le Dr Fortaney.

Dans le n° 12, 1910, du *Concours Médical*, nous avons publié quelques réflexions personnelles sur le traitement du phlegmon ischio-rectal. Nous voudrions dire aujourd'hui quelques mots sur certaines plaies du poignet assez fréquentes dans la pratique.

Les traumatismes peuvent intéresser dans la région du poignet, soit les vaisseaux artériels, soit les tendons musculaires, soit les nerfs. Nous nous occuperons principalement des deux premières lésions.

Les plaies artérielles sont faciles à reconnaître. L'hémorrhagie se produit devant le médecin ou bien il apprend que le sang a jailli fortement et pendant longtemps avant qu'on ait pu établir une compression. Le siège de la blessure indique le nom de l'artère blessée. C'est le plus souvent la radiale.

Quel que soit d'ailleurs le vaisseau intéressé, la conduite à tenir est invariable. On commence par faire comprimer l'artère humérale et on va

à la recherche du vaisseau blessé. A moins de trouver immédiatement les deux bouts dans la plaie, ce qui est bien difficile puisque les deux bouts se rétractent, on va, par une incision sur le trajet de l'artère, jusqu'au foyer de l'hémorragie et là on fait une ligature sur le bout supérieur et sur l'inférieur. La recherche de ce dernier est souvent très difficile mais il ne faut pas y renoncer, car il est indispensable qu'il soit oblitéré. Cette ligature une fois faite, il faut largement nettoyer la région avec un antiseptique et l'anios à 2 % est surtout recommandable parce qu'il ne détruit pas le catgut et que tout en exerçant une puissante antisepsie, il facilite la cicatrisation ultérieure.

Souvent le médecin voit le blessé longtemps après l'accident alors qu'un pansement compressif a déjà été fait par quelqu'un de l'entourage. Dans ce cas, et *alors même que l'hémorragie est arrêtée*, il faut enlever le pansement qui est presque toujours douloureux et trop serré et si le sang coule, on cherche les deux bouts artériels pour les lier. Si le sang ne coule pas, on fait mouvoir les doigts du malade pour voir si l'hémorrhagie se reproduit. Il est exceptionnel, en effet, que le sang ne coule pas à un moment donné sur ces plaies mal traitées, et il est utile de prendre des précautions chirurgicales préventives. Un bon pansement antiseptique finit ensuite l'intervention.

Les plaies du second groupe, les sections tendineuses, méritent d'être soignées très attentivement en raison des gaines synoviales qui les entourent.

On les reconnaît facilement. D'abord on voit dans la plaie un des bouts ou les bouts écartés du tendon, puis les doigts correspondants sont privés de mouvements.

Une question se pose alors : Faut-il pratiquer la suture des tendons ? Oui, quand un ou deux tendons sont coupés isolément et que leurs bouts sont éloignés l'un de l'autre. Sans doute, en général, la réunion des deux bouts du tendon s'établit par l'intermédiaire de la cicatrice cutanée, mais la suture simple est inoffensive et il y a des cas où le bout central se rétracte tellement qu'il faut nécessairement suturer. Il faut faire dans ces sortes de plaies une antisepsie très sérieuse. Avec des tampons trempés dans la solution à 2 % d'anios on nettoye toute la région. Sous l'influence de ce ferment métallique, producteur sans arrêt d'oxygène naissant, tous les germes introduits dans la plaie sont annihilés, et on peut aller à la recherche aseptique du bout tendineux central qui souvent a été attiré très haut par la partie contractile du muscle.

Quand l'éloignement entre ces deux bouts est trop considérable pour amener une coaptation, il faut avoir recours à des procédés détournés. On avait, il y a quelques années, proposé de réunir ces deux bouts par une substance intermédiaire, crins de Florence par exemple. Ce moyen doit être abandonné et il faut lui préférer la *greffe par anastomose*.

Ce moyen de suture consiste à introduire à travers une boutonnière faite dans des tendons sains, voisins, le bout ou les bouts périphériques des tendons sectionnés et à les suturer dans cette attitude. Il est fréquent, par ce moyen, de conserver aux malades les mouvements de flexion ou d'extension des doigts.

Ceci fait, on lave abondamment avec une solution antiseptique, on recout les tissus, couche par couche, et on recouvre le tout de poudre d'anios, dont l'action kératoplastique est bien connue.

Pour ces sortes de pansements, le choix de l'antiseptique a son importance et il faut le choisir puissant et sans danger, il ne faut pas en effet, qu'il soit ou caustique ou toxique, parce qu'il pourrait empêcher l'évolution normale de la cicatrisation tendineuse. Il pourrait, comme l'eau oxygénée, par exemple, détruire les catguts ou les rendre cassants, et d'autre part, ces plaies pénétrantes, vaste surface absorbante, pourraient être l'occasion d'intoxications graves.

N'a-t-on pas, tout récemment encore, signalé (voir *Presse Médicale* du 18 juin 1910), un cas d'intoxication mortelle par l'introduction vaginale d'un gramme seulement de sublimé ? Il faut donc être prudent quand on manie des antiseptiques et savoir que des interventions chirurgicales tout à fait simples peuvent être compromises ou entraîner de funestes complications suivant la façon antiseptique dont on les aura traitées.

La fermentation oxygénée, mieux que H2 O2, est à ce point de vue préférable, car on ne signale aucun inconvénient de l'usage même immodéré du trioxychloro - méthyle de vanadium.

MÉDECINE SOCIALE

Le rôle de l'assurance-invalidité allemande dans la lutte contre la tuberculose,

Par le Dr R. MARTIAL.

Dans une conférence faite au début de cette année par le Dr B. Fränkel, de l'Office impérial d'assurance, à Berlin, nous recueillons quelques renseignements et quelques chiffres qui sont fort intéressants à relever, justement après les rapports sur notre loi sanitaire de 1902 qui ont été publiés au IIIe Congrès des Praticiens. Nous nous abstiendrons de commentaires laissant à la bonne foi de chacun le soin d'interpréter.

La diminution de la mortalité générale, en Allemagne, au cours des 25 dernières années, est due essentiellement à la rétrocession du nombre des cas de mort par tuberculose. Néanmoins, en Prusse, la tuberculose demeure un des facteurs principaux de la mortalité. En Prusse, 680.949 personnes sont mortes en 1907, dont 65.054 de tuberculose, soit 17,16 pour 10.000 ou 9.55 %.

L'obligation de la déclaration de la tuberculose



Ecrire pour Echantillon **6, rue Guillaume-Tell, PARIS**


PIPÉRAZINE
MIDY
Az H ⟨CH² - CH² / CH² - CH²⟩ Az H
Diéthylène - Diamine
GRANULÉE EFFERVESCENTE
Produit défini
plus actif
que ses dérivés ou les
associations médicamenteuses
à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE
LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE
Prix : 5 fr. - La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.
Echantillons : Phie MIDY 140, Faub. St-Honoré, PARIS
Comme préventif : 3 mesures par jour
10 jours par mois
Crises aiguës : 4 à 6 . . . . . .
chaque mesure = 0.20 ctg Pip pure

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE
Première Combinaison directe et entièrement stable de l'*Iode* avec la *Peptone*
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE

Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme.
Vingt gouttes IODALOSE *agissent comme un gramme Iodure alcalin.*

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS : LABORATOIRE GALBRUN, 18, Rue Oberkampf, PARIS.

Ne pas confondre l'Iodalose, produit original, avec les nombreux similaires parus depuis notre communication *au Congrès International de Médecine de Paris 1900.*

AU VÉSINET

Etablissement Hydrothérapique & Maison de Convalescence

DE LA " VILLA DES PAGES "

MALADIES NERVEUSES & RHUMATISMALES
Traitement spécial de la Neurasthénie

L'Installation est de 1er ordre et permet l'emploi de tous les agents physiques : *Hydrothérapie, électricité, rayons X, vapeur, massage, lumière, aérothérapie*

PARC DE 3 HECTARES
Dix Chalets séparés facilitent les cures d'isolement

Médecins Directeurs : **Dr RAFFEGEAU** et **Dr MIGNON** (Secrétaire Général de l'Amicale-Maladie).

TÉLÉPHONE 12.

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*)

Réponse. — Lisez l'avis figurant à la première page des annonces de ce numéro qui rappelle que tous nos abonnés, anciens et nouveaux, recevront ce volume gratuitement sans avoir à en faire la demande.

Dr R., à St-G., à *Concours* — Veuillez avoir l'obligeance de m'indiquer par la voie du journal, si *oui* ou *non*, le *durillon forcé, suivi d'abcès est un accident du travail*, et par conséquent, s'il est *consciencieux* de faire supporter les frais médicaux et l'indemnité journalière au patron ou à l'assurance.

Suite page XII.

TRAITEMENT RADICAL **CONSTIPATION**
MIGRAINES -- CONGESTIONS -- MALADIES de l'INTESTIN

UN ou **DEUX** — **GRAINS DE VALS** — **Le soir avant dîner**

à base de Cascara Sagrada et podophyllin.

ADMINISTRATION : 64, Boulevard Port-Royal, PARIS

n'existe pas plus en Prusse qu'en France. En Danemark, où cette obligation existe, en 1906, on y a déclaré 11587 cas de tuberculose, soit 4.5 par 1000 habitants, le nombre des décès par tuberculose des poumons et du larynx y est officiellement estimé à 3000, soit 10 % environ de tous les cas de mort et 1 pour 1000, sur la population.

En Prusse, l'assurance-invalidité supporte la plus lourde charge du fait de la tuberculose, le plus grand nombre des victimes se trouvant dans les limites de l'âge de production et de maximum de force de travail. Parmi les pensionnés de l'assurance-invalidité, ceux qui le sont par tuberculose occupent, sur 28 causes de pension, le 3e rang, du côté des hommes, et le 2e, du côté des femmes. Les 2/3 des invalides du travail de 20 à 24 ans sont des tuberculeux.

A lutter contre la tuberculose il n'y a donc pas seulement une question de philanthropie, mais aussi et surtout une question économique. De ce second, et plus important point de vue, est sortie toute l'organisation antituberculeuse allemande qui comprend 200 sanatoria, dont 63 appartenant aux assurés. De 1897 à 1908, on a traité dans ces derniers 230.248 phtisiques et rien qu'en 1908 : 30 502. On a dit que les sanatoria ne rapportent pas ce qu'ils coûtent. Les 63 sanatoria et établissements allemands construits par des assurés ont coûté en tout et ensemble 56.056.435 marks, c'est-à-dire le prix d'un grand vaisseau de guerre et d'un de moyenne taille. Les 35.502 malades de 1908 ont coûté 9,467.086 marks, en tenant compte d'un intérêt de 3 % pour le capital et 1 % pour la construction. Le taux moyen journalier en 1908 fut de 1,54 mark!

Une objection formulée en France — même par beaucoup de nos confrères — est que les sanatoria ne reçoivent que des malades peu gravement atteints et refusent les cas graves. Cette objection s'annule lorsque l'on considère l'ensemble des cas : 1/3 seulement des admis est au stade de début ; un très grand nombre au 2e degré et fort peu au 3e, car « les sanatoria, dans leur état actuel, ne sont pas à même, sans augmenter considérablement le personnel médical, de recevoir un grand nombre de malades graves, c'est-à-dire alités ». Et cette objection disparaît tout à fait lorsqu'on considère les résultats sociaux.

Sur 100 personnes traitées et contrôlées ensuite régulièrement, on obtient les résultats suivants :

1er groupe : Guéris à la sortie en 1897....			68 %
2e groupe : Guéris à la sortie en 1903....			80 %
1. 1897. Sortis capables de travailler...			62 %
2. 1903	—	—	74 %
1. En 1898 on trouve travaillant encore.			44 %
2. En 1904	—	—	60 %
1. En 1899	—	—	30 %
2. En 1905	—	—	53 %
1. En 1900	—	—	30 %
2. En 1906	—	—	48 %
1. En 1901	—	—	27 %
2. En 1907	—	—	45 %

Ces résultats sont extrêmement satisfaisants et il y a lieu de regretter que les sanatoria français n'aient pas tous évolué dans le même sens que les sanatoria allemands. Mais il arrive que tel des nôtres est obligé d'accepter les moribonds aussi bien que les premiers degrés pour se remplir!

L'augmentation du nombre des résultats favorables pour le 2e groupe dépend non seulement du meilleur choix des malades, mais encore de l'adjonction du traitement par la tuberculine.

Plus durable la capacité de travailler sera, moins l'assurance-invalidité aura à payer, et, puisqu'en Allemagne, les sanatoria se sont multipliés, c'est qu'ils y ont rendu et y rendent des services.

Si l'on voulait comprendre, en France, les bénéfices sociaux de la discipline médicale allemande, on pourrait utiliser aussi avec de grands avantages les sanatoria. Mais ni le public ni même beaucoup de confrères ne veulent comprendre.

Le rôle de l'assurance-invalidité ne se borne pas à établir des sanatoria, il veut aussi qu'elle participe à la prophylaxie. Les établissements sanitaires ont des devoirs envers ceux qui paient et ne doivent pas se laisser entraîner à des sentiments de philanthropie et d'humanitarisme qui leur feraient diminuer leur rendement social. Le sanatorium transforme environ 1/6e de ses sujets tuberculeux ouverts en tuberculeux fermés. L'assurance aura encore à s'occuper de la dissémination de l'usage des crachoirs en dehors des établissements sanitaires, de la désinfection des chambres et locaux habités un peu partout par les tuberculeux, de la création de dispensaires pourvus d'enquêteurs allant se renseigner, à domicile, sur les malades, leur logement, leur mobilier, etc. La principale tâche du dispensaire doit être la désinfection de la maison et l'amélioration des conditions d'habitation.

Les ateliers doivent aussi tomber, au point de vue de la contagion tuberculeuse, sous le coup de la surveillance de l'assurance-invalidité, voir s'il y a manque des crachoirs et assurer l'installation d'appareils propres à éviter l'envolement des poussières.

Reste l'isolement des incurables. Faut-il les envoyer dans les asiles affectés aux Invalides ? Eux, les tuberculeux, ne le veulent pas et préfèrent, malgré le danger de contaminer leur famille, rester chez eux ; les autres n'en veulent pas et qui teraient plutôt l'asile. La fréquence inévitable des cas de mort lorsqu'on y introduit les tuberculeux vaut à ces asiles le nom de « maison des morts »! De plus, les phtisiques s'abusent sur leur état et tous, même arrivés aux derniers moments, désirent ardemment sortir de l'asile. De plus, ces tuberculeux coûtent plus cher dans les Asiles que les autres Invalides. Le problème reste donc posé et, cependant, les phtisiques sont ceux des tu-

berculeux qui, par leurs crachats, mettent le plus de bacilles en circulation.

Au nombre des moyens efficaces de lutte contre la tuberculose, moyens que l'assurance-invalidité devra encourager, il y a : l'endurcissement, l'entraînement, le bon développement corporel, l'hygiène individuelle, l'hygiène scolaire, l'éducation. Au sanatorium, le malade reçoit l'éducation hygiénique, et ce n'est pas un des moindres résultats. Les sanatoria, dit B. Fränkel, doivent être considérés comme des Universités hygiéniques, eu égard aux habitudes hygiéniques antérieures de leurs pensionnaires. Enfin, la lutte doit être menée d'accord avec le corps enseignant (1).

Les résultats terminaux ?

En Prusse, de 31,14 pour 10.000 morts par tuberculose en 1886, on est arrivé à 17,16 pour 10.000 en 1907 !

Les résultats obtenus par les sanatoria ont d'ailleurs été fortifiés par l'amélioration de la position sociale des ouvriers. N'avons-nous pas, en France, appelé la tuberculose : le mal de misère ? (2).

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Les retraites de la vieillesse médicale

Dans quelle mesure l'Association générale peut-elle aider à la constitution de ces pensions de la vieillesse médicale ?

Du travail de M. Darras, que j'ai publié dans le dernier numéro, il ressort que les seules ressources dont il soit possible actuellement de faire état sont :

1° La fortune des sociétés locales :		
en capitaux....	1.424.915 fr.	
en rentes (le tiers du total).....	83.600 »	1.508.515 fr.
2° La caisse des fonds généraux de l'A. G. :.....		140.000 fr.
Total		1.648.515 fr.

Encore cette somme ne peut-elle être affectée dans son entier à la constitution de retraites de droit.

Aussi bien ne s'agit-il pas de la faire disparaître. Nous recherchons simplement quelle aide les sociétés locales d'une part, la caisse des fonds généraux de l'autre peuvent apporter aux confrères qui, à la Caisse des pensions de retraite du corps médical français, cotisent en vue de se constituer à 60 ans une retraite de droit de 100 fr., 200 fr., 300 fr., 400 fr. ou 500 fr.

Et tout d'abord une objection m'a été faite : « Comment ! vous n'allez donc pas venir en aide à tous les membres de la Caisse des pensions, quelle que soit la retraite qu'ils poursuivent ? » — Non certes, car j'estime que l'A. G., toute société de secours mutuels qu'elle puisse être légalement, n'est en réalité, qu'une société de bienfaisance et que son but comme son devoir est de venir en aide à qui a besoin d'elle, tant qu'elle restera ce qu'elle est actuellement.

Il n'y a que deux manières de faire concourir l'A. G. à la constitution des retraites : ou bien elle donnera aux cotisants un tant pour cent de la prime ou bien elle donnera à chacun d'eux une somme annuelle fixe, quel que soit le montant de la prime.

Dans le premier cas, la plus grande partie de ses ressources sera absorbée par les primes des confrères qui recherchent une retraite élevée, paient des primes importantes et n'ont pas besoin des subsides de l'A. G. ; de plus, en raison même de son application à une somme globale plus élevée, le tantième sera moindre — c'est un système à rejeter.

Dans le second cas, l'aide portée aux gros cotisants serait trop minime pour entrer en ligne de compte, elle peut donc être négligée par eux et en conséquence, supprimée par l'A. G. qui reportera tous ses efforts sur les petits cotisants.

D'ailleurs ces confrères qui cotisent pour 1200 fr. et plus, même pour 600 fr., n'ont-ils pas, en vertu d'une convention antérieure, le droit de réclamer à l'A. G. le paiement intégral de leur cotisation dans certains cas ?

J'estime donc que la cotisation de l'A. G. doit se traduire par l'allocation d'une somme annuelle fixe au cotisant et que cette allocation doit être réservée aux membres qui recherchent une pension de 500 fr. au maximum. Cette limitation permettra d'élever d'autant le montant de l'allocation annuelle.

L'allocation devrait être double, fournie par la Société locale d'une part et, d'autre part, par la caisse des fonds généraux.

Cette dernière pourrait voir ses disponibilités grossies par une mesure qui n'aurait rien de bien subversif ; il suffirait simplement de décider que le versement annuel des Sociétés locales serait, dans l'avenir, non plus du dixième de la cotisation, soit 1 fr. 20, mais d'une somme fixe de 2 francs par sociétaire. Les sociétés locales n'en seraient guère appauvries et le supplément d'encaisse ne serait pas négligeable pour la caisse des fonds généraux.

Si l'on décidait, en outre, que sur ces deux francs la moitié, soit un franc, serait réservée pour la constitution des retraites de droit, la caisse des fonds spéciaux n'en serait pas non plus sensiblement appauvrie et des ressources appréciables seraient immédiatement à sa disposition.

Quant aux sociétés locales, serait-il impossible de leur demander une subvention individuelle et annuelle de cinq francs par exemple pour les mêmes cotisants ? Elles ont des charges, je le sais, mais ces charges n'absorbent généralement pas la totalité de leurs recettes et elles n'ont nul besoin de capitaliser ; en fût-il autrement, j'esti-

(1) Voir à ce sujet : « La lutte antituberculeuse et le corps enseignant ». Prix : 0 fr. 40, chez Lauverjat, libraire à Douai, 4 et 6, rue de Bellain.

(2) Voir à ce sujet « La tuberculose et l'hygiène des ateliers » Congrès de la tuberculose, Paris, 1905.

me que leur devoir serait de réduire légèrement les allocations qu'elles peuvent donner par ailleurs pour venir en aide aux confrères qui font acte de prévoyance.

On a dit : « Mais que signifieront ces retraites minuscules, elles n'empêcheront pas de tendre la main ? ». Je répondrai que ces retraites, qu'on a le tort de dédaigner *a priori* et par avance, si elles s'ajoutent à quelques autres petites ressources, pourront au contraire empêcher de tendre la main et, si elles ne se surajoutent à rien, elles pourront toujours venir en déduction de la retraite que la caisse des retraites viagères de l'A.G. restera appelée à servir dans les cas de dénuement absolu.

Je n'ai certes pas la prétention d'avoir ici tracé les règles de l'organisation future de l'A. G. ; il m'a suffi de montrer qu'elle ne pouvait se désintéresser de la constitution des petites retraites, qu'elle devait au contraire la favoriser et qu'elle avait les moyens de le faire, de même que j'ai montré la réforme immédiatement réalisable par une modification statutaire à laquelle est toute prête la Caisse des pensions de retraites du corps médical français et par une autre légère modification statutaire que ne saurait refuser, sans courir à un véritable suicide, l'Association générale des médecins de France.

A. Gassot.

Le docteur Mouras, de Nouzon (Ardennes), m'écrit :

La question de la retraite a été résolue par plusieurs confrères de ma connaissance : ils se sont affiliés à la Société Générale de secours mutuels dont le siège social est quai Claude-le-Lorrain, à Nancy. Cette société a pour but de délivrer des retraites de 360 fr., en bénéficiant du taux de 4,5 % et des allocations du Gouvernement et en réduisant le chiffre des cotisations en conséquence.

Ces confrères sont-ils membres de l'A. G. ? Toute la question est là, car il ne saurait y avoir deux poids et deux mesures et ce qui serait admis à la Société de Nancy ne saurait être refusé ailleurs, quoi que nous soyons sur un terrain où l'arbitraire paraît régner en maître.

Une bonne leçon. Comment les assurances règlent les sinistres.

A M. le Dr Diverneresse.

Mon cher confrère,

Je n'ai pas l'honneur de vous connaître (et je le regrette) autrement que par la lecture de votre ouvrage sur les accidents du travail et par les récents articles de journaux qui ont commenté votre affiliation à la C. G. T.; mais je me permets de vous écrire pour vous demander un conseil au sujet d'un litige que j'ai eu avec une Cie d'Assurance : là, je me suis fait rouler je crois, dans les grands prix, puisque je vais en être de 6 à 7000 fr. environ dans les conditions suivantes :

J'avais un contrat d'assurance individuelle me garantissant, par une clause additionnelle spéciale que j'avais demandée, contre les piqûres anatomiques et les inoculations professionnelles. La Compagnie, en rédigeant cette clause, y a ajouté, ce que je n'avais pas demandé, le petit rectificatif suivant : à la condition expresse que l'infection se produise en même temps que la plaie ayant servi de porte d'entrée. J'ai bien remarqué cet addendum, mais j'ai pensé que la Cie voulait éviter, ce qui était naturel, la responsabilité dans les cas où, ayant une écorchure ou autre plaie, je m'exposerais à une infection ultérieure, et je pensai que cela n'aurait aucun effet en cas de piqûre anatomique ou inoculation professionnelle. Or, l'an dernier, en soignant une fillette atteinte d'ophtalmie purulente j'ai transporté aux yeux, sans savoir comment ni à quel moment, mais sans doute avec les doigts ou par réception sur l'œil d'une gouttelette infinitésimale imperceptible de pus, du gonocoque, et je me trouvai atteint d'une violente ophtalmie blennorrhagique accompagnée d'ulcération de la cornée et ce fut miracle que je ne perdisse pas l'œil. Je m'en suis tiré avec 80 jours d'incapacité et une taie centrale qui réduit sensiblement ma vision binoculaire. Je fournis les déclarations nécessaires en temps voulu, le certificat médical du confrère, et je réclame 800 fr. d'indemnité journalière et 5000 fr. pour réduction permanente de capacité du travail. Refus de la Cie qui décline toute responsabilité, déclarant qu'il s'agissait d'une maladie survenue dans des conditions mal précisées et pouvant être venue tout seule.

Assignation. — Nous allons au tribunal et la Cie plaide qu'il y avait eu ophtalmie par contamination et non par inoculation. Mon avocat essaye de prouver le contraire et demande une expertise. Le tribunal refuse cette dernière et rend sur le siège, sans mettre en délibéré, un jugement me déboutant et me condamnant aux dépens.

Je fais appel, et mon avocat produit des ouvrages de spécialistes connus, attestant que, contrairement aux anciennes théories de la métastase, tous les auteurs sont d'accord pour dire avec Panas, de Wecker, Landolt, etc., etc. que toujours l'ophtalmie purulente résultait, d'après leurs propres termes, d'*une inoculation*, ce à quoi la partie adverse répondit qu'il y avait sans doute d'autres avis, puisque ces auteurs avaient l'air de ne pas être d'accord avec leurs prédécesseurs. On finit par faire comprendre aux juges que le pus gonococcique, en séjournant sur l'épithélium cornéen ou conjonctival, détermine l'altération de l'épithélium très fragile et de ce fait même l'inoculation, c'est-à-dire à la fois l'effraction et l'infection.

La Cour d'Appel accepte qu'il y a inoculation mais, s'appuyant sur la mauvaise interprétation d'une lettre dans laquelle j'avais dit que la démangeaison de l'œil avait pu m'amener à le frotter et à faciliter ainsi l'érosion de la cornée ou de la conjonctive, ne comprend pas que si l'œil me démangeait, c'est qu'il était enflammé

par l'infection et que, le frottant, j'ai déterminé à la fois érosion et infection.

La Cour suppose que le gonocoque a pu se réfugier dans le canal lacrymal et ne revenir sur la cornée qu'une fois l'érosion faite par le frottement, qu'en conséquence l'infection n'a pas eu lieu en même temps que la production de la porte d'entrée et elle me déboute à nouveau et me condamne aux frais sans m'avoir appelé à fournir des explications sur ce point spécial et sans avoir voulu accepter une expertise que je réclamais instamment et qui aurait consacré l'inanité dans la pratique de l'hypothèse de la Cour et de l'adversaire.

Somme toute, on me demande une preuve que je ne peux fournir qu'en consultant des gens du métier et cette preuve, on me refuse la possibilité de la faire.

Malheureusement, je ne fais point partie du Syndicat local pour des raisons qu'il serait difficile de vous exposer aujourd'hui, mais qui n'ont rien de déshonorant. Question de clan et de politique ! ! Tous mes confrères avec qui je suis en bons termes, somme toute, ont trouvé scandaleux les deux jugements. *Je ne fais pas partie non plus du* Sou Médical *auquel je remettais depuis 4 ans pour me faire inscrire. Pensez-vous qu'il serait disposé à recevoir mon adhésion et à étudier mon affaire qui, en raison* du précédent qu'elle crée, intéresse tout le *Corps Médical*. Les frais que j'ai supportés jusqu'à ce jour dans mon intérêt, il est vrai, ont servi à défendre une cause qui concerne tous mes confrères, et le « Sou Médical », en agissant à son tour au nom de toute la corporation, sauvegarderait, en même temps que mes intérêts, ceux de tous ses adhérents.

Comme j'ai vu que vous faisiez partie, depuis quelque temps du moins, de la Commission d'administration du « Sou Médical » et comme j'ai vu par vos publications et par vos actes que nous étions en communion d'idées pour tout ce qui concerne les questions ouvrières et Cies d'assurances, je vous serais très reconnaissant si vous vouliez bien me prêter assistance en cette occasion.

Evidemment, je vous passerais tout le dossier et tous les renseignements complémentaires détaillés nécessaires, y compris le texte des deux jugements, l'arrêt de la Cour d'appel ayant été rendu vendredi 22 dernier et ne m'ayant pas encore été signifié.

Je vous remercie à l'avance de tous les conseils que vous voudrez bien me donner et vous prie d'agréer, en attendant, l'expression de ma cordiale sympathie et de ma bonne confraternité.

Dr X.

Réponse

Mon cher Confrère,

Il est fort regrettable que vous n'ayez pas fait œuvre de prévoyance en vous affiliant au « Sou » avant cette histoire, car le « Sou » vous aurait soutenu moralement et pécuniairement, puisqu'il s'agit d'un litige intéressat le corps médical tout entier et basé sur la mauvaise foi.

Tout ce que nous pourrons faire, si vous adhérez de suite au « Sou », c'est de vous donner gratuitement des consultations juridiques de nos avocats-conseils à la Cour d'Appel de Paris et à la Cour de Cassation.

Laissez-nous maintenant vous montrer la différence qui existe entre les Assurances et notre filiale, l'Amicale.

Les assureurs ont toujours de belles paroles lorsqu'il s'agit d'enlever une affaire ; les promesses ne leur coûtent rien.

Mais, dès qu'il s'agit de faire honneur à leurs engagements, c'est-à-dire de régler un sinistre, ils sortent alors la police et opposent certaines choses insidieuses, écrites en fort petites lettres et qui, à première lecture, ont passé inaperçues.

A l'Amicale, au contraire, on ne recherche pas comment est survenu l'accident, ni pour quelles causes le confrère est tombé malade.

Son indemnité lui est versée sans discussion, sans chicanes.

Comparez.

Exceptons, de toutes les Assurances, une Mutuelle, l'Ancre Médicale, qui complète l'Amicale en assurant un capital en cas de mort par accident, ou en cas d'incapacité permanente, et qui délivre une indemnité journalière en cas d'accident et de maladie.

Nous faisons cette exception, car l'Ancre est administrée par des médecins et n'est faite que pour les médecins.

Pourquoi donc aller chercher ailleurs ce que vous avez chez vous. Restez donc en famille et assurez-vous au « Sou », à l'Amicale et à la Caisse des retraites. Vos droits y seront sûrement respectés.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Réflexions d'un médecin indépendant.

J'ai savouré comme il convenait la lettre d'un agent d'assurances au Dr Decléty, que le *Concours* a publiée dans son numéro du 5 juin 1910, page 510. Il est très facile d'y répondre, et je m'étonne que personne ne l'ait déjà fait.

Cet agent de compagnie dit que son médecin n'est venu que cinq fois pour soigner une brûlure au pied survenue à une de ses parentes, brûlure qui n'aurait permis à la patiente de se lever qu'au quinzième jour et de marcher qu'au trentième. Si la malade a pu se lever au quinzième jour, c'est que la plaie était à peu près cicatrisée. Naturellement, entre la date du lever et de la marche, il n'était guère besoin de soins médicaux.

Il y a donc eu, en somme *cinq* visites pendant *quinze* jours de traitement, c'est-à-dire une visite tous les *trois* jours, ce qui est assez joli.

Et si nous notons que cette brûlure était du second degré, — déduction que nous tirons du peu de temps de l'alitement — nous pensons qu'une visite tous les trois jours était suffisante. Chacun sait que le pansement d'une brûlure non infectée doit être aussi rare que possible. Un individu expérimenté peut très bien, après explications du médecin, panser une brûlure du 2e degré.

Cet agent de Compagnie prétend que la même brûlure, survenue chez un ouvrier victime d'un accident du travail, aurait donné lieu à des visites et pansements presque journaliers. C'est une hypothèse qui n'a que la valeur d'une hypothèse !

Il est vrai que les blessés du travail ne sont pas toujours très éclairés, très capables de faire un pansement de plaie ou de brûlure, et que, conséquemment, leurs médecins sont souvent obligés, dans la crainte que la guérison ne tarde, de faire eux-mêmes les pansements qu'un individu d'intelligence moyenne pourrait exécuter.

Je soigne, en ce moment, un accidenté du travail qui a une brûlure du cou-de-pied du 2e degré. Je ne le visite que tous les quatre jours environ, et il fait quelquefois des pansements lui-même.

Passons à l'autre exemple : jambe cassée. D'un côté, fracture chez un membre de la famille de l'agent de compagnie : quelques visites après la pose de l'appareil plâtré ; de l'autre, blessé du travail : surveillance journalière de l'appareil.

La réponse est encore facile. Si une fracture survient chez un individu intelligent, qui vit au milieu des siens, point n'est besoin de surveiller journellement l'appareil. A la première alerte, la famille, prévenue, fera appeler le médecin. Point n'est besoin non plus d'aller masser, en personne, mollet et cuisse ; une ou deux séances de massage faites sous les yeux d'un proche, suffiront, — pas toujours, c'est vrai, — à enseigner la manœuvre au masseur d'occasion, qui, les jours suivants, fera les massages. Une visite de médecin, de temps à autre, suffira.

Et le malade aisé, qui a des rentes ou des économies en réserve, mettra tout le temps qu'il faudra pour faire la rééducation du membre atteint.

Chez un ouvrier victime d'un accident du travail, il en va autrement, toujours pour la raison qu'il est souvent lourd d'esprit, peu enclin à comprendre des explications longues et des manœuvres compliquées.

Si l'on surveille un appareil plâtré pendant les trois ou quatre jours qui suivent la pose d'un appareil, n'est-ce pas justement pour éviter une faute de traitement qui pourrait être préjudiciable au blessé, nous être reprochée dans la suite et être exploitée contre nous, à grand fracas ?

Et si nous pratiquons des massages soi-disant fréquents, n'est-ce pas parce que la femme ou le frère du blessé, travaillant dix ou douze heures à l'usine, chaque jour, ou ayant souvent à préparer les repas, faire le ménage, surveiller les enfants, n'ont pas le temps ou ne pourraient pas exécuter — à peu près — un massage méthodique et efficace.

Et ne faut-il pas considérer également que le blessé a intérêt à marcher le plus tôt possible pour reprendre son travail, et toucher son salaire entier, parce qu'il n'a pas d'économies, avec cette aggravation que les compagnies trouvent toujours trop longue l'incapacité temporaire de travail ?

Je ne m'étonne point quand ce représentant de Cie prétend que le corps médical lui-même, dans sa généralité, préfère le tarif forfaitaire.

Ce n'est pas seulement à Lille que ce tarif est en vigueur. Un confrère syndiqué m'a affirmé qu'ici quatre médecins au moins ont un tarif forfaitaire de 10 fr. par accident. Lui-même, voyant que peu de blessés du travail fréquentent son cabinet, a accepté un forfait de 15 fr. Aveu dépouillé d'artifice !

Et ce tarif est encore très rémunérateur. Voici pourquoi ; arrive-t-il, dans le cabinet du médecin forfaitaire, une bobineuse qui s'est enfoncé une broche en acier sous l'ongle ? Il rédige le certificat d'accident, applique un pansement humide et renvoie l'ouvrière. Elle revient — quelquefois — une deuxième fois. Application d'un autre pansement. Et l'ouvrière reprend son travail cinq ou six jours après l'accident.

Le médecin touche 10 fr. pour un certificat sommaire, un pansement initial et deux consultations. Avec le tarif Dubief, il ne toucherait que 2 fr. pour le certificat, 2 fr. pour le pansement initial et 3 fr. pour les deux consultations, total 7 francs. Le médecin forfaitaire y trouve son compte.

Voulez-vous que nous prenions un exemple de fracture de jambe ? Le médecin se déplace, fait une visite, rédige le certificat d'accident et.... envoie le blessé à l'hôpital. Il touche 10 fr. pour une visite et un certificat. Avec le tarif Dubief, il ne toucherait que 2 fr. de visite et 2 fr. de certificat. Total : 4 fr. Il y trouve encore son compte.

Voilà tout le secret des tarifs forfaitaires. Et quand un médecin indépendant, un jeune, ose se plaindre tout haut, le médecin forfaitaire lui répond : « Vous, les jeunes, vous êtes extraordinaires, mais le tarif forfaitaire est très rémunérateur ». Je le crois sans peine.

Et il n'y a peut-être là rien de malhonnête. Mais ces médecins forfaitaires ne soutiendraient pas mieux les intérêts des Compagnies s'ils étaient membres du conseil d'administration.

Et ce sont ces confrères qui paralysent ou rendent inutile l'action de ceux qui sont à la tête du *Concours* ou de l'*Union des Syndicats médicaux*, qui méprisent et qui condamnent le forfait, qui prônent le libre choix, la revision du tarif Dubief et.... la solidarité confraternelle.

Il est déplorable que tous les médecins ne les soutiennent pas dans leur propagande. Notre éducation, je ne dis pas syndicale, mais notre éducation tout court, à nous, lettrés, cultivés, est tout entière à faire.

Dr Descusses (de Troyes),
Membre du *Concours* et du « Sou ».

Chronique de l'Assistance médicale gratuite

L'Assistance médicale en Seine-et-Marne.

Mitry-Mory, le 13 juillet 1910.

Mon cher Confrère,

Lors de la mise à exécution de la loi sur l'*Assistance médicale gratuite*, le Conseil général de Seine et-Marne avait admis :

1° *Le libre choix* ;

2° *Le paiement à la visite* (1 fr. au lieu de résidence du médecin plus 0 fr. 50 de déplacement par kilomètre parcouru à l'aller pour les communes dépourvues de médecin résident.)

C'était juste et équitable pour tous... ; mais quelques années plus tard, survint une légère modification à ce règlement, simplement, expliqua-t-on, pour faciliter les évaluations budgétaires. Au lieu du paiement à la visite, le Conseil général fixa un *abonnement* annuel de 2 francs par malade inscrit (plus frais de déplacement comme plus haut).

Nous acceptâmes sans sourciller..... et sans nous douter un seul instant qu'en tournant habilement le règlement, les communes pourraient dorénavant faire des libéralités électorales sur notre dos.

La lettre ci-dessous, que je viens d'adresser à M. le Préfet de Seine-et-Marne ne le prouve que trop. Comme elle expose une question d'intérêt général pour le corps médical, je vous la communique, me réservant, quand vous l'aurez lue, d'en tirer la conclusion qui s'impose, à mon avis.

***

Mitry-Mory le 29 juin 1910.

Monsieur le Préfet,

J'ai l'honneur de vous prévenir qu'à mon grand regret, il m'est impossible de continuer le service de l'Assistance Médicale Gratuite de la commune de X... à partir du 1er janvier prochain.

En voici la raison : En Seine-et-Marne, comme vous le savez, l'A. M. G. est basée sur un tarif médical mixte : 1° un *abonnement* forfaitaire de 2 francs par membre inscrit ; 2° une indemnité de déplacement *à la visite*, fixée à 0 fr. 50 par kilomètre à l'aller pour les malades habitant des localités sans médecin résident.

Pour exécuter loyalement ces conditions, il est donc nécessaire que les communes dressent au début de l'année la liste nominative des personnes que leur situation précaire rend susceptibles d'avoir recours à l'A. M. G. en cas de maladie. Autrement dit, l'abonnement de 2 francs est basé sur le nombre d'indigents *inscrits* et non sur le nombre d'indigents *malades* dans le cours de l'année, car ce serait alors allouer aux médecins la somme ridiculement insuffisante de *deux francs par maladie traitée.*

Mais ceci est un axiome sur lequel il est inutile de m'appesantir plus longtemps.

Or, contrairement aux termes du contrat, la commune de X... ne dresse pas, au début de l'année, de liste *réelle*. Elle y fait simplement figurer trois noms pour mémoire, alors qu'elle a plusieurs familles de 6 à 9 enfants n'ayant comme ressources que le gain paternel de 3 fr. 50 par jour.

J'avais déjà réclamé il y a environ deux ans sur cette fausse interprétation du contrat départemental et j'étais en droit d'espérer que mes explications éclairciraient la situation. Il me fut répondu qu'on avait décidé *d'inscrire toujours au fur et à mesure des maladies ceux qui auraient besoin de l'A. M. G.* Ne voulant rien brusquer et par esprit de conciliation, j'ai renouvelé l'année dernière mes réclamations et mes explications. Cette année, j'ai encore reçu la liste invariable de trois noms.

Cette situation anormale n'a, en l'espèce, aucune importance pécuniaire, mais elle constitue un *précédent* qui peut léser gravement, dans une grosse commune, les intérêts du corps médical de Seine-et-Marne. Le vice-président du syndicat des médecins de l'arrondissement de Meaux ne peut paraître y acquiescer en quoi que ce soit.

J'ai tenu, Monsieur le Préfet, à vous prévenir de ma résolution avant le 1er juillet, c'est-à-dire six mois avant la fin de l'année courante, afin que personne ne soit pris au dépourvu et je profite de cette occasion pour vous envoyer mes respectueuses salutations,

Signé : Dr Decourt.

Mitry-Mory (S.-et-M.).

***

Et maintenant, mon cher confrère, que pensez-vous de ce petit tour de..... passe-passe de la commune de X....? C'est un précédent dangereux si, par la suite, cette coutume venait à se généraliser. Au reste, qui prouve que cette généralisation n'est pas déjà commencée et qu'il n'est pas grand temps d'intervenir ?

Le *Concours médical* porte la bonne parole dans une grande partie des cabinets médicaux de Seine-et-Marne. Pourquoi ne demanderait-il pas aux confrères, victimes des mêmes procédés, de vouloir bien lui signaler les communes délinquantes? S'il y en a beaucoup nous pourrions constituer un *dossier* et, au besoin, nous présenter devant le préfet avec des noms de communes à l'appui.

Et alors, forts de notre bon droit, nous demanderions l'*exécution loyale* du contrat d'abonnement.

Mais n'oublions pas que les communes sont à peu près souveraines pour l'inscription de leurs indigents. M. le Préfet ne manquera donc pas de nous le rappeler et, tout en déplorant avec nous ce fâcheux état d'esprit, il déclarera son impuissance. Toutefois, pour faire acte de bonne volonté, il nous promettra certainement d'envoyer une circulaire..... Nous savons ce qu'en vaut l'aune.

N'y a-t-il rien à faire ? Si, à mon avis. Puisque le Conseil général, pour raisons budgétaires, pré-

fère le système à l'abonnement, soit ! nous l'acceptons pour les indigents inscrits *au début* de *l'année*..... mais nous demandons qu'on ajoute cette simple phrase :

Tout malade inscrit d'urgence, dans le courant de l'année, sera soigné à la visite (soit 1 fr. plus les frais de déplacement, s'il y a lieu).

De cette façon, les communes seront libres, sans manquer à la loyauté, de n'inscrire personne au début de l'année, si tel est leur « état d'esprit ».

Je vous prie, mon cher confrère, d'excuser la longueur de ma lettre et de me croire

Votre tout dévoué,

Dr Decourt,

Vice-Président du Syndicat Médical de l'Arrondissement de Meaux.

N. D. L. R. — Nous prions nos confrères de Seine-et-Marne de bien vouloir nous signaler les faits analogues dont ils auraient été victimes, car il serait intéressant de savoir dans quelle mesure les procédés..... économiques de la commune de X. se sont généralisés dans le département.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Est-il conforme aux règles de la déontologie de donner des consultations payantes à l'hôpital au profit de cet établissement ?

Salins (Jura) 1er juillet 1910.

Très honoré et cher confrère,

J'ai l'honneur de soumettre au jury de votre journal Le *Concours médical* la question suivante :

La conduite d'un médecin qui donne, dans un hôpital, des consultations payantes, à la clientèle aisée, dont le prix (2 fr.) est au profit de l'établissement, est-elle conforme aux règles de la déontologie ?

Ci-dessous un exemple qui se passe dans notre localité :

Un médecin ayant exercé quelques années à Paris est venu habiter les environs de Salins. Dans cette ville, il a établi un cabinet médical où, d'abord, il se rendait trois fois par semaine, se réservant le bénéfice de ses consultations, ce qui est parfaitement normal.

Peut-être par suite de l'ennui de l'entretien d'un personnel et d'un appartement éloigné de son domicile habituel, il a proposé, et l'administration de l'hôpital a accepté, de transférer son cabinet médical dans l'établissement. La condition convenue était de donner des consultations payantes, au profit de l'établissement. Pendant les séances devenues quotidiennes, un préposé du receveur perçoit le prix de la consultation, et une note de recouvrement est envoyée aux clients qui manifestent le désir de payer après le traitement.

Au dernier Congrès des Praticiens le Dr Régis a présenté un rapport ayant pour titre : « L'hôpital aux Indigents ». Le premier des vœux aux pouvoirs publics est : la suppression des consultations d'hôpitaux, qui a été adopté par les congressistes.

De mon côté, j'estime que l'impôt de la maladie doit être perçu au profit du médecin, comme celui des contributions va à l'Etat. Si un médecin veut se montrer désintéressé, il doit se mettre dans les mêmes conditions que ses confrères, c'est-à-dire supporter les charges professionnelles, et ne pas s'embusquer gratuitement derrière les murs d'un hôpital, pour en transformer les fenêtres en meurtrières et tirer sur ses confrères. Des médecins se font payer leurs services par des bulletins d'élection, lorsqu'ils sont piqués par la tarentule politique. Pour donner de la rectitude à leur conduite, ils envoient leur note à leurs clients, au tarif de la région. Ils mettent plus ou moins d'empressement pour le recouvrement et cette conduite est acceptée ; elle sauve les apparences de gratuité.

Le mois prochain, nous aurons dans notre département notre réunion annuelle des médecins faisant partie de l'A. G. Je me propose de demander l'inscription sur l'ordre du jour de la question précitée. Préalablement, je viens vous prier et compter sur votre complaisance, pour faire examiner, par vos dévoués collaborateurs, cette question, afin de la passer par la filière d'un premier ressort. J'ose espérer pouvoir lire, dans un des nos de ce mois de votre journal, auquel je suis abonné, votre réponse à ce sujet.

Daignez agréer, très honoré et cher confrère, l'assurance de mes bons sentiments confraternels et de ma parfaite considération.

E. Belle,

Directeur du Bureau d'hygiène, à Salins (Jura).

Mon cher confrère,

Etablissons tout d'abord l'axiome que tout travail mérite salaire. Or, un médecin à l'hôpital doit donner gratuitement ses soins aux pauvres ; il ne doit pas le faire à ce prix pour les riches.

Pour les soins donnés aux pauvres, il reçoit un salaire plus ou moins minime, simple indemnité. Mais, lorsqu'il s'agit d'un malade payant, il doit lui faire payer sa consultation.

C'est pour cette raison que certains hôpitaux ont pris des délibérations aux termes desquelles les malades payants devraient des honoraires aux médecins qui leur auraient donné des soins à l'hôpital. C'est de toute justice, car si nous consentons à faire de la philanthropie pour les indigents, nous ne devons pas en faire autant vis-à-vis de ceux qui peuvent nous honorer.

Mais, vous nous dites que le profit de ces consultations payantes à l'hôpital va non pas au confrère, mais dans la caisse de l'hôpital. Ce faisant, le médecin a tort de consentir à pareille chose, car il est tout d'abord frustré de ses légitimes honoraires ; puis il fait de la concurrence déloyale vis-à-vis de ses confrères, en

attirant à l'hôpital, au profit de cet établissement, des malades qui pourraient être soignés par d'autres médecins de la localité.

Nous concluons donc que le médecin a tort et qu'il vous est loisible de soumettre la question au conseil de famille de votre syndicat.

COMITÉS DÉPARTEMENTAUX
du « Concours Médical ».

Comités du Doubs, du Jura et de la Haute-Saône.

Profitant de la réunion du Congrès des médecins de la Franche-Comté, nous avons pu organiser les Comités départementaux du Doubs, Jura et Haute-Saône. Au cours de la séance du Congrès, nous avons entendu une conférence très claire et très éloquente faite par le Dr Sexe, de Besançon. Nous aurons le plaisir de publier cette conférence. Disons seulement que le Dr Sexe avait choisi comme sujet les œuvres de prévoyance du corps médical ; il prenait un docteur à sa sortie de l'Ecole, montrait quels seraient ses besoins de protection et de quelle manière il pourrait s'assurer contre la maladie, l'accident et la vieillesse.

Tour à tour il envisagea : l'Amicale, la Caisse des Retraites, l'Ancre, la Prévoyance, la Mutuelle de Saumur, l'Association générale, etc., etc.

La conférence du Dr Sexe fut très écoutée et très applaudie.

Aussi notre rôle fut-il très facile, et personnellement nous n'eûmes qu'à expliquer la genèse du *Concours* et de ses œuvres, quels étaient les droits des adhérents des Filiales et tout ce qu'ils pouvaient attendre de ces institutions. Enfin nous avons montré que le Concours venait ainsi faire des conférences pour apprendre au médecin qu'il avait en nous un appui, un allié, un conseiller et que nous entendions nous consacrer tout entiers à l'amélioration du sort du praticien. Ce qui nous prouva que nous avions été compris, c'est le nombre respectable d'adhésions que nous avons recueillies. Bonne journée pour la défense et la solidarité professionnelles.

Puis ce fut le banquet au Casino des Bains salins de la Mouillère ; le président du conseil d'administration avait fort bien fait les choses et avait tenu à faire honneur au corps médical.

Mais une surprise agréable nous attendait : beaucoup de confrères avaient amené leurs femmes au banquet et ce fut la note gaie et aimable de ces agapes confraternelles. Notre surprise fut grande d'apprendre, au cours du repas, qu'en Franche-Comté, ces réunions des ménages médicaux sont fréquentes et que souvent même, au cours de l'été, des excursions sont organisées en commun.

Aussi n'avons-nous pas pu résister au plaisir de complimenter nos confrères d'avoir su associer à leurs petites fêtes, leurs compagnes dévouées qui partagent avec eux les tristesses et les dures exigences de la profession. Allant même plus loin, nous avons remercié les médecins de la Franche-Comté de nous donner cet exemple si galant, mais si utile : dans nos réunions masculines, nous parlons de solidarité, nous adjurons les confrères de se voir souvent et de se fréquenter. Besançon nous montre qu'il va plus loin : les femmes accompagnent leurs maris ; elles aussi parlent d'œuvres de solidarité et de défense confraternelles ; elles saisissent souvent plus vite que nous, grâce à leur intelligence affinée, tous les avantages que l'on peut retirer de toutes ces œuvres et elles engagent leurs maris à être des nôtres.

Merci, Mesdames, je suis heureux d'annoncer aux lecteurs du *Concours* l'exemple galant donné par les médecins de la Franche-Comté. Aussi, en organisant nos Comités, avons-nous été heureux et flatté de comprendre Madame Sexe au nombre de nos correspondants.

Après le banquet, le Dr Leblanc mit gracieusement son auto à la disposition de quelques confrères et pendant deux heures, sa vaillante « Zédel » nous a fait visiter des sites merveilleux du Jura.

Voici les noms des membres des Comités qui furent institués après la réunion :

Doubs.

MM. le Dr Prieur, directeur de l'Ecole de Médecine de Besançon (que nous remercions encore une fois de l'honneur qu'il nous fait en acceptant ces fonctions) ; Dr Sexe, de Besançon ; Madame Sexe ; Dr Leblanc, de Besançon ; Dr Gomet, de Besançon ; Dr Chapoy, de Besançon ; Dr Pize, de Quingey ; Dr Jannot, d'Audincourt ; Dr Henriet, d'Orchamps-Vennes ; Dr Houdard, de Pontarlier.

Jura.

Dr Dengler, de Sellières ; Dr Billon, de Dôle ; Dr Vénassier, de Dôle ; Dr Déjeux, de Salins.

Haute-Saône.

Dr Perchet, d'Autet.

Mes chers confrères de la Franche-Comté, encore une fois merci pour votre aimable réception.

Dr Paul Boudin.

Comités de la Drôme et de l'Ardèche.

A Valence, mardi 12, réunion intime pour l'organisation des Comités de la Drôme et de l'Ardèche. Beaucoup de confrères avaient répondu à notre invitation et étaient même venus de loin, comme le Dr Sarda, d'Annonay et 4 confrères de Privas.

Bonne causerie au cours d'un repas confraternel. Questions, explications, demandes et réponses se croisaient sans cesse. Bref, l'heure du retour fut trop vite arrivée. Les Comités sont ainsi formés.

Drôme.

Dr Rocheblave, Valence ; Dr Thiers, Valence ; Dr Daubois, Valence ; Dr Tournaire, Tain.

Ardèche.

Dr Daday, Privas ; Dr Bourrit, Privas ; Dr Sarda, Annonay ; Dr Jullien, de Joyeuse.

Il fut d'ailleurs entendu que ces noms ne sont que les premiers indiqués, car un certain nombre de confrères n'avaient pas pu venir, à cause de leur éloignement. Les Comités pourront ultérieurement nous proposer certains noms pour faire tous ensemble œuvre utile et bienfaisante pour tout le Corps médical.

Dr Paul Boudin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Accidents du travail. — Application du tarif Dubief. Le prix de la consultation ou de la visite prévu à l'article 10 *doit être compté en sus des allocations spécifiées au dit article. Les frais de timbre et d'enregistrement exposés à tort doivent rester à la charge de l'officier ministériel qui les a faits.*

JUSTICE DE PAIX DU CANTON DE CARNIÈRES (Nord).

2 *juin* 1910.

Attendu que la demande du Dr Blanchard rentre dans notre compétence en vertu de l'art. 15 de de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905 ;

Attendu que le principe de la demande formée par le Dr Blanchard contre T. n'est pas contesté ; que ce dernier critique seulement le montant de cette demande ;

Attendu que, pour la clarté de notre décision, il y a lieu de rappeler, aussi succinctement que possible, les conditions dans lesquelles le Dr Blanchard a été amené à présenter une deuxième note non conforme à la première. Que tout d'abord si nous remontons à l'origine de l'affaire qui nous est soumise, nous constatons que le Dr Blanchard avait, à la date du 28 août 1909, présenté au Syndicat de garantie X.... une note de 363 fr. due, en réalité, par T., pour soins médicaux donnés à son ouvrier H., atteint de brûlures graves et étendues ; que c'est uniquement pour être agréable à T., seul et vrai débiteur, que le Dr Blanchard s'est adressé au Syndicat de garantie ; qu'après une attente de 3 mois 1/2, le Dr Blanchard rappela sa note au Syndicat de garantie par lettre recommandée en date du 11 décembre 1909 ; qu'enfin, ne recevant pas de réponse, il prit la résolution bien ferme de ne s'en prendre qu'à T., qui l'avait mis en œuvre et seul responsable. C'est alors que le 8 janvier 1910 le Dr Blanchard renouvela sa demande de 363 fr. à T. Ce dernier la transmit immédiatement au Syndicat de garantie qui se décida seulement le 12 février 1910 à donner signe de vie et à critiquer la note de 363 fr. en la ramenant à 318 fr., se basant, disait-il, sur les différents articles du tarif Dubief du 30 septembre 1905 ;

Attendu que le Dr Blanchard mit cette leçon à profit et, se conformant au Tarif Dubief, qu'il avait peut être négligé primitivement, il refit sa note s'élevant définitivement à 387 fr. et actionna M. T., en paiement de cette somme ; d'où le différend qui nous est soumis ;

Attendu que puisque le principe de la demande n'est pas contesté, il y a lieu de rechercher si le Dr Blanchard, en l'établissant, a fait une juste et saine application du tarif Dubief ;

Attendu que l'art. 10 dudit tarif qui nous intéresse en l'espèce, est ainsi conçu : « Les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, *en sus du prix de la consultation ou de la visite*, aux allocations spécifiées ci-après : art. 10 C. nº 1. Allocation correspondant au prix de trois visites ou consultations, pansement de brûlures, gangrènes, vastes traumatismes, de larges plaies post-opératoires, y compris les ablations nécessaires ; art. 10, D. nº 4. Allocation correspondant au prix de cinq visites ou consultations. Pansements de brûlures graves ou étendues » ;

Attendu qu'en présence d'un texte *aussi net, aussi clair, aussi formel et aussi précis*, le juge ne peut hésiter à allouer au médecin traitant le prix de la visite ou consultation auquel il a droit en sus du prix de l'allocation mentionnée audit tarif et correspondant aux soins donnés ou opérations faites ; qu'aux termes mêmes du dit article, il a droit d'abord au prix de la consultation ou de la visite pour être dédommagé du temps qu'il passe à recevoir ou à aller voir le blessé, et qu'ensuite, s'il fait un pansement ou une opération, il a encore droit à l'allocation correspondant aux soins donnés ou opérations faites ; et cela est si vrai que les prix de visites ou de consultations ont été établis pour dédommager le praticien du temps qu'il passe pour recevoir ou aller soigner son malade, c'est que nous en trouvons encore la preuve dans l'art. 8 du Tarif Dubief précité, qui alloue une indemnité kilométrique au médecin traitant lorsqu'il se transporte dans une commune qu'il ne visite pas régulièrement ou dans laquelle il ne donne pas de consultations à jours fixes ;

Attendu que si les tribunaux ont le devoir de rechercher dans les travaux préparatoires de la loi quels ont été l'esprit et la pensée du législateur lorsqu'un texte prête à ambiguïté, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, ils n'ont dans aucun cas le pouvoir de modifier la loi ;

Attendu qu'il est réellement dû au Dr Blanchard le prix d'une visite en plus du prix de l'allocation, chaque fois qu'il a fait un pansement au blessé ;

Attendu qu'en s'inclinant sans discussion aucune en ce qui concerne le deuxième et le troisième points, le Dr Blanchard, qui avait négligé primitivement le Tarif Dubief, a fait preuve d'intelligence et d'honnêteté en s'y conformant scrupuleusement ; qu'il n'est pas juste de dire que, pour pouvoir se dédommager de la réduction qu'il subissait de ces deux chefs, il recourait au système du cumul ; qu'au contraire, il est juste d'affirmer qu'en ne se conformant pas au tarif Dubief, auquel on l'a prié de se reporter, il lésait ses propres intérêts, puisqu'il recouvre, en s'y conformant, un avantage de 22 fr. 50 sur sa première note ;

Attendu qu'on ne saurait le blâmer de mettre en pratique l'adage « à chacun le sien » qui est la base fondamentale du droit et de la justice ;

Donnons acte au Dr Blanchard de ce qu'il ramène sa dernière note à 385 fr. 50 par suite de la rectification d'une erreur matérielle ; disons que l'offre de 318 fr. faite par T., est insuffisante puisqu'il est démontré, par l'application du tarif Dubief, qu'il est réellement dû au Dr Blanchard la somme de 385 fr. 50 suivant note produite, non contestée dans son détail et que nous approuvons dans son quantum ;

Condamnons T. à payer au Dr Blanchard la somme de 385 fr. 50 qu'il lui doit pour les causes sus-énoncées,

Et attendu qu'aux termes de l'art. 130 du code de procédure civile : « Toute partie qui succombe sera condamnée aux dépens » ;

Condamnons T., en tous les dépens de l'instance, sauf toutefois en ce qui concerne les frais du timbre et d'enregistrement de la citation, qui doivent être gratuits, conformément à l'art 29 de la loi du 9 avril 1898 ; la gratuité étant absolue et définitive et étant accordée au chef d'entreprise aussi bien qu'à la victime ou à ses ayants droit (Sachet 3e édit. 1850) ;

Et attendu que sur ce point le devoir du juge est d'imputer à chacun la conséquence des fautes qu'il commet ;

Attendu que le fait, par un officier ministériel, d'avoir établi sur timbre et fait enregistrer à titre onéreux l'exploit de citation est une faute professionnelle qui lui est imputable ;

Qu'en effet, la gratuité du visa pour timbre et enregistrement est d'ordre public en pareille matière, et que l'huissier avait dû le savoir ou ne pas l'oublier ;

Disons que l'huissier S... supportera les frais occasionnés à tort et par sa faute.

REPORTAGE MÉDICAL

Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès de Toulouse, 1er-7 août 1910.

Le Congrès se réunira à Toulouse, du 1er au 7 août 1910.

Selon la coutume, on a mis à l'ordre du jour des discussions trois questions qui seront l'objet de rapports spéciaux :

1° L'hypersensibilité à la tuberculine ;

2° Une première atteinte de tuberculose confère-t-elle un certain degré d'immunité ;

3° Le traitement des hémoptysies.

Mais en dehors de ces questions, un certain nombre de séances seront consacrées à la présentation et à la discussion des communications envoyées par les membres du Congrès, sur un sujet quelconque, à leur choix.

Les lettres et les communications devront être adressées, pour la section de médecine, au président de la section, le docteur Fernand Bezançon, 84, rue de Monceau.

Institut orthopédique de Berck. — Le cours de vacances de M. Calot, à cause d'un empêchement imprévu, est retardé d'une semaine.

Il sera donc du 8 au 14 août.

Pour les renseignements, s'adresser au Dr Fouchet, Berck-plage.

Infortune de médecins. — A Marseille, d'après le *Marseille médical*, ont eu recours en 1909, aux services du Mont-de-Piété, 47 docteurs, 7 pharmaciens, 14 sages-femmes ; 17 instruments de médecine et de chirurgie ont été engagés.

En opposition avec ces misères, se sont adressés à la même administration seulement 2 fonctionnaires, 20 avocats, 46 instituteurs et 460 domestiques.

Comme quoi le métier est loin, — contrairement à ce qu'on croit trop facilement dans le public, — d'enrichir son homme !

Exportation en France des objets de pansements d'Allemagne. — Dans les hôpitaux français, lorsqu'un pansement a servi, on le brûle soigneusement ; ouate, gaze hydrophile, compresses, etc., tout cela est détruit. Eh bien ! en Allemagne, ces rebuts pleins de pus, de sanies, ces réservoirs formidables de microbes sont mis de côté religieusement. Des industriels les prennent, les soumettent à l'action de presses hydrauliques puissantes, de façon à en faire des ballots compacts. Puis toute cette marchandise immonde et dangereuse est expédiée dans les environs de Paris. Là, des femmes et des enfants — oui des enfants ! — font le tri de ces pansements souillés ; on les nettoie, on les lave et on les renvoie dans le commerce, de sorte que dans les hôpitaux civils ou militaires, où les adjudications se font au rabais, il est presque certain que nos blessés, nos malades, sont pansés avec le déchet des pansements allemands ! Allons, pontifes de l'hygiène, et vous, brave niais de Chéron, que pensez-vous de celle-là ?

Vous imaginez bien que les pauvres êtres condamnés à manipuler ces sanies ne tardèrent pas à tomber malades. Or, savez-vous qui a dû dénoncer cette abomination à la *Société d'hygiène industrielle* ? Les ouvriers eux-mêmes, parbleu !.... (Dr Helme, *Rev. mod.*)

C'est là ce qu'on peut appeler un échange international de bons procédés ?

Les médecins autrichiens se préparent à la grève. — En prévision d'une grève générale, ultime ressource que les médecins autrichiens puissent opposer au vote des nouveaux projets législatifs de « réforme sociale » absolument ruineux pour les médecins praticiens, l'association dite : « Les médecins organisés d'Autriche » réunissant 70 % des confrères de l'empire, vient d'établir un tarif modéré pour permettre à tous les citoyens, même non fortunés, de recourir aux soins médicaux, pendant la durée de la grève médicale, à la condition que les honoraires soient payés sur place.

Les familles dont le revenu est inférieur à 1.200 couronnes paieront une couronne (1 fr. 05 par visite).

Si la visite a lieu au domicile du malade ou exige un déplacement lointain ou si le revenu de la famille est supérieur à 1.200 couronnes, le tarif est sensiblement augmenté, tout en restant dans des limites modérées. Les consultations seront tarifées de 5 à 10 couronnes.

L'Association a porté cette décision et son tarif à la connaissance du public en lui faisant savoir que l'attitude des médecins est commandée par la loi en discussion, laquelle rendrait intenable et impossible la pratique médicale privée dans les familles peu aisées et dans les classes moyennes (*Il Policlinico*).

Et nunc erudimini ! Confrères du doux pays de Gaule...

Le Directeur-Gérant Dr H. JEANNEL

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 31 Dimanche 31 JUILLET 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Les avantages de l'Internat. L'internat obligatoire. Une fédération dont le besoin ne se fait nullement sentir..... 667
Clinique chirurgicale
Squirrhe du sein et diabète..... 669
La semaine médicale
La désinfection cutanée est-elle possible ?. — Les injections de fibrolysine dans un cas de cardiopathie grave. — A propos des médicaments anti-ondotalgiques. — Les fausses hématuries..... 672
Revue des sociétés savantes
Emploi des arsenicaux en agriculture. — Le chien, porteur de bacilles d'Eberth. — Sérothérapie du rhumatisme articulaire aigu. — Etiologie de la cirrhose atrophique du foie. — Cirrhose du foie guérie par l'opothérapie hépatique..... 674
Démographie et puériculture
Rôle des gastro-entérites infantiles dans la dépopulation..... 675
Chronique des accidents du travail
La demande de l'Union des syndicats médicaux de France pour la révision du tarif Dubief..... 678
Chronique de la mutualité
Les commissions médico-mutualistes. Société locale de la Vienne..... 682
Comités de propagande du « Concours Médical »
Comité de l'Eure..... 683
Sou médical
Extraits des procès-verbaux du conseil d'administration..... 684
***Reportage médical*..... 685**
Nécrologie..... 686

PROPOS DU JOUR

Les avantages de l'Internat. — L'Internat obligatoire. — Une Fédération dont le besoin ne se fait nullement sentir.

S'il est une institution utile, c'est, sans contredit, celle de l'Internat en médecine.

L'interne vit à l'hôpital au contact immédiat et constant du malade. C'est lui qui examine les nouveaux entrés, qui leur donne les premiers soins, qui rassemble les éléments nécessaires au diagnostic du chef de service et qui s'efforce auparavant lui-même de poser le sien. Y a-t-il un incident dans la maladie ? Une crise, une complication inopinément se produisent-elles ? C'est l'interne qui en est le premier témoin. Petit à petit, il prend conscience de sa responsabilité, et, en même temps, le champ de son action s'élargit. Le médecin dont il est l'assistant, reconnaissant ses efforts et appréciant son zèle, lui laisse chaque jour plus d'initiative et lui témoigne plus de confiance. De sorte qu'en sortant de cette merveilleuse école clinique et pratique, l'ancien interne, s'il a travaillé, se trouve prêt à se créer une réputation méritée d'excellent praticien.

La valeur de l'ancien interne n'est établie ni sur un concours ni sur un titre, elle repose sur le mérite personnel.

Favorisé par les moyens de travail mis à sa disposition, l'interne peut en quelques années conquérir, guidé par les conseils de son chef de service, une expérience qu'un praticien ordinaire mettra de longues années à acquérir.

Et nous trouvons cet internat hospitalier si utile, si pratique et si beau que nous le considérons comme la véritable solution du problème de la réorganisation de notre enseignement. Nous voudrions qu'avant de passer sa thèse, chaque étudiant en fin de scolarité fût tenu à faire *au moins* un an d'internat dans un hôpital de quelque importance. Cela ne veut pas dire que tout le monde serait obligé d'être ancien interne des hôpitaux de Lyon, de Nancy ou de Paris.

Pour bénéficier des avantages d'un grand hôpital, il n'est pas besoin d'être sous la direc-

tion de grands maîtres ; il se produit du reste à ce sujet une décentralisation qui rendrait la réforme facile, et personne ne viendra sérieusement contester qu'il ne soit possible à un interne intelligent de devenir aussi bien un bon chirurgien à Berck-sur-Mer, au Mans, à Amiens, à Bourges, à Angers, à Chartres et à Clermont-Ferrand que dans une ville pourvue de Faculté.

Cette réforme aurait le double avantage de préparer d'une part sérieusement de jeunes médecins à la pratique médicale en les astreignant à un stage réellement utile, et de pourvoir en second lieu tous les hôpitaux de province de quelque importance de jeunes médecins instruits, qui serviraient utilement d'aides aux chirurgiens, assureraient les services de garde et pareraient aux nécessités urgentes en cas d'accident.

Le corps médical y trouverait encore d'autres bénéfices. La présence de jeunes internes stimulerait les médecins d'hôpitaux et les empêcherait parfois de s'enlizer dans les habitudes d'une pratique routinière. Ces jeunes gens, répandus dans tous les pays, apprécieraient mieux les difficultés de la vie médicale de telle ou telle région, choisiraient avec plus d'à-propos le poste où ils s'installeraient, et leur contact journalier avec les praticiens de l'hôpital leur permettrait d'acquérir cette mentalité médicale si utile dans les rapports confraternels.

Nous n'apercevons pas quelles objections sérieuses pourraient être faites à ce projet ; en tous cas nous serons heureux d'en voir se produire.

Mais, si nous apprécions à ce point l'internat que nous y trouvions le remède au mal dont souffre notre profession, ce n'est point parce que le titre d'ancien interne, fût-il de Paris, nous éblouit ni nous offusque. L'ancien interne, nous l'avons dit, tire sa valeur du travail qu'il a effectué dans des conditions exceptionnelles pour le rendre utile. C'est ce qui fait qu'il est très souvent apprécié surtout par ses confrères, qui, en l'appelant comme consultant, en lui confiant leurs clients à opérer, lui créent une réputation locale. C'est ce mérite personnel reconnu qui a permis ce beau mouvement de décentralisation de la chirurgie française.

Dans la réputation de l'ancien interne, le titre n'est rien, la valeur est tout. Celui qui passerait sa thèse trois mois après sa réception à l'internat serait le plus souvent notablement inférieur à la moyenne des praticiens. Aussi nous avouons ne pas comprendre du tout pourquoi est projeté un mouvement fédératif des anciens internes. Ceux qui rêvent de la création de cette fédération parlent d'intérêts à défendre. Lesquels ? Est-ce l'intérêt des hommes de valeur qui se sont fait par leur mérite une situation ? Jouissant de l'estime des autres praticiens et souvent de leur affection, ils n'éprouvent aucun besoin de se séparer du corps médical. Est-ce pour favoriser ceux qui, par le fait du hasard, ont usurpé un titre, ou ceux qui, satisfaits après l'avoir acquis, ont compté, en vivant dans un doux farniente, bénéficier en parasites du travail, de l'activité, de la réputation de leurs anciens collègues ? Ce serait là un but difficilement avouable.

Est-ce dans le désir de diviser le corps médical en deux classes : celle des anciens internes, médecins supérieurs, et celle des autres ; de réclamer pour les premiers le monopole de toutes les situations officielles, de toutes les fonctions que nous nous efforçons de limiter, de supprimer ou de faire tomber dans le domaine commun ? Mais pareille tentative serait essentiellement anticonfraternelle et tout le corps médical s'élèverait contre elle avec plus de vigueur qu'il ne le fit contre le fameux certificat d'études médicales supérieures.

Alors pourquoi ce projet de Fédération ? D'ailleurs, c'est une institution qui à première vue ne nous paraît pas facile à mettre sur pied. Pour se fédérer il faut être plusieurs. Où limiterait-on les groupes d'anciens internes admis au bénéfice de la Fédération ? Se bornerait-on aux hôpitaux des villes pourvues de Facultés de médecine ? Nous entendrions alors protester, et à bon droit, les internes des hôpitaux de Marseille et de Nantes, qui ont bien quelques raisons de se croire à aussi bonne école que ceux de Toulouse ou de Nancy. Ajouterait-on les villes pourvues d'écoles ? Mais les internes de Versailles, du Mans et de Saint-Denis protesteraient, non sans logique ; ne valent-ils pas ceux de Besançon, de Grenoble et de Clermont-Ferrand ? Et que ferait-on des internes des asiles d'aliénés ? Il en est cependant dont le titre est très disputé et dont les études sont loin d'être sans valeur.

Aussi nous croyons que cette tentative de Fédération n'aurait qu'un résultat, celui de diviser encore davantage le corps médical. Nous sommes persuadé, connaissant l'intelligence et l'esprit de bonne confraternité de la très grande majorité des anciens internes de nos grandes villes universitaires, que ce projet, après quelque réflexion, sera abandonné par ceux-là mêmes qui en ont été les promoteurs, et que, se contentant des avantages que leur donne dans la lutte pour l'existence, le seul mérite personnel, les anciens internes des hôpitaux de Paris, de Lyon, de Nantes, d'Amiens, de Versailles et d'ailleurs tiendront à rester avant

tout très simplement membres du corps des médecins praticiens français.

J. Noir.

A ce sujet, nous avons reçu la lettre ci-dessous, qui donne l'expression très juste des sentiments de nos confrères et mérite d'être publiée :

Paris, 8 juillet 1910.

Monsieur le Directeur,

Je crois devoir attirer votre attention sur un article du Dr Jayle qui a paru dans la *Presse médicale* du 6 juillet dernier.

Ne vous semble-t-il pas qu'il y a lieu de protester contre les expressions de hiérarchie intellectuelle et de barrière d'« ordre scientifique » qu'emploie le Dr Jayle à propos de l'Internat des hôpitaux de Paris.

Loin de moi l'intention de contester la valeur du titre d'ancien interne des hôpitaux de Paris et de refuser aux titulaires le droit d'en tirer tout le parti possible en le faisant valoir à la clientèle.

Mais, je ne puis admettre que les anciens internes de Paris se considèrent comme séparés de leurs confrères moins titrés par une « barrière d'ordre scientifique » infranchissable.

Sans doute, l'Internat de Paris offre des ressources scientifiques merveilleuses pour les travailleurs, sans doute les internes bénéficient de nombreux privilèges puisque, dans le régime actuel, ils sont encore, parmi les étudiants, les seuls qui soient admis dans les laboratoires des hôpitaux, et aient le droit de s'exercer au maniement du bistouri et du forceps.

Mais, heureusement et malgré tout, il y a encore moyen de s'instruire pour les autres, pour ceux qui n'ont pas le privilège d'être internes de Paris. Qu'ils soient internes des hôpitaux de Lille ou de Marseille, de Versailles ou de Brévannes, qu'ils soient simplement externes ou stagiaires, il ne leur est pas interdit de « s'élever graduellement par leur propre travail dans la hiérarchie intellectuelle ». Il n'est pas de barrière d'ordre administratif, social, ni surtout scientifique, qui puisse empêcher une intelligence de s'élever ainsi.

Que les « titrés » de la médecine s'enorgueillissent moins ; que parce qu'à un moment donné ils ont fourni un effort de travail qui leur a permis d'écrire 2 bonnes copies en 2 heures, ils ne se croient pas en droit de mépriser leurs confrères, qui ne peuvent prétendre à d'autres titres que ceux que peut conférer la valeur scientifique et morale.

Nos « gradés » pourraient se garder de ce fâcheux travers, il en est parmi eux, et non des moins illustres, dont la simplicité et la modestie attestent la véritable hiérarchie intellectuelle.

Lorsque cette fâcheuse tendance d'esprit qui incite les gradés à mépriser les subalternes aura cessé de régner dans le milieu médical, lorsque le simple étudiant, le stagiaire qui travaille consciencieusement, sans autre préoccupation, se sentira moins méprisé, je crois qu'une grande réforme des études médicales, la principale peut-être, sera près d'être accomplie.

Je me permets, Monsieur et honoré confrère, de vous adresser ces quelques réflexions et vous prie d'agréer l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Trocmé.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Clinique de M. le Professeur Jaboulay.

Squirrhe du sein et diabète.

Nous opérerons tout à l'heure une femme âgée de cinquante-trois ans, atteinte d'une tumeur maligne développée dans la glande mammaire du côté droit. Nous ne pratiquerons pas sur elle une intervention simple et restreinte, comme semblerait le commander un trouble de la nutrition, dont elle est atteinte, mais une opération, large et complète.

Nous ne trouvons pas d'antécédents cancéreux dans sa famille. Son père et sa mère sont morts âgés, d'attaque d'apoplexie. Elle a trois frères ou sœurs vivants et bien portants.

Personnellement, notre malade n'a rien eu d'extraordinaire dans l'enfance, l'adolescence ou l'âge mûr.

Elle a été réglée à seize ans. Ses règles durent encore malgré son âge, aussi avons-nous examiné ses organes génitaux. Nous n'avons pas trouvé la lésion qui prolonge ordinairement la menstruation : nous n'avons pas trouvé de fibrome.

Mariée à vingt-sept ans, elle a eu cinq enfants, qu'elle a essayé de nourrir vainement parce qu'elle n'avait pas de lait et parce qu'elle a eu chaque fois des gerçures et des crevasses du mamelon, dont il faut tenir compte comme porte d'entrée possible des germes cancéreux.

Cette femme se portait bien, lorsque l'an dernier, sans avoir reçu de coup, ou fait de chute, en mettant la main sur sa région mammaire droite, elle constate la présence d'une induration indolore de la grosseur d'une noisette.

Six mois après avoir découvert cette tumeur, elle a présenté en outre, un petit écoulement séro-sanguinolent par son mamelon droit. Par lui-même, cet écoulement n'a pas grosse valeur. Il peut se voir aussi bien dans les tumeurs bénignes que dans les tumeurs malignes, il peut même se voir chez des femmes qui n'ont pas de tumeur. Dans le cas présent, il signifie néanmoins à cause des autres signes que nous constatons, dégénérescence maligne de la glande mammaire.

Cet écoulement a, du reste, peu frappé l'esprit de cette femme et ce n'est que quelques jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu qu'elle est allée consulter un médecin, parce que son sein, jusque-là indolore, était devenu le siège d'élancements douloureux. En toute sincérité, ce médecin lui a dit ne rien pouvoir pour elle, lui a conseillé de se faire opérer et nous l'a envoyée.

Cette femme a un habitus de parfaite santé, elle est absolument apyrétique.

La généralisation fréquente des cancers du

sein aux voies respiratoires se traduit par de la matité, de la submatité, des souffles, de l'égophonie, si l'on fait parler les malades en les auscultant. Chez elle, nous ne trouvons rien de pareil du côté des plèvres. Il n'y a rien non plus au parenchyme pulmonaire ; des noyaux cancéreux ne l'ont pas envahi.

Son cœur est en bon état ; nous n'entendons pas de souffle à l'auscultation.

Les artères et veines sont normales, à part de l'ectasie des veines du membre inférieur droit.

Du côté du système lymphatique, je tiens à vous signaler tout de suite, dans l'aisselle droite, une adénopathie caractéristique. Tout contre sa paroi interne ou thoracique, on sent de petits ganglions, durs et un peu moins mobiles que les ganglions ordinaires. Ils ont tous les caractères de l'adénopathie cancéreuse.

L'examen du sang nous a montré de la leucocytose, et en particulier, de la mononucléose, caractéristique de l'infection cancéreuse.

L'analyse des urines a montré qu'elles ne contenaient pas d'albumine. A notre surprise, la réaction à la liqueur de Fehling, nous a donné un précipité rouge d'oxydule de cuivre. Cette malade, qui ne présentait ni polydipsie, ni polyphagie, ni polyurie, avait donc du sucre dans ses urines. Du fait de l'absence de tout signe clinique du diabète, nous avons pensé à une erreur. Peut-être avait-elle versé une potion sucrée dans ses urines. Nous l'avons alors cathétérisée, pour recommencer la réaction. A deux ou trois reprises, elle a été positive, le diagnostic de diabète s'impose donc. Or le diabète, retenez-le, précipite la marche des tumeurs malignes, complique la guérison des plaies opératoires, nous aurons donc à nous demander si, malgré ce trouble de la nutrition, nous sommes en droit de proposer une intervention. Il n'y a pas de contre-indications opératoires du côté des autres viscères. Le tube digestif est sain ; il n'y a pas de cancer secondaire développé dans la cavité péritonéale. Il n'y a rien du côté du squelette et surtout rien du côté du rachis. Son envahissement se traduirait par de la paraplégie et des douleurs atroces.

La tumeur que présente cette femme dans la région mammaire droite ne détermine aucune réaction douloureuse. Il y a deux ou trois semaines, elle a bien ressenti quelques petits élancements ; mais depuis, elle n'en a plus éprouvé ; nous pouvons donc dire que notre malade ne souffre pas spontanément. L'examen est, lui aussi, indolore et l'on ne peut s'empêcher de remarquer le singulier contraste coexistant entre l'indolence et la gravité de l'affection.

Il n'y a rien du côté de la musculature. Le bras droit exécute sans gêne les mouvements de rotation en dedans ou en dehors, de projection en avant ou en arrière, de circumduction.

La poitrine, mise à découvert, vous voyez que le sein droit ne ressemble pas du tout au sein gauche. Il est un peu plus élevé ; la maladie l'a rétracté en haut, contre la paroi thoracique et l'a diminué de volume. A part cet aspect extérieur, il n'y a rien de changé. Si vous y mettez la main vous ne trouvez pas d'élévation de la température locale. La palpation profonde vous montre, siégeant dans la partie externe du sein, une tuméfaction irrégulière et grenue, paraissant constituée par de petits nodules soudés entre eux. L'un d'eux, plus saillant situé à un travers de doigt en dehors de mamelon, de la grosseur d'une noisette est celui qui a dû attirer l'attention de notre malade. La consistance en est dure, non fluctuante, que l'on recherche la fluctuation entre deux doigts ou que l'on refoule d'une main la glande mammaire contre la paroi thoracique, l'autre enserrant la base du sein.

Si vous essayez de mobiliser la tumeur, vous constatez son immobilité, son adhérence à la glande mammaire rendant tout déplacement impossible.

Examinons aussi les rapports de cette tuméfaction et des différents tissus constituant la région mammaire.

La peau a, apparemment, tous les caractères de celle du sein gauche. Elle n'a pas changé de coloration, ne présente pas de vascularisation supplémentaire.

Si au contraire, on essaye de la mobiliser, on voit qu'elle est plus adhérente que d'habitude. Ce phénomène est expliqué par les adhérences envoyées à la partie profonde de la peau par le feuillet supérieur du fascia superficialis.

Dans l'intérieur de la glande mammaire se trouve la tumeur décrite.

L'appareil artériel de la glande est sain. La circulation veineuse s'effectue bien, puisqu'il n'y a ni dilatation anormale de ces vaisseaux, ni œdème.

Si les artères et les veines sont intactes, les lymphatiques sont envahis, nous pouvons le dire en toute assurance, puisque leurs relais ganglionnaires sont frappés de dégénérescence.

Comment se comporte la profondeur de la région mammaire par rapport à la face externe du grand pectoral ?

Normalement, la glande peut se déplacer sur le grand pectoral contracté et ce déplacement est facilité par la bourse de Chassaignac. Si, notre malade, s'efforçant de rapprocher son coude du thorax, on s'oppose d'une main à ce mouvement qui a pour effet de contracter son grand pectoral, si de l'autre, nous essayons de mobiliser sa glande, nous constatons qu'elle est mobile. Donc pas d'adhérences au grand pectoral, la bourse de Chassaignac n'est pas envahie.

Notre examen a aussi porté sur le mamelon. Il

est dissemblable de celui du côté sain. Rétracté à l'intérieur de la glande, il paraît avoir été aspiré, et les tractions exercées avec les doigts pour le tirer en dehors restent vaines, du fait des adhérences qui le soudent à l'origine des canaux galactophores.

Enfin, dans ce sein, plus de secrétion.

Si nous nous résumons, nous sommes en présence d'une femme âgée, ayant toujours joui d'une bonne santé, ayant présenté de petites crevasses du sein. Elle s'aperçoit, il y a six mois, de la présence d'une tuméfaction dans son sein droit, tuméfaction indolore, qui s'est accompagnée d'un écoulement séro-sanguinolent.

Maintenant, à l'examen, elle paraît bien portante à première vue, elle est apyrétique et n'a aucune altération pulmonaire.

Dans son sang, nous voyons de la mononucléose. Dans ses urines, pas d'albumine, mais elle a quatre grammes de sucre par litre. Nous n'avons trouvé chez elle, aucune altération de sa zone génitale. Elle n'a rien au tube digestif ; aucune généralisation du côté des enveloppes du système nerveux. Elle présente, dans son sein droit, une tuméfaction qui ne gêne pas les mouvements du membre supérieur correspondant, qui rétracte son sein et le diminue de volume, tuméfaction solide, adhérente et enchâssée dans la glande, s'accompagnant d'une adénopathie localisée à l'aisselle correspondante, adénopathie dure et caractéristique de l'infection cancéreuse.

Nous avons assez dit que nous avions affaire à une maladie du tissu glandulaire. Les vaisseaux n'ont pu lui donner naissance ; en effet, ils sont sains. Les lymphatiques et la peau sont envahis mais secondairement, ils ne sont donc pas le point de départ de la tumeur ; ceci admis, il s'agit de définir la nature de cette maladie.

Cette femme aurait droit à une affection chronique. Il est, en effet, des femmes qui ont eu des accidents infectieux, des crevasses, des gerçures et qui font des abcès chroniques du sein, abcès non tuberculeux, mais à staphylocoques. Se collectant de façon très lente, ils arrivent peu à peu vers la peau, lui donnent l'aspect de la peau d'orange et en imposent pour du cancer. Ces cas ne sont pas rares dans les services hospitaliers. Un examen attentif, la recherche de la fluctuation que vous sentirez, en refoulant la glande contre la paroi thoracique, vous permettront le diagnostic.

Un autre signe qui doit éveiller l'attention est le siège de ces tuméfactions. Divisant notre région mammaire en deux secteurs, l'un interne, l'autre externe, par un plan vertical passant par le mamelon, nous voyons que notre tumeur siège dans le segment externe. Or, le segment externe n'est pas le siège de l'affection chronique à staphylocoques. Ces pseudo-tumeurs siègent dans le segment interne et pratiquement, sachez que la tumeur du segment interne veut ordinairement dire tumeur bénigne ou abcès chronique, et tumeur du segment externe veut dire souvent tumeur maligne.

Quoi qu'il en soit de cette règle clinique souvent vraie, nous devons discuter de façon plus approfondie, la bénignité ou la malignité de la tuméfaction qui nous occupe.

Parmi les tumeurs bénignes, se trouve l'adénome, qui se voit surtout chez la jeune fille. Il est toujours mobile au milieu de la glande mammaire, ce qui n'est pas ici. Dans le même ordre d'idées, avons-nous affaire à la mammite noueuse du sein ? Dans cette affection toujours bilatérale, nous n'avons pas d'atrophie. Les deux seins sont au contraire gonflés, et il n'y a pas d'adénopathie. Voilà plus qu'il n'en faut pour rejeter ce diagnostic chez cette femme.

Du fait de l'adénopathie, de la rétraction du mamelon, nous disons tumeur maligne, mais il faut en déterminer la variété.

Le sarcome, variété la moins méchante, rend le sein très volumineux, élève la température locale, fait éclater les téguments, s'accompagne de dilatation veineuse et non d'adénopathie. Ce tableau est dissemblable de celui présenté par notre sujet.

Le carcinome augmente lui aussi le volume du sein. Il ne s'agit donc pas d'un carcinome. Il n'y a qu'une tumeur maligne qui déforme ainsi le sein, c'est le squirrhe. Notre diagnostic est donc celui d'épithélioma du sein à forme squirrheuse rétractile.

Pour constituer cette tumeur les germes cancéreux ont pu prendre deux voies principales : la voie sanguine ou la voie externe. Je croirais que chez notre malade, la porte d'entrée a été extérieure, et que les germes cancéreux ont pénétré dans son sein, lors des cinq tentatives d'allaitement suivies de crevasses.

A l'opération, nous trouverons le sein de notre malade transformé en tissu blanc, lardacé, dur. Si vous examiniez ce tissu au microscope, il vous serait impossible de trouver dans votre mémoire quelque tissu qui puisse lui être rapproché, il n'a point d'homologue dans l'organisme. C'est bien un tissu hétéromorphe d'origine parasitaire. Dans les ganglions, vous verriez le même tissu, la pression en ferait sortir les mêmes vermiotes.

Il y a six mois que notre malade s'est aperçu de sa tumeur. Elle était à l'époque de la grosseur d'une noisette. La marche n'est pas rapide, elle a peu augmenté.

La durée du cancer du sein est ordinairement de cinq ans, si l'on n'opère pas. Il peut y avoir des variations en deçà ou en delà. Si la virulence est très atténuée, on peut voir des survies de dix ans ; si par contre elle est augmentée, le cancer évolue

✦✦

en cinq ou six mois. Cette marche est, à mon avis, généralement ralentie par l'opération, mais la guérison opératoire définitive n'existe pas, et on doit rapporter à des erreurs de diagnostic les prétendues guérisons radicales obtenues par l'intervention.

Non opéré, le cancer de cette malade se porterait vers la peau, la riderait de plus en plus, l'ulcérerait. Il se ferait alors un suintement de sang, un écoulement d'ichor cancéreux, d'odeur spéciale. Peut-être que de petits nodules durs, constituant les pustules cancéreuses, apparaîtraient sur la peau du thorax. Elles pourraient se rapprocher et l'enserrer en faisant une vraie cuirasse de cancer, gênant la respiration. Il nous serait possible d'avoir chez cette femme, de grosses adénites axillaires ou sus-claviculaires, comprimant les organes nobles de ces régions, amenant de l'œdème et de la paralysie du membre supérieur droit.

Elle pourrait encore faire des métastases viscérales, surtout du côté de l'appareil respiratoire. Elles se traduiraient par de la dyspnée au moindre effort, par des signes d'épanchement pleural. A ce moment, l'affection marche vite, et en quelques mois, tout est terminé. Le foie serait peut-être le siège d'une généralisation, il deviendrait dur, bosselé. Le squelette et surtout le crâne, le sternum, le rachis, ne sont pas épargnés par cet envahissement.

L'envahissement de la base du crâne se traduit par des signes de tumeurs intra-craniennes. Celui de la partie dorsale du rachis est encore plus fréquent et en pratique, méfiez-vous de ces femmes qui présentent des douleurs, de la constriction en ceinture. Elles feront rapidement de la paraplégie, seront condamnées au lit et mourront dans des souffrances atroces.

Le tableau final est peu rassurant et le pronostic est fatal.

Pour retarder l'évolution de cette maladie nous abandonnerons les rayons X, la lampe de Cromayer, auxquels on ne doit recourir que si l'opération chirurgicale est formellement contre-indiquée.

Nous pourrions faire une intervention restreinte enlevant seulement la glande mammaire dégénérée ou bien une intervention large supprimant toute la région envahie.

Ici, nous avons le choix, mais n'oublions pas que notre malade est diabétique. Cette diathèse précipite ordinairement la marche des tumeurs malignes. En réalité, dans le cas présent, le cancer paraît avoir été peu influencé par le diabète. Mais, d'autre part, ce trouble de la nutrition empêche la cicatrisation des plaies, les rend plus sujettes à l'infection, aussi devons-nous nous demander s'il ne faut pas plutôt faire une opération restreinte.

J'en suis pour l'opération large. Notre incision entourera le sein, remontera jusqu'à la racine du membre supérieur, ira jusqu'au squelette en profondeur. Nous ôterons le sein, le grand pectoral, le tissu cellulo-graisseux et les ganglions de l'aisselle. Nous ferons un drainage plus large que d'habitude, du fait de la moindre résistance à l'infection et essaierons la réunion par première intention.

Les suites seront normales, s'il n'y a pas d'infection du côté des sutures. Si nous voyons quelque chose de suspect, nous enlèverons les fils et panserons à plat.

Ainsi le diabète n'est pas une contre-indication formelle à une intervention large et complète, qui, je crois, peut seule être utile à notre malade. Nous devons seulement en assurer la réussite par le plus de précautions opératoires possibles et une surveillance attentive jusqu'à complète cicatrisation.

(*Recueillie par* G. Naz, *interne.*)

LA SEMAINE MÉDICALE

La désinfection cutanée est-elle possible ?

M. le Dr Sabouraud a étudié dans la *Clinique* la question de la désinfection de la peau, et ses conclusions sont très précises : la peau *infectée* ne peut être désinfectée, seule la peau *salie* peut être désinfectée, mais avec de grandes difficultés.

« Supposez une peau ordinaire, des mains normales, après une heure cinq de savonnage en trois cuvettes avec savons, eau et brosses stérilisées, chaque main porte encore dix germes au moins, dont on peut obtenir la culture... Il faut un savonnage de quarante minutes et vingt minutes d'immersion et de frictions dans l'eau oxygénée à douze volumes pour faire une peau rigoureusement propre et aseptique. Mais, tout cela n'est rien, si, au lieu d'expérimenter sur une peau *salie*, nous avons agi sur une peau *infectée*. Ici, la désinfection n'est plus seulement difficile, elle est impossible. Pourquoi cette différence, c'est que la peau salie est salie en surface, tandis que la peau infectée est infectée dans sa profondeur, dans ses follicules.

Ce n'est pas à dire, du reste, que les infections cutanées chroniques effractent souvent plus que les couches épidermiques superficielles. Le *pityriasis capitis* entame à peine la couche cornée. La *séborrhée grasse* n'entame rien du tout : le microbe qui la caractérise habite le tiers supérieur du follicule pilaire, sans aucune effraction. La collection microbienne dilate le follicule et s'y reproduit au sein d'une sorte de chrysalide, faite de l'étui corné du follicule. Prenez de même les parasites, qui font la teigne tondante ou le favus; ils habitent le cheveu dans sa partie cornée, c'est-à-dire au-dessus du bulbe pilaire, et jamais

le bulbe lui-même. Cependant, aucune de ces infections n'est curable par l'antisepsie externe.

« L'antisepsie du follicule pilaire infecté est chose irréalisable. Aucun agent solide, liquide ou gazeux n'y parvient jamais.

Toutes les infections pilaires et folliculaires de la peau humaine le démontrent. Dès lors qu'un parasite vivra, même accessoirement et occasionnellement dans le follicule pilaire, même s'il y reste confiné en son tiers supérieur, jamais les topiques externes ne le tueront.

« Or, les quatre parasites, qui constituent la flore commune de la peau humaine :

« La *spore de Malassez*,
« Le *coccus polymorphe* de Cedercreutz,
« Le *micro-bacille* séborrhéique,
« Et le *demodex folliculorum* sont dans ce cas.

« L'argument de ceux qui voient dans la perpétuité de la séborrhée et du pityriasis capitis la preuve de leur origine interne et profonde est donc invalide. Ces maladies peuvent être microbiennes et incurables par les moyens antiseptiques que nous connaissons. Elles peuvent l'être comme le favus l'était avant l'épilation, comme les teignes tondantes l'étaient avant les rayons X, parce que l'antisepsie du follicule est impossible et que les quatre parasites communs de la peau y trouvent un refuge.

« Ne comprenant pas l'impossibilité où nous sommes de stériliser la peau humaine infectée, beaucoup d'auteurs ont accusé le tempérament du sujet ou ses diathèses d'être la cause de la permanence de ces infections. Je ferai remarquer seulement qu'on incrimine dans un état morbide des causes profondes (vice congénital ou diathèse) d'autant plus aisément qu'on se place, en les invoquant, en dehors de toute preuve et de toute définition scientifique, et que c'est là, le plus souvent, un simple exemple de survivance de préjugés anciens chez le médecin.

« A toutes les époques, la médecine a pensé de même, quand elle s'est trouvée devant une infection cutanée chronique. On a attribué le favus à une diathèse jusqu'à ce que la diathèse ait disparu par épilation. Je ne veux pas dire qu'il en sera de même pour les infections cutanées banales que nous ne savons pas guérir. Mais, ce qu'il faut savoir, c'est que ces infections — constantes et particulières — qui accompagnent, l'une le pityriasis capitis, l'autre la séborrhée sont jusqu'ici indestructibles par l'antisepsie externe. On les atténue, on ne les détruit pas. »

Les injections de fibrolysine dans un cas de cardiopathie grave.

La thérapeutique des affections chroniques du cœur se bornait jusqu'ici à l'emploi de l'iodure accompagné de cures périodiques de digitale, de spartéine, de théobromine ou de strophantus et de régime lacté. Depuis quelques années, nous possédons un nouveau médicament efficace contre les cicatrices fibreuses, la *thiosinamine* ou *fibrolysine* ; M. Rénon en a obtenu de bons résultats dans l'aortite chronique et dans la symphyse cardiaque avec médiastinite.

M. *Guido Castelli*, de Florence, vient de publier une intéressante observation de notable amélioration par l'emploi de ce procédé dans un gros cœur rhumatisant de Duroziez.

Les injections de fibrolysine furent faites tous les deux jours pendant 3 mois environ.

La préparation employée était celle d'une solution d'nn gramme de thiosinamine pour 25 grammes d'eau stérilisée : 5 cc. (20 centigr. de thiosinamine).

A propos des médicaments anti-odontalgiques

Notre confrère, M. le Dr Dunogier, nous signale comme dangereuse une des formules de remèdes odontalgiques que nous avons empruntées aux « Consultations et thérapeutique dentaires » de MM. Estéoule et Dauzier, page 506, n° 28 du *Concours Médical* :

Formol à 40 %	12 gr.
Essence de géranium.....	2 gr.

« *Cette mixture est douloureuse et caustique* même pour une pulpe non dénudée, — dit M. Dunogier, je n'en conseille pas l'emploi. »

Nous avons cité cette formule sur la foi des auteurs indiqués ci-dessus : nous nous empressons d'enregistrer les observations de M. Dunogier.

Les fausses hématuries.

Avant de porter le diagnostic d'hématurie, il faut avoir présentes à l'esprit les différentes causes d'erreur qui produisent dans les urines une couleur rouge d'apparence sanglante.

Le *Journal des Praticiens* cite à ce propos les remarques de M. le Dr Robin dans une leçon clinique :

« De simples modifications chimiques rendent compte de cette couleur rouge. C'est ainsi que le *pyramidon* produit des urines rouges, en se transformant dans l'organisme en un composé de cette couleur (acide rubazonique).

« D'autres fois, c'est la rhubarbe qui est en jeu, quand le sujet avale par dessus une boisson alcaline. Un malade, affolé, vint un jour consulter M. Robin. Il urinait, croyait-il, du sang, et en effet ses urines étaient rouges, mais elles ne renfermaient ni globules rouges, ni matières colorantes du sang.

« Ce malade s'était purgé la veille avec de la rhubarbe et dans la nuit, ayant soif, avait consommé une bouteille d'eau de Vichy. Or, la rhubarbe se décompose dans l'organisme en acide chrysophanique, lequel devient rouge avec addition d'un alcalin. L'eau de Vichy avait produit cette coloration dans la vessie.

« Il est bon que les praticiens connaissent cette réaction, qui pourrait, le cas échéant, leur causer de l'embarras. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Emploi des arsenicaux en agriculture. — Le chien, porteur de bacilles d'Eberth. — Sérothérapie du rhumatisme articulaire aigu. — Etiologie de la cirrhose atrophique du foie. — Cirrhose du foie guérie par l'opothérapie hépatique.

Il y a un an, à la suite d'une intervention de M. Cazeneuve, l'*Académie de médecine* nommait une commission chargée d'étudier les dangers de l'*emploi des arsenicaux en agriculture* et les mesures à proposer pour conjurer ces dangers. Les travaux de cette commission viennent de se terminer par la lecture à la tribune de l'Académie du rapport de M. Duguet.

Le rapporteur estime que la durée de l'enquête — une année — a été insuffisante pour donner des résultats rigoureux. Ceux qui y ont collaboré ont dû puiser plutôt dans leurs souvenirs que dans leurs observations. La commission demande, dès lors, que l'enquête soit reprise, complétée, qu'elle porte sur deux années consécutives, et que, en attendant, pour éviter les accidents dans la mesure du possible, on adopte les mesures suivantes :

a) Les sels arsenicaux destinés à être mis en usage pour les besoins de l'agriculture, sels dont il faut rigoureusement exclure ceux à base de plomb, seront délivrés désormais seulement sur l'avis des professeurs d'agriculture et sur permis des autorités compétentes ;

b) Ils seront dénaturés quant à la couleur et à l'odeur.

c) Ils seront toujours conservés dans un endroit sûr.

d) Ils seront délivrés sous leurs noms véritables.

e) Leur emploi sera prohibé pour les cultures maraîchères.

f) Ils cesseront d'être employés dès l'époque où les fruits commenceront à apparaître.

— M. Courmont fait à l'*Académie de médecine* une communication sur *le chien porteur de bacilles d'Eberth*.

Le chien peut propager le bacille d'Eberth par l'intermédiaire de ses matières fécales. Il peut être porteur de bacilles. Il suffit, pour le démontrer, d'analyser la flore bactérienne des matières fécales de chiens, avant et après l'ingestion de matières d'hommes atteints de fièvre typhoïde. L'animal, dans ces conditions, n'éprouve aucun symptôme, mais il émet, par ses fèces, les bacilles d'Eberth qu'il a absorbés. Le bacille ne fait que traverser l'intestin sans s'y multiplier, sans s'y acclimater, sans infecter les voies biliaires et sans influencer l'organisme de l'animal.

Une conclusion pratique découle de ces expériences :

Le chien est capable de disséminer la fièvre typhoïde s'il a ingéré des bacilles d'Eberth. Nombreux sont les chiens de paysans exposés à cette contamination. Le chien devient alors pendant quelques jours un véritable porteur de germes, et un agent de contagion directe ou de contagion indirecte (par pollution des eaux potables, des légumes, etc.). C'est là un nouvel argument en faveur de la surveillance des typhiques en cours de maladie, et de la nécessité de la désinfection des selles typhiques aussitôt après leur émission.

— M. Widal présente à l'*Académie de médecine* un rapport sur un travail de M. Georges Rosenthal, intitulé : *La sérothérapie du rhumatisme articulaire aigu et le Wright vaccin du rhumatisme*.

M. Rosenthal a étudié l'action d'un sérum préparé contre le rhumatisme articulaire aigu à l'Institut sérothérapique de Grenoble, avec la collaboration de MM. Jourdan et Berlioz. Le sérum en question est obtenu en immunisant des chevaux par injection hypodermique, puis intraveineuse, de toxines et de cultures de bacilles d'Achalme.

M. Rosenthal a préparé également un Wright-vaccin du rhumatisme.

— M. Lancereaux expose à l'*Académie de médecine* une conception nouvelle de l'*étiologie et de la prophylaxie de la cirrhose atrophique du foie*.

L'opinion de la plupart des médecins français et étrangers est encore que la cirrhose atrophique du foie (cirrhose granulée, dite aussi cirrhose alcoolique, œnolique, de Laënnec, etc.) résulte d'excès alcooliques prolongés. M. Lancereaux n'hésite pas à affirmer que c'est là une erreur. Une observation clinique attentive lui a montré que les cirrhotiques ne sont pas des buveurs d'alcool (liqueurs, apéritifs), mais des buveurs de vin, et le plus souvent de vin blanc, pris le matin à jeun en partie. Ses malades avouaient absorber de deux à quatre litres de vin, et plus, dans les vingt-quatre heures.

Les excès de boissons spiritueuses agissent sur le foie d'une façon différente : au lieu de provoquer de la cirrhose atrophique, ils déterminent de la stéatose des cellules hépatiques avec augmentation du volume de l'organe, fréquemment accompagnée, du moins à une certaine période, d'hémorrhagies et d'insuffisance hépatique.

Sachant ainsi que le vin est bien la cause de la cirrhose atrophique et que l'alcool n'y joue aucun rôle important, M. Lancereaux s'est demandé quelles pouvaient être, dans le vin, boisson complexe, les substances productrices de la sclérose du foie. Ce sont, pour lui, les sels du vin, et en particulier les sulfates, le sulfate de potasse. L'auteur appuie son opinion sur une série d'expériences au cours desquelles il a pu provoquer, chez des chiens, à la suite de l'ingestion assez prolongée de sulfates, des altérations atrophiques du foie. Les animaux faisant usage d'autres sels (acétate, tartrate, etc.) ont conservé un foie normal.

Les vins dangereux seraient, dès lors, les vins travaillés pour la conservation, plâtrés, soufrés

ou sulfités à plusieurs reprises. A côté du vin, la bière, soumise aux mêmes moyens de conservation, peut avoir les mêmes effets.

La prophylaxie de la cirrhose consisterait donc à ne livrer à la consommation que des boissons de bonne qualité. Au nombre des mesures de prévention, on doit mettre en première ligne la suppression du plâtrage et du sufiltrage et leur remplacement par des procédés de conservation inoffensifs. On a proposé, par exemple, de remplacer le sulfate de chaux par le phosphate de la même base, ou l'addition, au moment de la mise en cave, d'acide tartrique et de craie concassée.

— A la *Société de l'internat*, M. MASBRENIER rapporte l'observation d'un cas de *cirrhose de Laënnec guérie par l'opothérapie hépatique*.

Le malade, mis au régime lacto-végétarien, prit de l'extrait hépatique pendant plusieurs mois sans interruption. Actuellement, la cirrhose et les accidents qu'elle provoquait (ascite, troubles digestifs) ont disparu.

P. L.

DÉMOGRAPHIE ET PUÉRICULTURE

Rôle des Gastro-entérites infantiles dans la Dépopulation.

La dépopulation, — la diminution de la natalité française qui en est une des causes les plus instantes, — sont plus que jamais à l'ordre du jour des questions qui passionnent tout ce qui réfléchit, tout ce qui pense. Médecins, économistes, législateurs,... tous dissertent à l'envi sur l'origine d'un mouvement qui semble s'accentuer de jour en jour, — s'effrayent des conséquences qu'il entraîne pour l'avenir de la race et du pays, — et cherchent à découvrir et à indiquer les remèdes qui leur paraissent les plus propres à enrayer ce mouvement.

Tandis que les uns, — émus à juste titre de la proportion croissante des avortements provoqués, — proposent les mesures qu'ils croient efficaces pour restreindre, sinon supprimer, cette criminalité particulière ; tandis que d'autres déclarent la guerre au malthusianisme stérilisateur et le poursuivent dans les multiples aspects qu'il revêt pour s'offrir aux amateurs de rapprochements sans conséquence et faire leur conquête; d'autres encore ont foi que les encouragements donnés aux familles nombreuses peuvent être de nature à inciter les couples à faire souche d'un multiple lignage. Le professeur Lannelongue, chez qui le médecin se double d'un vieux parlementaire blanchi sous le harnois, ne craint pas de préconiser, sous la forme d'un projet de loi, des procédés véritablement coercitifs, qui menacent les célibataires impénitents aussi bien que les ménages sans enfants dépendant de l'autorité administrative, — tels que les fonctionnaires, — dans leur fortune et dans leur situation.

Encore que quelques publicistes affectent de prendre la chose « à la blague » ou même contestent le plus sérieusement du monde l'intérêt du nombre pour un peple qui, comme le nôtre, rachète par la qualité les insuffisances de la quantité, — il y a dans la croisade entreprise en faveur de la repopulation, une tentative généreuse à laquelle les meilleurs esprits ne peuvent manquer de se rallier, au moins en théorie.

En théorie, — c'est à dessein que j'écris ce mot — car j'ai peine à croire qu'en pratique, les résultats soient jamais en rapport avec les efforts dépensés.

En France en effet, dans les unions légitimes de la bourgeoisie et même du peuple, la procréation volontaire, recherchée, s'applique généralement au premier enfant, rarement au deuxième, exceptionnellement au troisième. Le plus souvent, une deuxième grossesse, et à plus forte raison une troisième, sont la conséquence d'un instant d'oubli, d'une erreur, d'une imprudence. On peut déplorer de telles mœurs. Ce serait un leurre, à mon sens, que d'attendre d'une mesure fiscale ou de l'élargissement du droit de tester une modification aussi profonde dans la mentalité de la plupart de nos contemporains.

C'est matière délicate, certes, que celle qui traite des mystères de l'alcôve, et nul ne peut nier que la crainte d'une grossesse avec ses risques, et l'effroi de l'accouchement avec ses affres, ses douleurs et parfois ses dangers, ne soit surtout chez les récidivistes, un modérateur puissant des étreintes que la seule passion aveugle au point de les rendre éventuellement fécondes.

***

En réalité, le problème de la dépopulation est complexe. Nous venons d'en examiner rapidement l'un des termes. Il en est un autre, dont on ne parle pas assez, qui est tout aussi intéressant et qui mérite qu'on s'y arrête longuement.

Si la population diminue, c'est sans doute parce qu'on ne fait pas assez d'enfants ; mais c'est aussi — et la statistique, avec l'éloquence brutale de ses chiffres, est là pour me donner raison, — que parmi ceux qui sont procréés, il y en a un contingent énorme qui disparaît prématurément.

Sait-on combien de nourrissons meurent par an en France ? Le Professeur Courmont, de Lyon, nous répond : 120.000.

120.000 ! La population d'une ville de l'importance de Rouen ! C'est effrayant et à peine croyable. Pour apprécier au juste ce que de telles hécatombes ont de particulièrement révoltant pour la conscience humaine, de réellement monstrueux pour la civilisation que nous nous flattons d'avoir développée à un si haut degré, il suffit de rechercher les causes d'une léthalité aussi considérable et d'examiner dans quelle mesure ces causes sont sous la dépendance de la volonté ou de l'incurie. En d'autres termes, il est nécessaire d'évaluer la proportion de décès dus à des affections parfaitement évitables, si l'on voulait se donner la peine d'appliquer à la puériculture les lois d'une hygiène sagement raisonnée.

Est-il donc si difficile d'atteindre cet idéal qui consiste à faire économie de vies humaines ? Voyons plutôt ce qui se passe autour de nous en Europe. Alors qu'en France 15 % des nouveau-nés meurent dans la première année de leur existence, la proportion n'est plus que de 10 % en Angleterre, de 8 % en Suède, de 7 % seulement en Norvège.

Parmi les affections évitables, il faut placer au premier plan les *maladies de l'appareil gastro-intestinal*, la Diarrhée, l'Entérite, la Gastro-entérite, dont la plupart reconnaissent dans leur étiologie une ignorance ou une méconnaissance par trop manifeste de l'hygiène. L'Entérite à elle seule tue 385 nourrissons pour mille par an, — près du tiers de la mortalité totale.

Les affections en question sont conditionnées par différents facteurs dont les uns sont communs à tous les enfants, qu'ils soient élevés au sein ou artificiellement. Ce sont entre autres, le sevrage prématuré et un défaut de réglage et de calcul des tétées, hors de proportion avec les besoins et la capacité digestive du nourrisson.

Elles sont infiniment moins fréquentes et moins meurtrières dans la première de ces deux catégories. La qualité de l'aliment n'intervient en effet ici que d'une façon limitée et transitoire, car relativement rares sont les circonstances qui rendent une nourrice impropre à un allaitement dépourvu de dangers, et il est possible la plupart du temps d'y porter opportunément remède.

En ce qui concerne les enfants élevés au biberon, la grande, la principale cause des maladies gastro-intestinales est la mauvaise qualité du lait, sa préparation exempte de précautions même rudimentaires, à quoi il faut ajouter les inconvénients inséparables de l'usage d'un récipient, — le biberon, — qui sont loin d'être quantité négligeable.

Soyons justes pourtant, et reconnaissons qu'un progrès considérable vient d'être accompli à ce dernier point de vue, par le vote de la loi qui interdit la fabrication et la vente du biberon à tube, de si fâcheuse mémoire. Tout au plus déplorerons-nous qu'il ait fallu plus de vingt ans pour que le cri d'alarme poussé par les pédiâtres émûles pouvoirs publics et fût écouté d'eux. Inclinons-nous toutefois devant le fait enfin accompli, et espérons qu'il portera d'heureux fruits.

***

La Bactériologie des Diarrhées infantiles et des Gastro-entérites vient d'être tout récemment précisée par Metchnikoff, qui a découvert et démontré que l'agent pathogène n'en est autre que le *Bacillus proteus*.

Le *B. proteus* est très répandu dans la nature et dans notre ambiance. On le trouve sur les légumes, sur les fruits, sur les mains, sur les ustensiles qui servent à préparer les aliments, dans la croûte des fromages fermentés où les mouches viennent en quelque sorte le cueillir pour le véhiculer et le diffuser en mille endroits divers.

En outre, sa virulence augmente considérablement pendant la saison chaude. Ainsi s'explique que Juin, Juillet et Août soient les mois terribles pour les nourrissons, et que les épidémies gastro-entéritiques éclosent et règnent principalement en été.

On conçoit sans peine que, dans le temps qui s'écoule entre l'issue du lait hors de l'organisme galactogène et sa pénétration dans l'estomac de l'enfant, il y a mille et une chances, si tout reste livré au hasard, pour que ce lait soit contaminé par le *B. proteus* qui a les meilleures raisons du monde de se trouver sur le pis de l'animal, sur les mains du trayeur, sur les différents récipients dans lesquels l'aliment séjourne.

Indépendamment de cette contamination spécifique, le lait, qui est, comme l'on sait, un excellent milieu de culture, peut emmagasiner quantité d'autres bactéries, et subir des altérations dues aux fermentations propres dont il est le siège, fermentation lactique, butyrique, caséique, « Un lait récolté en octobre, — écrit M. Vallée dans « l'*Hygiène*, — à 6 heures du matin, dans des « conditions ordinaires, renferme à l'arrivée au « laboratoire, deux heures après la traite, 9000 « microbes au centimètre cube. Il fournit ensuite, « toujours au centimètre cube, après une heure « de séjour dans le laboratoire : 31.700 bactéries; « après 3 heures : 35.000 ; après 7 heures : 60.000 « après 9 heures : 120.000 ; après 25 heures : « 5.600.000 bactéries.

« D'autres laits sont plus pollués encore ... »

Les conséquences de ces altérations sont faciles à tirer. Elles ressortent à deux ordres de faits : d'une part, le lait modifié dans sa constitution chimique cesse d'être un aliment adéquat aux capacités digestives de l'enfant et devient un toxique susceptible de déterminer des irritations gastro-intestinales plus ou moins intenses ; c'est l'*intoxication*. D'autre part, les microorganismes interviennent avec leurs propriétés nocives, soit qu'ils soient pathogènes en eux-mêmes, soit qu'ils rencontrent dans un milieu intestinal anormal les conditions favorables à leur pullulation et à l'exaltation de leur virulence ; c'est l'*infection*.

A ce mécanisme générateur des Diarrhées infantiles et des Gastro-entérites, ajoutons, en les rappelant, les dangers de la précocité d'une alimentation que l'enfant est incapable de digérer et moins encore d'assimiler : bouillies, soupes, etc. Citons aussi pour mémoire l'ingestion meurtrière de viande, de café, et même d'eau-de-vie, — on en connaît des exemples avérés, — dont il est superflu de faire valoir l'inopportunité.

***

Ceci connu, la prophylaxie des maladies digestives du nourrisson est désormais facile à formuler, sinon à mettre en pratique. Elle est contenue presque tout entière dans cette proposition : ne donner au nourrisson qu'un lait exempt de toute souillure.

Il y a des préceptes qui sont banals à énoncer et qui tiennent dans cette simple phrase : *apporter la propreté la plus minutieuse dans toutes les opérations que subit le lait, depuis sa traite jusqu'à son absorption*. Par malheur, c'est infiniment plus

facile à dire qu'à obtenir. On se heurte en effet à l'ignorance, à la routine, aux préjugés si durs à déraciner.

Là pourtant, les Pouvoirs Publics pourraient, s'ils le voulaient bien, faire œuvre utile et salutaire. L'étranger vient à cette occasion nous offrir des exemples singulièrement instructifs. Jugez-en plutôt.

En Amérique, la vente du mauvais lait est considérée comme un *crime* et punie comme telle.

« L'installation des marchands de lait est soumise aux règles les plus sévères. Il faut que la boutique soit tapissée de carreaux de faïence du haut en bas, et qu'il n'y soit vendu autre chose que du lait et un peu de crème.

« On ne doit pas y vendre de fruits, de légumes, pas même un peu de vanille. La sévérité est poussée à ses dernières limites. Les inspecteurs, qui passent 5 à 6 fois dans la journée, examinent le lait et y plongent des thermomètres, le lait ne devant pas dépasser une certaine température. Après avoir remué le lait, il faut qu'ils trouvent la même crème dans le bas que dans le haut, de sorte que le marchand ne peut pas vendre sa partie supérieure à raison de 28 sous le litre aux gens riches, et la partie inférieure à raison de 8 sous.

« La première infraction est passible de 600 fr. d'amende ; la deuxième de 1200 francs. Quant à la troisième, elle n'existe pas, parce que, immédiatement, on verse toute la marchandise dans le ruisseau, on ferme la boutique et, pendant douze mois, elle ne peut servir à un marchand de lait quelconque » (1).

Aussi à New-York, la mortalité infantile a-t-elle baissé dans des proportions fantastiques. Mais on n'y admet pas la vente du lait contenant plus de 30.000 bactéries par centimètre cube, tandis que le lait de Paris en renferme en moyenne 5.000.000....

Pourquoi ce qui se fait en Amérique, terre de la liberté par excellence, ne serait-il pas possible en France ?

Autre chose est d'exprimer des souhaits, de formuler des vœux ; autre chose est d'en réaliser l'accomplissement. Jusqu'à ce que notre République se décide à imiter sur ce terrain sa grande sœur d'outre-mer, combien de temps s'écoulera-t-il, pendant lequel les nourrissons continueront à voir suspendue au-dessus de leurs têtes, ou mieux de leur tube digestif, — telle une épée de Damoclès, — la terrible, l'implacable Gastro-entérite ? Combien de temps les médecins devront-ils avoir présents à la mémoire les principes d'un traitement dont le succès est corrélatif de sa précocité d'institution et de sa rigueur ?

Précocité d'institution ! Arrêtons-nous quelques instants sur cette notion primordiale de la thérapeutique des maladies digestives en général, et de la Gastro-entérite en particulier. A vrai dire, celle-ci est le plus souvent précédée de troubles intestinaux, insidieux, qui auraient cédé facilement à une intervention immédiate et relativement insignifiante, mais qui s'aggravent et se compliquent du fait de la négligence des nourrices et même des mères. Que dis-je ! De la négligence ! Le terme est trop faible et la puissance du préjugé est telle que dans certains milieux ces troubles sont *respectés* comme des manifestations salutaires pour la santé de l'enfant.

Un nourrisson souffre et sa mimique indique que cette souffrance est due à des coliques intestinales. Des coliques, d'où cela provient-il ? Bébé a trop tété, ou bien il a des vents..... Fi, le vilain gourmand !!! Les selles perdent leur homogénéité, des flocons de caséine apparaissent dans leur masse : cela n'a pas d'importance ; ce sont les dents ! Leur belle coloration jaune d'or fait place à une teinte vert d'oseille, l'acidité des déjections qui y correspond irrite les fesses et les cuisses du petit : cela ne mérite pas qu'on s'en occupe ; ce sont des « feux » qui passeront comme ils sont venus. C'est parce qu'il est trop fort, trop vivant, que l'enfant présente ces petites anomalies.....

Et le temps passe dans une inertie coupable ; les troubles augmentent, la fièvre s'allume, les vomissements apparaissent, les selles deviennent franchement liquides, l'état s'aggrave, et l'on appelle le médecin quand il est déjà bien tard... quand le traitement, même sévèrement conduit et appliqué, risque de rester inefficace...

***

Ce traitement consiste essentiellement dans la prescription de la *diète hydrique*, exclusive de toute autre alimentation.

A l'eau commune dont il est superflu de détailler les inconvénients, même bouillie, il n'y a qu'avantage à substituer la Reine de Vals, dont les propriétés physico-chimiques sont merveilleusement appropriées aux exigences de la situation pathologique.

Et tout d'abord, elle est telle qu'elle ne contre-indique aucune autre médication circonstancielle.

Ensuite, sa fraîcheur et sa sapidité agréable calment admirablement la soif qui torture les petits malades. Sa teneur en acide carbonique, en la rendant fortement anti-émétisante, combat et arrête les vomissements si déprimants pour ces frêles organismes. Son alcalinité neutralise les acidités caractéristiques de la transformation anormale du milieu intestinal, enraye le processus morbide et ralentit, puis supprime la pullulation microbienne. Enfin, sa quasi-similitude avec les sérums physiologiques la rend précieuse pour remédier à la déshydratation des tissus due à l'abondance des vomissements et des évacuations alvines, en même temps qu'elle rétablit la diurèse et qu'elle assure, en favorisant le fonctionnement du rein, l'élimination par cet émonctoire, des toxines dont tissus et humeurs sont surchargés.

Ajoutons que sa faible minéralisation et l'absence dans sa formule chimique d'aucun sel de maniement prudent ou délicat, permettent de l'utiliser sans limite de dose ni de temps.

(1) Dr Depasse. — Soc. de médec., 1910.

Si nous prenons soin d'insister sur la nécessité de n'employer aucune eau éventée, ayant séjourné dans une bouteille mal bouchée ou demeurée en vidange, nous prescrirons son administration de la façon suivante : *froide, pure et sans aucune addition*, au moyen d'un biberon sans tube soigneusement nettoyé au préalable, et par quantités variables selon l'âge de l'enfant, 1/4, 1/3, 1/2 biberon offert régulièrement jusqu'à ce que les accidents aient disparu. Il est de règle que les vomissements cessent souvent dès la première prise, toujours à la deuxième, La diarrhée se modère, le pouls se relève, la fièvre tombe, l'état général s'améliore, la situation de menaçante, de désespérée même qu'elle apparaissait, se modifie et présage une convalescence prochaine. Le minimum de durée : 12 heures. Le maximum : 48 heures. Mais le plus souvent, 36 heures de ce régime suffisent à venir à bout des cas les plus sérieux.

La reprise de l'alimentation lactée s'effectuera avec une sage réserve et une prudence toujours en éveil. On commence par ajouter une cuillerée à soupe de lait dans la première prise de Reine de Vals. On double la quantité de lait la deuxième fois et l'on continue de cette manière pour arriver au coupage par moitié de lait et de Reine de Vals, auquel on se tiendra tant que le tube digestif n'aura pas repris franchement son fonctionnement normal. En cas de retour offensif assez improbable de la maladie, on n'hésitera pas à supprimer de nouveau le lait et à renouveler le seul emploi de la diète hydrique.

La Diarrhée et l'Entérite des enfants élevés au sein réclament un traitement analogue. Diète hydrique à la Reine de Vals pendant quelques heures, puis administration d'une cuillerée à café de celle-ci immédiatement avant et après chaque tétée.

En période épidémique, on n'attendra pas que le mal ait fait son apparition, et on utilisera la Reine de Vals pour couper le lait et pour rincer le biberon des enfants qui paraîtront les mieux portants.

Triboulet nous enseigne en effet que la désadaptation entre l'aliment et le tube digestif des nourrissons précède souvent de quelques heures, voire de quelques jours, l'apparition de troubles évidents et manifestes, et qu'en présence d'un enfant qui paraît souffrir d'une façon mal définie, il est possible de surprendre cette désadaptation en recherchant les réactions caractéristiques des selles en présence du sublimé acétique d'une part, et la durée de la traversée du tube digestif par le carmin d'autre part, méthode simple et pratique et qui permet de dépister les altérations gastro-intestinales tout à fait à leur début.

Comme soins accessoires dans le traitement de la Gastro-entérite, rappelons les lavages de la bouche et du pharynx des enfants, et aussi les irrigations intestinales simples ou mieux à double courant, à l'aide de la Reine de Vals.

***

Concluons : Si, cessant de gémir et de vitupérer sur la diminution de la natalité, — contre laquelle nous sommes, reconnaissons-le, assez mal armés, — nous unissions nos efforts pour protéger la santé des tout-petits, pour les défendre efficacement contre les dangers qui les menacent et pour leur permettre ainsi de se développer, de croître en force et en robustesse et de parvenir à l'âge adulte où ils puissent à leur tour faire souche de nouvelles existences, nous atténuerions dans de vastes proportions les effets de la dépopulation.

Laissons les organisations existantes, Consultations de nourrissons, Gouttes de lait, prendre le légitime essor auquel elles peuvent et doivent prétendre. Accroissons-en la puissance défensive en surveillant plus que jamais l'industrie laitière. Appliquons-nous à opposer aux affections digestives menaçantes ou déclarées la médication rationnelle dont l'expérience a consacré la valeur.

Ainsi faisant, réussirons-nous à préserver et à sauver une partie importante de ce capital humain, nouvellement constitué, dont nous avons jusqu'alors été impuissants à arrêter l'éparpillement et le gaspillage.

Dr GASTON.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La demande de l'Union des Syndicats médicaux de France pour la révision du Tarif Dubief.

En exécution d'une décision du Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France, le Secrétaire général a adressé à M. le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale la lettre suivante. On sait que de nombreuses démarches faites dans le but d'obtenir cette révision prévue par la loi étaient restées infructueuses.

Paris, le 11 juillet 1910.

Monsieur le Ministre,

Après deux entrevues avec Monsieur le Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales, qui nous a déclaré parler en votre nom, nous devions, pour obtenir les réunions de la Commission de tarification des honoraires médicaux pour soins donnés aux accidentés du travail :

1° Vous fournir une liste de propositions pour le remplacement des délégués des Syndicats médicaux démissionnaires ;

2° Vous exprimer les modifications que le Corps médical désirerait voir appliquer au tarif.

Sur le premier point, notre Conseil d'administration a décidé de vous faire les propositions suivantes, comptant que vous trouverez parmi les confrères que nous vous signalons des hommes offrant toutes les garanties et toute la compé-

tence désirables pour représenter à la Commission ministérielle les médecins praticiens.

Ce sont :

1° M. le Dr Lucas-Championnière, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine ;

2° M. le Dr Tourtourat, secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine, membre de la Commission d'arbitrage instituée par ce Syndicat avec 24 Sociétés d'assurances pour régler les conflits en matière d'honoraires, 25, rue Poussin, à Paris ;

3° M. le Dr Boudin, secrétaire du Syndicat médical du Bugey et du pays de Gex, membre du Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France, secrétaire général adjoint du « Sou médical », 19, boulevard Pasteur, à Paris ;

4° M. le Dr Diverneresse, secrétaire général adjoint de l'Union des Syndicats médicaux de France, membre de la Commission permanente des accidents du travail du Syndicat des médecins de la Seine, 50, rue de l'Etang, à St-Mandé (Seine) ;

5° M. le Dr Vallat, trésorier de l'Union des Syndicats médicaux de France, secrétaire du Syndicat médical de la région de St-Maur, 28, rue de Paris, à Joinville-le-Pont (Seine) ;

6° M. le Dr Ch. Levassort, membre des Conseils d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, et de l'Union des Syndicats médicaux de France, 2, place des Vosges, à Paris.

Sur le second point, nous ne saurions mieux faire, Monsieur le Ministre, que de vous renvoyer la note que les délégués médicaux ont remise en 1907, à M. le Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales, note que vous trouverez sous ce pli. Les desiderata du Corps médical y sont tout au long exposés, par M. le sénateur Pédebidou, M. le Député Dubuisson, et M. le Dr Jeanne.

Nous vous prions, Monsieur le Ministre, de bien vouloir songer que les lacunes du Tarif ministériel ne lèsent pas seulement les intérêts médicaux, mais empêchent dans certains cas de donner aux blessés tous les soins que comporte leur état. Vous ne pouvez ignorer qu'un médecin est dans l'impossibilité, à l'heure actuelle, de se servir de certains médicaments tels que l'adrénaline ; qu'il ne peut, non plus, avoir recours à la radiographie, car les tribunaux, se basant sur une lacune du tarif, refusent aux médecins le droit d'en réclamer les frais aux responsables. Nous ne vous citons que ces deux exemples parce qu'ils montrent bien à toute personne compétente quelle est l'urgence de la révision du tarif et combien le retard injustifié de cette révision prévue par la loi porte de préjudice aux ouvriers blessés, d'une part, et aux médecins praticiens d'autre part.

Comptant sur les sentiments d'équité qui détermineront votre décision, nous vous prions, Monsieur le Ministre, d'agréer l'assurance de notre haute considération.

Pour le Conseil d'administration,
Le Secrétaire général,
Dr Noir.

A cette lettre a été annexée la note ci-jointe qui date de 1907, où les délégués médicaux démissionnaires exposaient les desiderata du Corps médical.

Note des délégués médicaux de la commission ministérielle du tarif des accidents du travail.

Les desiderata des Syndicats médicaux et autres Groupements professionnels des Praticiens français en vue de la révision du tarif des honoraires pour soins donnés aux victimes du travail.

A Monsieur le Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales au Ministère du Travail.

Depuis deux ans, en notre qualité de délégués à la Commission ministérielle, nous avons reçu les avis (peut-être serait-il plus juste de dire les plaintes) de la presque unanimité des Sociétés médicales qu'une circulaire ministérielle d'octobre 1905 avait invitées à parler à propos de l'application de l'article 1er de l'arrêté-tarif du 30 septembre de la même année.

Ces avis nous sont parvenus : 1° sous la forme prévue par la dite circulaire ; 2° par l'envoi de délibérations très étendues et de rapports très étudiés insérés aux procès-verbaux des séances des groupements régionaux, et souvent même publiés dans leurs *Bulletins* ; 3° par des communications aux assemblées générales des groupements centraux ; 4° par les cahiers adressés au Comité de préparation et aux promoteurs du Congrès des Praticiens ; 5° par des études publiées dans toute la presse médicale ; 4° enfin, par des milliers (nous n'exagérons pas) de lettres adressées à l'Union des Syndicats médicaux, à l'Association Générale des Médecins de France, au *Concours Médical*.

Nous savons, d'autre part, que quelques Sociétés, peu nombreuses du reste, et, sans doute, parce que généralement non adhérentes à nos grandes fédérations, ont fait parvenir directement leurs observations ou doléances aux Ministères du Commerce et du Travail. Mais la plupart nous en ont quand même soumis au moins la substance et celle-ci fait partie de notre documentation.

Ceci rappelé, nous entrons sans plus tarder dans l'examen des renseignements que fournit cette dernière.

I. *La nécessité de commissions d'arbitrage entre responsables et médecins.*

Cette question apparaît comme ayant un caractère préjudiciel et d'instance capitale, nos Sociétés étant d'avis que, *dans la pratique*, l'existence et le fonctionnement de ces organes est la condition *sine qua non* de l'application de la loi de 1905, faite suivant sa lettre et surtout suivant son esprit, but définitif qu'il convient d'atteindre au plus tôt.

C'est pourquoi, par note spéciale remise à M. le Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales, nous avons insisté de toutes nos forces

en faveur de la création officielle de ce rouage de paix et de loyal contrôle. Nous ne nous y arrêtons pas ici davantage.

II. *L'urgence de la revision du Tarif de* 1905.

La demande formelle d'une revision, dès que sera écoulé le délai légal, est formulée par tous les groupements et appuyée sur le préjudice grave causé par telles ou telles dispositions du régime actuel qui apparaissent comme ne pouvant être équitablement maintenues, parce qu'elles ont des répercussions intolérables sur le bon traitement des lésions et sur les conditions nécessaires à la possibilité de la pratique médicale. C'est en nous basant sur cette constatation que, par la note spéciale dont nous parlons tout à l'heure, nous avons transmis officiellement la demande de révision à M. le Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales.

III. *Les critiques des Syndicats médicaux.*

Passons maintenant en revue les vœux détaillés des Syndicats médicaux.

A. *Différence du prix de l'acte médical au cabinet et au domicile rapproché d'un blessé.*

L'illogisme de cette distinction arbitraire, qui s'appuie sur certaines habitudes urbaines, est vivement relevé par la masse des praticiens ruraux, qui, eux, ne peuvent s'assujettir à des heures fixes pour de rares consultations, ayant à parcourir du matin au soir les clientèles de grand rayon. Ils s'appuient sur tous les arguments jadis rappelés par le Tarif Jeanne pour dire : « L'acte médical qui sert de base et d'unité doit être fixé *partout* au chiffre de 2 francs, que ce soit au cabinet ou dans une étendue d'un kilomètre autour de celui-ci. *Pas de distinction à ce sujet entre localités de population différente ; c'est un contre bon sens, c'est de l'arbitraire souverainement injuste, cela n'a aucun fondement rationnel.* Que si, dans les grandes villes, on élève le prix de cette unité de 2 fr. 50 à 3 fr., il faut qu'il soit entendu que c'est par mesure forfaitaire, basée sur la difficulté d'y taxer pour chaque espèce l'indemnité kilométrique. En agissant ainsi, on laissera, ce qui est juste, le praticien seul juge compétent *et désintéressé* de la préférence à donner aux soins à domicile ou aux soins à son cabinet.

B. *Comment doit se compter l'indemnité kilométrique* ?

Sur ce point, encore, tous nos groupements sont d'accord à répéter : « *D'après la distance qui sépare la maison du médecin de celle où il soigne le blessé* : » Toutes les distinctions que nous avions artificiellement établies dans la rédaction de l'article 8 du tarif actuel, *toutes*, disons-nous, à l'exception de la tarification de nuit, ont subi les plus amères critiques et souvent même ont forcé les médecins *à ne pas répondre au libre choix du blessé*. C'est à tel point que des groupements entiers et des plus importants, le Rhône par exemple, ont refusé de marcher autrement que sur appel du patron, c'est-à-dire en se plaçant dans d'autres conditions que sur celles de l'application du Tarif. Les conséquences de notre article 8 ont révolté tout le monde ; c'était l'organisation du « laissez-mourir » dans tous les départements à population peu dense, à communes très étendues, en pays de montagne, etc. Nous n'avons pu faire patienter nos mandants sur ce point qu'en leur affirmant la Commission disposée à supprimer ces distinctions purement arbitraires.

C. *A quel taux rémunérer les déplacements* ?

Constatons d'abord que le transport en chemin de fer n'avait rien à voir dans nos préoccupations parce que le praticien n'en use pas pour ses tournées, à moins de vouloir se condamner de parti pris à de folles pertes de temps.

Mais faut-il, pour le transport en voiture, s'en tenir au chiffre actuel, surtout à son uniformité ?

A première vue, les rapports de nos groupements diffèrent beaucoup sur cette question.

Mais l'examen attentif de leurs dires prouve bien vite que jamais moyenne critiquée ne fut aussi injuste que celle-là, surtout dans ses contingences avec les habitudes régionales. On se rend encore compte que, portée à 0,60 centimes, au lieu de 0,40, elle rémunérerait à peu près équitablement la masse médicale prise dans son ensemble, mais elle jure inapplicablement dans la pratique quand on la fait jouer à côté des prix habituels du reste de la clientèle.

Nous persistons donc à penser que, s'il est créé des Commissions arbitrales régionales s'inspirant du même esprit que la Commission de 1905, nous devrions leur laisser le soin des prix régionaux, compris entre 0,40 centimes et 1 franc, en se tenant légèrement au-dessus des prix analogues adoptés pour l'Assistance départementale.

Là serait l'équité inattaquable et là seulement la solution vraie de la difficulté.

D. *Le rétablissement du prix de* 5 *fr. pour tous les certificats.*

S'il est un acte par lequel nous ayons froissé la dignité des médecins consciencieux dont la Commission tenait tant, disait-elle, à respecter le caractère et les intérêts, c'est celui qui nous fit abaisser à une rémunération de gratte-papier obscur l'honoraire des certificats médicaux qui seraient devenus le rouage capital de l'application régulière de la loi accidents. Nous en avons lu et entendu de dures sur ce point : résumons-les dans le reproche d'avoir amoindri et presque disqualifié le médecin, cet arbitre né entre les intérêts à *concilier* du patron et de la victime. On a ainsi paralysé du premier coup l'initiative d'hommes scrupuleux qui se faisaient d'emblée intermédiaires de pacification ? Et le jour où ils ont su d'où leur venait le coup, n'était-il pas quasi naturel pour eux ou bien de rester dans l'indifférence du scribe à la tâche, qui ne se préoccupe pas de prévoir, ou bien de ne mettre leur sagacité qu'au service de la victime dont ils avaient charge ?

Il faut reconnaître ou nier le rôle arbitral du médecin dans l'application des lois de solidarité sociale. Si on le nie, une Commission comme celle de 1905 peut céder la place à un pouvoir arbi-

traire quelconque opérant sans scrupule et sans ménagements ; si on le reconnaît, on doit le prouver par des actes.

Quarante sous pour un certificat ! Et le plus souvent zéro ! Nous avons reçu des reproches et presque des injures pour avoir contresigné cela, et nous n'avons rien trouvé pour nous défendre..... parce qu'il n'y avait rien, en effet.

E. *Fixation d'un honoraire pour le médecin traitant du blessé quand celui-ci réclame sa présence à une expertise dont il est l'objet.*

Sans même attendre le dépôt de notre demande à ce sujet, nos Sociétés de défense professionnelle n'ont pu se retenir d'aller dire à M. le Ministre du Travail les graves conséquences d'une lacune laissée sur ce point dans le Tarif de 1905. Un énorme dossier de faits a permis de mesurer l'état d'infériorité des victimes devant l'expert, quand celui-ci entend le médecin patronal, ce qui arrive constamment, et quand le blessé n'est pas assisté du sien.

Nous savons qu'on avait répondu à cela : « Il ne s'agit pas là de frais médicaux ». Mais nous continuons de penser que cet acte de présence à l'expertise du médecin librement choisi par le blessé est un acte uniquement médical de constatation de symptômes, de diagnostic, de pronostic, acte accompli dans des conditions de difficulté qui exigent un honoraire spécial analogue à celui que reçoit le médecin patronal. Sa tarification par l'arrêté ministériel est pour le moins aussi légitime que celle des certificats et nous ne comprendrions pas qu'il y eût à ce sujet deux poids et deux mesures ; encore moins pourrions-nous le faire comprendre aux Syndicats dont nous sommes les mandataires.

F. *Nécessité d'entendre les spécialistes au sujet de leurs honoraires.*

Il y a deux ans, nous avons fait aveu d'hésitation et de compétence insuffisante devant le chiffre des honoraires des spécialistes. Leurs groupements n'avaient d'ailleurs fourni aux délégués médicaux que des données assez imprécises. Aujourd'hui, la situation est tout autre ; les syndicats de spécialistes se sont préparés à documenter la Commission ; nous demandons que leurs représentants soient entendus par elle, leur concours devant être sur ce point aussi utile que le nôtre serait insuffisant.

G. *Lacunes à combler.*

Elles sont de divers ordres :

1° L'une des plus grosses consiste dans la nécessité de limiter le nombre des séances de massages, de mobilisation, d'électricité, d'hydrothérapie, de mécanothérapie pouvant être prescrites, pratiquées ou surveillées par le seul médecin traitant. D'accord avec plusieurs groupements, et notamment le Syndicat de la Seine, nous estimons qu'au-delà de quinze séances, le médecin patronal doit être appelé par le médecin du blessé à se prononcer, par voie d'ordonnance écrite et signée en commun, sur la continuation, la modification ou la suspension de ces traitements ; la rencontre des deux médecins dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, qu'on devrait multiplier pour la sauvegarde des intérêts à concilier, tombant sous la tarification prévue à l'article 4 de l'arrêté.

2° Si nous nous décidons enfin à admettre le principe de l'uniformité de prix pour l'*unité-consultation* et l'*unité-visite* précisée comme nous l'avons dit, les Syndicats médicaux admettraient le remplacement des chiffres prévus, à l'article 11 (F. G. H. J. K. L.), par un chiffre unique intermédiaire adopté pour simplification. Ainsi disparaît cette étrangeté de tels ou tels actes médicaux rémunérés à des prix inexplicablement différents suivant qu'ils étaient pratiqués au lit du blessé ou sur la chaise-longue de notre cabinet ;

2° Le repos nocturne du médecin est quelque peu protégé par la tarification des soins de nuit ; il en est de même de l'emploi méthodique de son temps, troublé par les visites à heure fixe .

Une trentaine de Syndicats, c'est-à-dire la plupart de ceux qui ont adressé leurs observations depuis la loi sur le repos hebdomadaire et celle sur l'extension du risque professionnel aux professions commerciales, réclament que cette protection soit étendue à l'après-midi dominical du médecin, cet ouvrier de la santé publique, dont le Ministère du travail ne voudra pas se désintéresser plus que des autres, et qui a bien droit à quelques heures de repos hebdomadaire quand l'urgence et l'humanité ne sont pas en jeu.

4° Enfin et surtout les syndicats ont signalé comme lacune particulièrement regrettable (faut-il dire du tarif ou de la logique de ses rédacteurs ?) la fameuse division des prix d'après le chiffre de la population des communes. Ils nous ont rappelé que le tarif d'expertise civile avait contenu longtemps une énormité de ce genre, quant aux honoraires des vacations, que personne ne l'avait jamais comprise ni expliquée ; qu'elle avait disparu sous le ridicule vers 1894 ; que chacun s'était alors étonné qu'elle eût pu durer et même naître. Ils conjurent la Commission de supprimer cet anachronisme auquel n'a pu remédier en rien l'enquête palliative, d'ailleurs avortée, prévue au même article 1er du Tarif.

Tel est, Monsieur le Directeur, le résumé, des demandes sur lesquelles les syndicats médicaux basent leur vœu de révision prochaine du Tarif.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Dr Pédebidou, Dr Dubuisson,
Dr Jeanne.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les Commissions médico-mutualistes

(*Extrait du Procès-verbal de la Société locale de la Vienne.*)

Le docteur Jablonski demande la parole sur la question des commissions mutualistes et s'exprime ainsi :

Je ne viens pas faire un discours, je vous demande seulement cinq minutes pour vous exposer comment je comprends la question que vous avez mise à l'ordre du jour de la séance et pour appuyer les conclusions de ma proposition de nomination d'une Commission médico-mutualiste.

En 1899, le dévoué président de notre association, M. le docteur Lusseau, faisait adopter par le Syndicat médical de la Vienne un vœu tendant à l'admission d'un ou plusieurs représentants du *Corps médical* dans les conseils des Sociétés de secours mutuels.

En 1900, alors que j'étais Président du Syndicat, je reprenais la même proposition sous cette forme :

« Création, dans les chefs-lieux d'arrondissement, de commissions mixtes composées de médecins et de mutualistes pour régler les rapports entre eux et servir de commission d'arbitrage. »

Ceci vous prouve, Messieurs, que la question n'est pas nouvelle et que nous n'avons pas besoin d'une longue discussion pour nous mettre d'accord sur le principe.

Malheureusement *depuis dix années* nous n'avons pas fait un pas en avant, j'ose même dire que nous avons *rétrogradé*.

Les Sociétés mutuelles, nous donnant un exemple dont nous devrions profiter, ont fondé une Union départementale pour la défense de leurs intérêts, tandis que le Corps médical poitevin, à la suite d'incidents qu'il me serait pénible de rappeler ici — s'est divisé de plus en plus et a démontré son impuissance à résoudre cette question, vitale cependant, des rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels.

Aujourd'hui, Messieurs, la question se pose de nouveau, dans d'autres conditions. Ici, nous ne sommes pas un Syndicat, nous sommes une Association beaucoup plus largement ouverte, dans laquelle nous avons le droit, je dirai même *le devoir* de défendre nos intérêts professionnels ; et nous devons tenter de résoudre la question par d'autres moyens peut-être plus efficaces que ceux qu'on a essayés jusqu'à présent.

Un des premiers serait la création d'une Commission médico-mutualiste.

J'ai déjà fait deux tentatives dans ce sens en 1905 et en 1908, à l'Assemblée générale de l'Union des Sociétés de secours mutuels, où j'ai été délégué par une Société dont je suis le médecin depuis 30 ans.

Je vous dirai, en passant, que les dirigeants de cette Union sont loin d'avoir des sympathies pour le Corps médical, et j'avoue qu'il faut avoir un certain courage, je le dis sans fausse modestie, pour affronter les orages que l'on déchaîne parfois dans ce milieu. C'est peut-être une des raisons pour lesquelles certains d'entre vous ne sont pas partisans d'envoyer des délégués de notre Association à cette Union mutualiste, où cependant, à mon avis, ils pourraient servir utilement notre cause.

J'ai donc cru devoir agir *seul* et j'ai proposé la nomination d'une Commission spéciale d'arbitrage composée en nombre égal de représentants du Corps médical et de représentants des Unions des Sociétés mutualistes.

« Ma proposition, disais-je, n'a rien de subversif. Elle est la conséquence logique d'une décision prise il y a quelques mois par la Commission mixte formée de représentants de la Fédération nationale de la mutualité et de délégués de l'Union des Syndicats médicaux de France, constituée sous la présidence de M. Loubet.

Voici les principales résolutions adoptées par cette Commission :

Art. 4. — Les difficultés, les abus, les incidents, les conflits seront portés, par les soins de la partie la plus diligente, devant un *Conseil arbitral départemental* où siégeront en nombre égal des représentants du Corps médical et des représentants des Unions des Sociétés.

Art. 5. — Chaque département sera invité à désigner trois médecins et trois mutualistes choisis parmi les groupements mutualistes représentés au sein de la Commission mixte médico-mutualiste.

Art. 6. — Les Conseils arbitraux départementaux pourront être appelés à siéger pour donner leur avis sur toutes les améliorations à apporter au régime des Sociétés de Secours mutuels, tant dans l'intérêt des médecins que des Sociétés elles-mêmes.

Ces *résolutions* sont signées par MM. Loubet, Mabilleau, Hébrard, Mirouel, Keller, Toussaint, Rétalz et par les docteurs Gairal, Lereboullet, de Grissac, Jeanne, Divernesse et Noir.

Comme je le prévoyais, mes chers Confrères, l'Union des Sociétés de Secours mutuels a repoussé ma proposition, — mais j'étais seul — *væ soli*, dit l'Ecriture. Et c'est pourquoi je viens vous demander votre appui dans l'intérêt, non pas seulement des médecins mutualistes, mais du Corps médical *tout entier*.

Il est temps de nous mettre d'accord, il faut que notre collectivité se range en face de la collectivité mutualiste qui compte plus de 4 millions d'adhérents, et qui voit son nombre s'accroître d'année en année, grâce surtout à la Mutualité scolaire.

Et quand nous entendions dire, tout dernièrement encore, au Congrès des Praticiens, que la Mutualité est une *quantité négligeable*, que nous n'avons pas à nous occuper d'elle, que le mutualiste devait payer comme un client ordinaire et qu'il ne fallait compter que sur l'entente en-

tre les médecins, — nous ne pouvions nous empêcher de hausser les épaules et de dire avec Bolliet de Lyon—l'homme qui connaît le mieux la question mutualiste et qui a su la résoudre dans une ville de 500.000 habitants — que les médecins, à courte vue, qui tenaient ce langage, ne connaissent pas le premier mot de la question et qu'ils ne pouvaient parler au nom des 12 ou 1.500 médecins qui font le service des Sociétés de Secours mutuels.

Dans notre département, d'ailleurs, les médecins des Sociétés de Secours mutuels sont nombreux, et pour la plupart peu rétribués. Il faut chercher à améliorer leur situation. C'est à nous, membres d'une Association amicale, qui devrait être confraternelle et *même fraternelle*, que ce devoir incombe.

Au lieu de nous entre-déchirer faisons bloc contre ceux qui nous exploitent. Défendons-nous énergiquement et nous triompherons, *car l'Union fait la force.*

Je conclus donc en vous demandant de nommer dès à présent une Commission *provisoire* qui étudiera la question mutualiste dans le département de la Vienne et les moyens de la résoudre, au mieux des intérêts du Corps médical, et s'il se peut, d'accord avec l'Union fédérative des Sociétés de Secours mutuels. Cette Commission de cinq ou sept membres dans laquelle figureront des médecins ayant fait partie du service des Sociétés de Secours mutuels, aura pleins pouvoirs pour parler au nom de l'Association départementale, mais elle ne pourra prendre aucune décision sans l'avis de l'Assemblée générale. — C'est entendu.

Une discussion générale s'engage aussitôt sur cette question et après avoir entendu diverses opinions, la majorité décide qu'il y a lieu de prendre en considération la proposition faite par le docteur Jablonski. En conséquence, on nomme de suite une Commission d'études composée des membres suivants :

Pour Poitiers : MM. Jablonski, Brossard ;
Pour Poitiers-banlieue : M. Mesmin ;
Pour Montmorillon : M. Marchadier ;
Pour Loudun : M. Chevalier ;
Pour Châtellerault : M. Raguit ;
Pour Civray : M. Périvier.

COMITÉS DE PROPAGANDE
DU « CONCOURS MÉDICAL ».

Comité de l'Eure.

Le jeudi 7 juillet, le *Concours Médical* avait invité tous les confrères du département à une réunion à Evreux, (Hôtel de la Biche) pour l'organisation du comité départemental de l'Eure.

A notre arrivée, nous sommes heureux de serrer la main des sympathiques directeurs du *Concours*, les docteurs Jeanne et Maurat. Peu à peu, se trouvent réunis des différents points du département les confrères les plus dévoués à la cause syndicale et aux œuvres de prévoyance.

Nous signalerons les docteurs Dehail, Lerat, Moisson, Thirard, Veslin, Servent, d'Evreux ; Clément, Halbout, Salnelle, de Bernay ; Le Tellier, de Claville ; Martelli, de Rugles ; Huméry, de la Ferrière-sur-Risle ; Couraud, de Damville ; Jouve, de Gisors ; Legerf, d'Ivry-la-Bataille ; Leport, de Lyre.

Sous la présidence des confrères Jeanne et Maurat, la séance est ouverte à 3 heures.

Le docteur Jeanne, sur une question qui lui est posée, veut bien nous entretenir de l'orientation nouvelle à donner aux syndicats.

Prenant comme exemple le syndicat de Versailles, à l'organisation duquel il a largement contribué, il nous conseille d'établir dans nos syndicats des statuts avec des sanctions sévères pour les défaillants.

Lors du vote des sanctions à Versailles, des confrères manifestèrent la crainte de voir un certain nombre de syndiqués se retirer ; par la suite au contraire, il n'y eut aucune démission, et les confrères, restés en dehors du syndicat, parce qu'ils avaient remarqué que des syndiqués, ayant voté les plus belles résolutions en Assemblée générale, n'en tenaient aucun compte le lendemain dans la clientèle, vinrent d'eux-mêmes se ranger sous l'égide du syndicat.

Une expérience de cinq années justifie pleinement la justesse de vues de nos confrères, et actuellement le syndicat comprend la presque totalité des médecins de l'arrondissement de Versailles et le Conseil de famille n'a plus de questions confraternelles à examiner et à solutionner.

Parlant ensuite de l'Amicale, le confrère Jeanne nous montre toutes les combinaisons avantageuses qui permettent au jeune médecin de se mettre, lui et les siens, à l'abri des mauvais coups du sort, et les primes elles-mêmes sont loin d'être inabordables, même pour de modestes budgets, pourvu que l'on y entre jeune encore.

A la suite de cet entretien, le confrère Jeanne nous signale les confrères du département qui avaient recueilli le plus de suffrages de la part de leurs pairs, pour la constitution du comité départemental.

Furent désignés : les docteurs Martelli, Moisson, Thirard, Veslin, Mesnil, Bourdon, Couraud, auxquels il fut convenu de voir s'adjoindre tous ceux qui seraient susceptibles de dévouement à la cause du *Concours* et de ses filiales.

La parole fut ensuite donnée au docteur Maurat, qui, avec son éloquence persuasive, nous montra les avantages du « Sou Médical » et nous répéta qu'avec 20 francs par an, le « Sou » nous guidait dans toute affaire judiciaire d'ordre professionnel et nous garantissait contre la responsabilité civile jusqu'à concurrence de 2000 fr. Pour les confrères désireux de garanties plus élevées, l'Ancre médicale venait compléter l'assurance, avec des primes inférieures à celles des autres compagnies.

Après des aperçus sur le dernier Congrès des Praticiens, et l'opinion exprimée que dans ces

Congrès, il était fait une trop large place aux questions d'enseignement, au détriment de l'étude des affaires d'ordre professionnel, le moment arriva de penser au départ.

Plusieurs confrères remercièrent les infatigables lutteurs Jeanne et Maurat de leur dévouement à la cause médicale et chacun de nous, emportant de cette réunion le plus agréable souvenir, forma le vœu de pouvoir rencontrer à nouveau, à l'heure de nos Assemblées générales ces vaillants champions de la défense professionnelle.

Dr THIRARD,
Délégué du Comité de l'Eure.

LE SOU MÉDICAL

Extraits des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séance du 7 juillet 1910.

Présents : MM. de Grissac, Diverneresse, Noir, Boudin et Dumesny.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les docteurs :

1677 Gobinet, à Rethel (Ardennes).
1678 Poirson, à Passavant (Haute-Saône).
1679 Monteux, à Marseille, 52, rue Sainte.
1680 Lambert, à Nîmes, 10, rue Trésorerie.
1681 Gandar, à Saumur (Maine-et-Loire).
1682 Giral, à Nîmes, 2, rue Auguste-Pellé.
1683 Vivien, à Vienne (Isère).
1684 Chavannaz, à Bordeaux (Gironde).
1685 Meunier, à Marseille, 36, rue de l'Evêché.
1686 Sevaux, à Villedieu-les-Poëles (Manche).
1687 Lalanne, à Paris.
1688 Fortin (R)., à Meslay-du-Maine (Mayenne)
1689 Fortin (J)., à Meslay-du-Maine (Mayenne)

— Le nommé Espagnol contre lequel le Syndicat du Puy s'était porté partie civile avec l'appui du « Sou » a été condamné pour exercice illégal à 100 fr. d'amende et 30 fr. de dommages-intérêts au profit du Syndicat. Il fait appel.

Le Conseil accorde au Syndicat son appui pécuniaire en appel.

— Dans une affaire d'accident causé par une auto, le juge de paix a réduit de 400 à 100 fr., la note d'honoraires des médecins, dont le Dr L. d'O, membre du « Sou » qui demande s'il doit aller en appel et si le « Sou » couvrira une partie de ses frais.

L'affaire étant antérieure à l'adhésion du Dr L., le « Sou médical » ne peut le soutenir pécuniairement, mais s'il veut bien envoyer le texte de son jugement, Me Gatineau lui donnera son opinion sur les chances de succès d'un appel.

— Le Conseil ordonnance le versement d'une somme de 100 fr., à titre de provision, à l'avoué du Dr R. (appel devant la Cour d'Angers du jugement du tribunal de St-Calais dans l'affaire du Syndicat des Commerçants et Industriels de France.)

Le Dr V., qui a obtenu du juge de paix de Granville, un jugement dans le même sens que celui de St-Calais, sera soutenu pécuniairement pour défendre à l'appel interjeté par le Syndicat des Commerçants et industriels de France.

Séance du 22 juillet.

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Vimont, Gassot, de Grissac, Diverneresse, Gatineau et Dumesny.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les Docteurs :

1690 Tisserand, à Besançon (Doubs,.
1691 Benard-Tertiau, à Château-Gontier (Mayenne).
1692 Jannin, à Triay (Ain).
1693 Aragon, à St-Jory (Hte-Garonne)
1694 Perret, à Vonnas (Ain).
1695 Gantois à Watten (Nord).
1696 Desportes, à St-Denis, 1, quai de la Gare (Seine).
1697 Maréchal, à Thoissey (Ain).
1698 Bonneau (Auguste), à Mantes (Seine-et-O.).
1699 Renlos, à Mantes (Seine-et-Oisc).
1700 Deriaud, à Mantes (Seine-et-Oise).
1701 Henrionnet, à Mantes (Seine-et-Oise).
1702 Godeau, à Mantes (Seine-et-Oise).
1703 Sarazin, à Maule (Seine-et-Oise).
1704 Lubin, à Vétheuil (Seine-et-Oise).
1705 Vinaver, à Limay (Seine-et-Oise).
1706 Decobert, à la Roche-Guyon (Seine-et-Oise).
1707 Sauger, à Romorantin (Loir-et-Cher).
1708 Kœnig, à Sancheville (Eure-et-Loir).
1709 Thomas, à La Loupe (Eure-et-Loir).
1710 Morchoisne, à La Loupe (Eure-et-Loir).
1711 Rabourdin, Voves (Eure-et-Loir).
1712 Levillain, à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir).
1713 Damiot, à Lèves (Eure-et-Loir).
1714 Rigaud, à La Bazoge (Sarthe).
1715 Mascarel, à Brûlon (Sarthe).
1716 Dieu, au Mans (Sarthe).
1717 Gruget, à Laval (Mayenne).
1718 Angot (Edmond), à Laval (Mayenne).
1719 Loiseleur, à Laval (Mayenne.)
1720 Kerambrun, à Hédé (Ille-et-Vilaine).
1721 Hucher, à Rennes (Ille-et-Vilaine).
1722 Carlo, à Plélan-le-Grand (Ille-et-Vilaine).
1723 Sévin, à Hédé (Ille-et-Vilaine).
1724 De Caze, à Plélan-le-Grand (Ille-et-Vilaine).
1725 Gateau, à Mordelles (Ille-et-Vilaine).
1726 Herbert, à Liffré (Ille-et-Vilaine).
1727 Bréal, à Janzé (Ille-et-Vilaine).
1728 Saucet, à St-Aubin-du-Cormier (Ille-et-Vilaine).
1729 Nimier, à St-Brieuc (Côtes-du-Nord).

1730 Bellamy (Ch.), à St-Brieuc (Côtes-du-Nord)
1731 Moy, à St-Brieuc (Côtes-du-Nord).
1732 Bellamy, à Plouguenast (Côtes-du-Nord).
1733 Ollivier, à Plouha (Côtes-du-Nord).
1734 Chevillot, à Pont-l'Evêque (Calvados).
1735 Davy, à Bayeux (Calvados).
1736 Lallier, à Langanerie (Calvados).
1737 Barbot, à Falaise (Calvados).
1738 Le Pelletier, à Vire (Calvados).
1739 Léger (Paul), à Caen (Calvados).
1740 Barbier, à Thury-Harcourt (Calvados).
1741 Gourdier, Bretteville-sur-Laize (Calvados).
1742 Doranlo, à Mathieu (Calvados).
1743 Quermonne, à Caen (Calvados).
1744 Leport, à Evreux (Eure).
1745 Lerat, à Evreux (Eure).
1746 Lecerf, à Ivry-la-Bataille (Eure).
1747 Martelli, à Rugles (Eure).
1748 Battesti, à la Chapelle-la-Reine (Seine-et-Oise).
1749 Schulz, à St-Jean-en-Royans (Drôme).
1750 Gomet, à Besançon (Doubs).
1751 Baigue, à Besançon (Doubs).
1752 Bernard (A)., à Besançon (Doubs).
1753 Heitz, à Besançon (Doubs).
1754 Mathey, à Mouthier-Hautepierre (Doubs).
1755 Dengler, à Sellières (Jura).
1756 Coillot, à Cendrey (Doubs).
1757 Piquart, à Roche (Doubs).
1758 Dajeux, à Salins (Jura).
1759 Wendling, à Chartres (Eure-et-Loir).
1760 Fayolle, à Chartres (Eure-et-Loir).
1761 Dongradi, à Chartres (Eure-et-Loir).
1762 Pfeiffer, à Beaune (Côte-d'Or).
1763 Le Clerc à Saint-Lô (Manche).
1764 Ygouf, à Saint-Lô (Manche).
1765 Alibert (Louis), à Saint-Lô (Manche).
1766 Le Meignen, à Sourdeval (Manche).
1767 Turbert, à Cherbourg, (Manche).
1768 Bourgogne, à Cherbourg (Manche).
1769 Renault (Paul), à Cherbourg (Manche).
1770 Roulier, à Cherbourg (Manche).
1771 Lefrançois, à Cherbourg (Manche).
1772 Renault père, à Cherbourg (Manche).
1773 Ardouin, à Cherbourg (Manche).
1774 Leroux, à Cherbourg (Manche).
1775 Lemière, à Cherbourg (Manche).
1776 Levionnais, à Cherbourg (Manche).
1777 Malençon, à Ste-Mère-Eglise (Manche).
1778 Letourneur, à Granville (Manche).
1779 Lefèvre, à Périers (Manche).
1780 Dudouyt (Charles), à Coutances (Manche).
1781 Leterrier, à Barfleur (Manche).
1782 Moissy, à Valognes (Manche).
1783 Picherit, à St-Jean-de-Daye (Manche).
1784 Hubert (Paul), à Cherbourg (Manche).
1785 Leprieur, à Valognes (Manche.)

— Le Dr C., de la P., à qui le Conseil a alloué antérieurement une indemnité de 50 fr. pour préjudice judiciaire, expose que, dans l'affaire en question (contestation du choix du médecin par le patron de blessés du travail), qu'il n'a soutenue que pour le principe et sur les conseils du « Sou », il perd encore, tant en frais qu'en réduction d'honoraires, une somme de 183 fr. 45, dont il demande au « Sou » de le couvrir.

Le Conseil, eu égard à cette situation particulière, alloue au Dr C. la somme réclamée à titre de réparation du préjudice judiciaire qu'il a subi.

— Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr L., de M., de la somme de 485 fr., montant des frais et honoraires de son avocat dans la poursuite dont il a été l'objet sur la plainte du Sous-secrétaire d'Etat à la Marine, et qui s'est terminée par une ordonnance de non-lieu rendue en sa faveur.

—Le Conseil examine avec Me Gatineau l'état des affaires actuellement en cours.

REPORTAGE MÉDICAL

Le 10e voyage d'études médicales aura lieu du 30 août au 10 septembre 1910. Il comprendra les Stations de Savoie et du Dauphiné : Hauteville (Sanatorium), Evian, Thonon, Saint-Gervais, Chamonix, Annecy, Aix, Marlioz, Le Revard, Challes, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Allevard, La Motte, Uriage.

Le V. E. M. de 1910 — comme les neuf précédents — est placé sous la direction scientifique du docteur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence au point de concentration, Lyon.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Uriage, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lyon à Uriage, prix à forfait : 300 fr. pour tous frais : chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport de bagages, pourboires.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Carron de la Carrière. 7, rue Lincoln, Paris (8e), ou au Dr Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris (8e).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1910, terme de rigueur.

Un non-lieu. — Le Dr P., qui avait été, sur la plainte de M. Pellerin, entrepreneur, inculpé de complicité d'escroquerie par M. Barat, juge d'instruction, vient d'obtenir de ce magistrat une ordonnance de non-lieu.

M. Pellerin est, on s'en souvient, ce plaignant infatigable qui avait déjà fait poursuivre d'autres médecins.

Hôpital maritime de Berck-sur-Mer. — Un cours d'été, comprenant douze leçons sur la tuberculose des os et des articulations, sera fait, du 1er au 13 août 1910, par M. Ménard, chirurgien en chef, avec le concours de MM. Andrieu et Calvé, chirurgiens assistants.

Ces leçons seront accompagnées de démonstra-

tions pratiques (appareils plâtrés, traitement des abcès froids) et de présentations de malades.

Le cours aura lieu le matin à 10 h. 1/2, à l'hôpital maritime. Il sera ouvert aux étudiants en médecine et aux docteurs français et étrangers.

Droit d'inscription : 50 francs. (Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ce droit.)

Se faire inscrire par lettre adressée à M. Calvé on à M. Andrieu, chirurgiens assistants de l'hôpital maritime à Berck-Plage (Pas-de Calais).

Pour les renseignements relatifs au séjour (hôtels, pensions), s'adresser à l'agence Laffillé et Gérardin, à Berck-Plage.

Le Dr Lajarrige est réhabilité. — Se souvient-on de l'affaire Boisleux-Lajarrige qui a suscité en 1897 une si vive émotion dans le public et dans le monde médical ?

Le Dr Lajarrige avait été condamné à cinq ans de prison pour faute professionnelle. Les médecins, et notamment le professeur Pinard, avaient pris vivement sa défense.

Par arrêt du 10 mai dernier, la Cour d'appel de Paris a prononcé la réhabilitation du Dr Lajarrige.

Contre le verdict, qui constituait une véritable erreur judiciaire, ce médecin ne cessa de protester ; il avait foi en la réparation. Elle est venue. Mais, ni sa femme, ni son frère le général, morts de chagrin avant l'heure, n'en auront vu luire le jour.

La peau de chamois dans le traitement préventif des accidents du décubitus. — Un moyen de plus pour lutter contre l'érythème et les ulcérations de décubitus, est toujours le bienvenu : celui-ci a de plus le mérite de la simplicité. Ce moyen, indiqué par M. Morichau-Beauchant, de Niort, dans les *Archives médico-chirurgicales de province*, consiste tout simplement à interposer entre la partie du corps à protéger et les draps du lit une peau de chamois.

Ce que l'on désigne dans le commerce sous ce nom n'est autre qu'une peau de mouton ayant subi une préparation particulière, le chamoisage. La peau ainsi préparée sert à de multiples usages domestiques, en particulier à polir les cuivres, l'argenterie, etc. C'est le côté qui est doux et soyeux qu'il faut appliquer directement sur la partie que l'on veut protéger. La peau présente une résistance très grande, et on peut, en soulevant les deux extrémités, transporter le malade dans son lit. Elle supporte facilement le lavage. Elle ne coûte que quelques francs et peut durer indéfiniment. Elle peut être employée seule ou s'interposer entre le coussin de caoutchouc ou le matelas d'eau.

Ce procédé simple, économique et efficace, semble peu ou pas connu chez nous, mais serait assez couramment employé dans les hôpitaux anglais et allemands.

Association d'enseignement médical professionnel (Cours de vacances). — L'Association organise, chaque année, deux séries de cours de vacances. Dans ces cours de révision et de perfectionnement les médecins praticiens et les étudiants trouveront les éléments essentiellement pratiques des méthodes cliniques et thérapeutiques spéciales aux principales branches de la médecine et de la chirurgie. Les deux séries ont lieu : l'une à Pâques (quinzaine de Pâques), l'autre à la fin des grandes vacances (deux dernières semaines de septembre.)

La prochaine série aura lieu du lundi 19 septembre 1910 au samedi 1er octobre avec le programme suivant :

Dr Audistère : Etude clinique des maladies du cœur et du poumon.

Dr Barbarin ou Dr Judet : Clinique chirurgicale des maladies infantiles. Orthopédie pratique (appareils, gymnastique).

Dr Dubrisay : Présentations et positions. Hémorragies. Infection. Opérations et manœuvres obstétricales.

Dr Caboche ou Dr Menier : Examen, diagnostic et thérapeutique des maladies du nez, du larynx et de l'oreille.

Dr Leredde ou Dr Sabatié : Méthodes générales, clinique et physique, de traitement des dermatoses et de la syphilis.

Dr de Font-Réaulx : Méthodes de diagnostic et de traitement des principales affections oculaires.

Dr Pasteau ou Dr Lavenant : Séméiologie des urines. Urétrites. Cystites. Affection du rein. Les différents cathétérismes.

Dr Roy : Anatomie et pathologie dentaires.

Dr d'Herbécourt : Examen, diagnostic et traitement des affections gynécologiques.

Dr Cazin ou Dr Dupuy de Frenelle : Chirurgie générale. Fractures, autoplasties, hernies, appendicite, etc.

Dr Delherm : Electrothérapie, Radiothérapie, Thermothérapie.

Dr Agasse-Lafont : Maladies de l'appareil digestif, du foie et de la rate.

Les cours qui ont deux titulaires seront faits en général par l'un d'eux seulement.

S'inscrire : 1° Par correspondance auprès de M. Mouly, 28, rue Serpente (Sociétés savantes) ; 2° le lundi 19 septembre, de 11 h. à midi, aux *Sociétés savantes*, où seront distribuées les cartes d'admission au cours.

Le droit d'inscription est de 25 francs pour chaque cours qui comprendra de 9 à 12 leçons. Tous les cours commenceront le lundi 19 septembre, aux heures indiquées, et seront terminés le samedi 1er octobre.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Mouly, 28, rue Serpente. Envoi du programme détaillé sur demande.

Société internationale de la Tuberculose. — *Concours de 1911.* — La Société internationale de la Tuberculose décernera en 1911 les prix suivants : un prix de 500 francs ; un prix de 200 francs ; deux prix de 50 francs ; trois médailles d'or ; trois médailles d'argent.

Les ouvrages des candidats français ou étrangers devront être envoyés, avant le 1er mai 1911, à M. le Dr Georges Petit, secrétaire général, 51, rue du Rocher, Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Leuillieux, de Conlie (Sarthe), et Guichard, de Lignières (Charente), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 32 Dimanche 7 AOUT 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est *engagée que par les articles* signés : **Le Conseil de Direction.** — **Les autres articles n'engagent que leurs signataires.**

SOMMAIRE

Propos du jour
Médailles et distinctions..... 687
Clinique obstétricale
L'accouchement dans la grossesse gémellaire. Conduite à tenir..... 688
La semaine médicale
Les fraises dans l'alimentation. — L'éclampsie puerpérale. — Son traitement avant et pendant le travail. — Les ankyloses du genou..... 690
Revue des sociétés savantes
Embolie de la fémorale. — Hémiplégie après un coup de couteau précordial. — Pneumonie et électrargol.—La fièvre de Malte.— Opothérapie surrénale dans un cas de chorée molle. — Sérothérapie du rhumatisme. — Colique hépatique avec septicémie coli-bacillaire. — Concrétions calcaires sous-cutanées. — Cure du morphinisme par le pantopon. — La recto-sigmoïdoscopie..... 693
Pédiatrie
Une nourrice atteinte d'une maladie infecto-contagieuse peut-elle continuer l'allaitement ?..... 694
Hygiène pratique
Contribution à la prophylaxie de la scarlatine..... 695
Chronique de la Prévoyance
Les œuvres de mutualité médicale..... 698
Chronique professionnelle.
(Médecine militaire) Le médecin et le gendarme. — Obligations et responsabilité des médecins militaires à l'égard des officiers et de leur famille..... 701
Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel
Financière médicale. Assemblée générale du 1er Juin. — Comptes-rendus..... 703
Correspondance
Douce inconscience..... 705
Reportage médical..... 705

PROPOS DU JOUR

Médailles et Distinctions

On ne pourra jamais nous accuser de nourrir ici un désir affamé, ni un respect profond des distinctions honorifiques.

Cependant nous sommes, sans modestie et sans pudeur, devenus titulaires d'un certain nombre de palmes, de médailles et de diplômes. Rubans ou rosettes, jaunes, violettes ou tricolores, n'ont en rien accru notre orgueil ni ajouté à notre mérite ; ils prouvent tout bonnement que certains amis du pouvoir ont tenu un jour à nous remercier à la manière du jour.

Pour beaucoup cependant, les rubans qui coûtent si peu, font toujours grand plaisir. Aussi n'étant pas de ces censeurs sévères qui fulminent violemment contre la corruption des temps parce qu'ils n'ont pu, eux-mêmes, rien obtenir, nous avouons que nous verrions sans dépit fleurir la boutonnière de tous nos confrères, même au préjudice de la nôtre.

Il faudrait pourtant quelque ordre dans la chose et que les récompenses ne fussent pas détournées en chemin de leur destination. Aussi nous n'hésitons pas à relater ici le fait que nous signale la *lettre* d'un membre du Concours qui vient lui-même d'en être victime.

L'Académie de médecine de Paris a depuis longtemps l'habitude de récompenser par des médailles les médecins qui multiplent le plus les bienfaits de la vaccination. Cette médaille est un bien humble satisfecit. Dépourvue de ruban, elle ne peut s'épingler au revers du paletot, et la tête banale d'Hippocrate qui y figure n'a rien de particulièrement artistique. Quoi qu'il en soit, il est des médecins qui aiment à voir leur nom gravé au revers de l'effigie présumée du vieillard de Cos ; tous les

goûts sont dans la nature et celui-là n'est guère méchant.

Jusqu'alors la distribution de ces médailles se faisait avec une méthodique régularité. L'Académie solennellement proclamait en séance publique leur attribution et les préfets avaient la mission de les faire parvenir.

Eh bien ! notre confrère n'a pas eu sa médaille, car maintenant M. le préfet l'arrête, paraît-il, en route. L'Académie a beau la décerner ; pour l'avoir le praticien doit montrer patte blanche, il doit figurer sur la liste des petits citoyens bien notés et bien sages. M. Huchard a signalé le fait dans le *Journal des Praticiens*. Le secrétaire perpétuel, le vénérable M. Jaccoud, en aurait blémi de colère ; du coup, M. Lannelongue, s'arrachant à ses ardus travaux parlementaires sur la repopulation, aurait fait appel à M. Léon Labbé, à peine revenu des fortes émotions qu'ont provoquées chez lui les troubles de la Faculté, et ils seraient allés tous deux porter à M. Briand les remontrances du Sénat. Nous associons bien sincèrement en cette occasion nos timides protestations à leurs démarches.

Ce fait n'est pas unique ; nous en avons connu un autre du même genre et nous l'aurions signalé déjà il y a quelques années si nous n'avions craint d'être taxé de jalousie.

A Paris, pendant assez longtemps — nous ne saurions affirmer que cela se pratique encore — les médailles des épidémies ont servi à honorer les médecins qui donnaient gratuitement leurs soins à la Société de secours mutuels des agents de la préfecture de police.

Pour notre compte nous n'y trouvons aucun mal puisque nos confrères se sont contentés de cette monnaie ; mais pourquoi leur donner la médaille des épidémies plutôt qu'une autre ? Quelle infection sévissait plus particulièrement dans le personnel des braves gens qui obéissent à M. Lépine ?

Les médecins qui soignent la maréchaussée ont, eux, toute une gamme de récompenses ; ils peuvent obtenir tour à tour la lettre de félicitations de M. le ministre de la guerre, qui enrichira leurs archives familiales ; la mention, les médailles, et même s'ils y mettent de la longévité et de la constance, une croix qui pourra être déposée sur leur tombe.

Nous ne sommes pas socialistes unifiés, mais nous protestons et demandons à qui de droit l'unification des récompenses et l'assurance qu'une fois décernées elles pourront arriver à destination.

J. Noir.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d'accouchements Tarnier : M. le Prof. agrégé Brindeau.

L'accouchement dans la grossesse gémellaire : conduite à tenir

La conduite à tenir au moment de l'accouchement dans la grossesse gémellaire doit être envisagée : 1° pendant l'expulsion du premier enfant ; et, 2° pendant l'expulsion du second enfant.

Pendant l'expulsion du premier enfant, on suivra les règles applicables à la grossesse simple. Le médecin surveillera les bruits du cœur, la dilatation ; il rompra les membranes quand la dilatation sera complète, fera pousser la femme et interviendra par le forceps ou la version si le fœtus ne sort pas spontanément. L'intervention est ici assez rare, le premier fœtus étant ordinairement expulsé assez facilement. On prend ensuite le cordon, on attend qu'il ne batte plus, on met sur lui une pince et on le coupe entre deux ligatures. On fait la section entre deux ligatures, parce qu'il reste un fœtus dans la cavité utérine et qu'il existe dans certains cas une communication entre les circulations des deux enfants. Je dois dire, d'ailleurs, que cette précaution ne semble pas bien indispensable, puisqu'on a publié des observations où la double ligature n'avait pas été faite et où la circulation communicante existait, sans qu'une perte de sang s'en fût suivie. Quoi qu'il en soit, on pratique généralement la section du cordon entre deux ligatures.

L'un des fœtus étant sorti, la première recommandation dont il faut se souvenir, c'est de ne pas tirer sur le cordon. Ceci est extrêmement important et vous comprenez pourquoi. Les tractions sur le cordon peuvent déterminer des hémorragies et la mort du deuxième fœtus.

Une autre recommandation est de voir immédiatement comment se présente le deuxième enfant. Mettez la main sur l'utérus. Trouvez-vous un sommet ou un siège, vous êtes tranquilles. Trouvez-vous une épaule : pratiquez la version par manœuvres externes, sans attendre. Elle est généralement facile.

Allez-vous extraire de suite le deuxième enfant ou attendrez-vous un certain laps de temps ? Il y a avantage à attendre. Si vous intervenez de suite, en effet, vous allez le faire au moment où l'utérus, qui vient d'expulser un fœtus, est inerte. Attendez donc un quart d'heure ou vingt minutes. Vous avez surveillé la présentation, vous allez rompre la poche des eaux du deuxième fœtus. Si c'est un sommet, laissez faire l'expulsion. Si c'est une épaule, vous irez du même coup à la recherche des pieds.

Je vous ai dit qu'il convenait de rompre la poche des eaux, l'œuf étant descendu, après 1/4 d'heure, 20 minutes. Il est des cas où il y a avantage à patienter plus longtemps. Supposez une grossesse de 7 mois. La femme est accouchée de son premier enfant. Elle expulse son placenta. Vous avez quelques chances de voir la grossesse continuer, ce qui est avantageux pour le deuxième enfant.

Les deux enfants étant sortis, comment se règle la délivrance ? Comme pour la grossesse simple. Les deux placentas se décollent. L'utérus remonte et descend, et, au bout de 20 minutes, par exemple, vous trouvez une grosse masse placentaire. Un des cordons est plus bas que l'autre ; c'est sur celui-là qu'il faut tirer. En même temps vous appuyez fortement sur le fond de l'utérus. Le placenta est volumineux : si vous exercez de trop fortes tractions, vous avez des chances de le déchirer. Donc, agissez surtout par la main abdominale et tirez doucement avec la main vaginale. Lorsque la femme a des hémorrhagies, on doit vider l'utérus immédiatement.

Une fois le placenta expulsé, il est important d'établir si la grossesse était univitelline ou bivitelline. Dans la grossesse univitelline, il y a eu un seul œuf fécondé (grossesse uniovulaire) ; dans la grossesse bivitelline, il y a eu deux œufs fécondés (grossesse biovulaire). Dans la grossesse bivitelline, en examinant le placenta, vous pouvez voir deux placentas séparés, ou un seul massif placentaire. Toutefois, en y regardant de près, on trouve toujours deux circulations séparées, les vaisseaux d'un côté ne traversant pas la cloison qui sépare les deux parties. Dans la grossesse univitelline, au contraire, il y a communication entre les deux circulations.

En somme, par l'examen du délivre, vous pouvez résoudre la question de la grossesse uni ou bivitelline. Cela présente un réel intérêt. On a remarqué que les jumeaux univitellins s'élevaient beaucoup plus difficilement que les autres. Quant aux enfants ainsi mis au monde, ils sont de même sexe ou de sexes différents, de poids égal ou inégal.

J'arrive à l'étude de la dystocie dans la grossesse gémellaire. Dans l'accouchement régulier dont je viens de parler, il y a deux accouchements successifs. Dans l'accouchement dystocique, les enfants veulent passer en même temps et s'accrochent. Cette dystocie gémellaire peut être divisée en deux catégories : 1° les enfants pénètrent ensemble dans la filière pelvienne, mais sont séparés ; 2° ils passent en même temps parce qu'ils sont adhérents.

Première catégorie : jumeaux isolés.

Quand les fœtus veulent passer en même temps, il s'agit d'une grossesse univelline, les fœtus nagent dans le même liquide amniotique.

Ces faits d'engagement simultané se rencontrent assez souvent. Ils ont été étudiés par Hergott, par Bar, qui en a considéré différentes variétés. Nous allons suivre la division de M. Bar, qui envisage successivement l'engagement du sommet, du siège, de l'épaule.

1er *cas*. Le premier fœtus s'engage par le sommet. Le second fœtus peut s'engager par le sommet, le siège ou l'épaule.

Si le second fœtus s'engage aussi par le sommet, il se place près du premier et peut loger sa tête près du cou de celui-ci. Ce cas est assez rare. Généralement, vous essayerez de repousser le second fœtus avec la main introduite dans le vagin. Si vous le pouvez, essayez de retirer le premier fœtus par le forceps. Si vous n'y parvenez pas, il devient nécessaire de sectionner le cou du premier fœtus.

Le premier fœtus se présente par le sommet et le second par le siège. La tête du premier s'engage. A ce moment, le deuxième s'engage à côté. Cette éventualité est relativement rare et peu difficile. Les deux troncs sont accolés. Le tronc est malléable et on peut assez facilement procéder à l'extraction.

Le premier fœtus se présente par le sommet et le second par l'épaule. C'est tout à fait exceptionnel. Dans un cas de ce genre, Jacquemier a sectionné la tête du premier enfant.

2e *cas*. Le premier fœtus est un siège. Le second peut être un sommet, un siège ou une épaule. L'accouchement est ici fréquemment dystocique.

Le premier fœtus se présente par le siège et le second par le sommet ; le siège sorti, les deux têtes s'engagent et ne vont pas pouvoir passer. On est obligé d'extraire la tête rapidement pour que l'enfant ne succombe pas. C'est un cas relativemet fréquent et très ennuyeux, beaucoup plus ennuyeux encore si le diagnostic n'est pas fait. Vous tirez sur le premier enfant, vous l'arrachez et vous déterminez des lésions maternelles. Essayez, avec la main dans l'utérus, de repousser la deuxième tête. Si elle est enclavée, sacrifiez le premier fœtus en coupant son cou. Extrayez le second et vous aurez ainsi terminé.

Le premier fœtus se présente par le siège et le second également. Ces cas-là donnent lieu, non à de la dystocie, mais plutôt à des erreurs.

Vous pratiquez le toucher vaginal et vous trouvez deux pieds dans le vagin. Si vous n'avez pas fait attention que les deux pieds sont de même nom, vous allez tirer et engager les deux fœtus. C'est là le seul cas dystocique que vous rencontrerez. Il tient à l'inattention.

3e *cas*. Le premier fœtus se présente par l'épaule. La dystocie est tout à fait rare.

J'arrive à la deuxième catégorie ; les jumeaux adhérents.

Vous savez que ces monstres sont rares et ne vivent pas, en général. Si vous établissez le diagnostic, l'enfant étant sacrifié d'avance, la conduite n'est pas embarrassante. Parfois, cependant, on a vu des jumeaux adhérents qui ont vécu.

Les monstres en question peuvent se présenter de différentes façons, être accolés de différentes manières. Ils peuvent être réunis bout à bout, par la tête ou par le sacrum. Dans une autre variété, il s'agit de jumeaux ayant un corps avec deux têtes; quelquefois les deux têtes sont accolées. Vous aurez alors ce qui se passe dans les bassins rétrécis. Mais, l'enfant étant sacrifié, vous n'hésiterez pas à faire une crâniotomie. Le plus souvent l'accouchement a lieu avant terme.

Les deux fœtus peuvent être presque séparés et simplement accolés par le thorax ou le bassin. Ceux-là sont un peu plus intéressants; on en a vu venir au monde vivants et s'élever. Le plus ordinairement les deux fœtus se présentent parallèlement. Le lien qui les unit peut jouer de l'un sur l'autre et permet à un enfant de passer avant l'autre. La dystocie n'est pas fréquente.

Je viens de vous exposer l'accouchement dans la grossesse gémellaire et ses diverses modalités. Je vais vous parler maintenant du pronostic de ces accouchements.

Pour la mère, le pronostic est certainement moins bon que dans l'accouchement simple. Autrefois les statistiques d'accouchement gémellaire étaient mauvaises. Dubois avait noté une mortalité de 9 %. Actuellement, on arrive à environ 1 % tout compris. De même, les suites de couches sont moins bonnes. On trouve 25 % de morbidité. Il en est ainsi d'abord parce qu'on est obligé d'intervenir plus souvent, ce qui expose plus aux suites de couches pathologiques. L'accoucheur intervient dans 40 % des cas environ. D'autre part, ce sont des femmes généralement fatiguées, souvent albuminuriques. Elles deviennent plus facilement éclamptiques. Enfin, les hémorrhagies de la délivrance sont plus communes. Autre chose encore : bien des fois, il s'agit de femmes tarées, entachées de syphilis héréditaire, offrant un terrain défavorable. Dans un seul cas, le pronostic serait peut-être meilleur, c'est dans le cas de bassin rétréci.

Pour les fœtus, le pronostic n'est pas très satisfaisant. Les uns meurent pendant le travail, les autres au bout de 4, 5, 6 jours. Les auteurs donnent une mortalité fœtale de 15, 23, 35 %. Ces enfants naissent souvent avant terme et ils s'élèvent plus difficilement. La fréquence des interventions augmente aussi, pour l'enfant, les chances de succomber. Les jumeaux, en outre, peuvent être des tarés. Quelquefois ils naissent avec des déformations dues à la présence des deux fœtus dans l'utérus, dont les deux têtes par exemple se compriment et s'aplatissent. Le pronostic fœtal est donc mauvais, mais il y a peut-être un moyen de le rendre moins mauvais, c'est d'établir le diagnostic au moment du travail et de la grossesse. Reconnaissez la grossesse gémellaire, pendant la gestation. C'est là où la théorie de M. Pinard rendra des services. Laissez la femme au repos et elle accouchera moins prématurément. Je viens de voir à l'hôpital Tenon une femme enceinte de 7 mois 1/2, avec une grossesse gémellaire. Elle a des douleurs presque permanentes. Au repos au lit, elle pourra gagner 15 jours à 1 mois et espérer avoir des enfants vivants. Par conséquent, conseillez le repos pendant la grossesse.

Si le diagnostic est utile pendant la grossesse, il l'est encore bien davantage pendant le travail. Il offre à ce moment une grande importance.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Les fraises dans l'alimentation.

Les pratiques modernes de la culture intensive par l'épandage direct et le fumage fécal des champs de fraisiers doivent naturellement mettre en garde les gens soucieux de leur santé et hantés par la crainte de l'appendicite.

M. le Dr Sacquépée, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a publié dans le *Progrès Médical* une étude sur les qualités désinfectantes du lavage à l'eau bouillie et de l'immersion dans le vin rouge pour les fraises.

Les germes les plus dangereux, à notre point de vue, sont les pathogènes intestinaux répandus dans nos climats, bacilles typhiques et bacilles paratyphiques. C'est sur ces germes qu'ont porté les recherches. Dans tous les cas, on a employé des matières fécales liquides, renfermant une grande quantité des bacilles précédents : on a versé ces matières sur les fraises, qu'on abandonne ensuite pendant 4 à 6 heures.

Les fraises étant ainsi infectées dans des conditions qui imitent exactement certains procédés de culture, on a cherché par quels procédés pratiques la stérilisation peut être obtenue sans nuire à la qualité du fruit.

Le rinçage dans un grand volume d'eau stérilisée, ou sous un courant d'eau, pendant 5 minutes, est très suffisant ; le nombre des pathogènes diminue sensiblement, des 2/3 au 3/4, mais il en reste encore beaucoup.

Par contre, on obtient des résultats décisifs en utilisant une technique culinaire bien connue ; il suffit de plonger les fraises dans une quantité de vin rouge telle qu'elles puissent être complètement submergées ; il faut agiter de temps à autre, de telle façon que la partie

flottante ne soit pas toujours la même. L'expérience a été faite avec 4 variétés de vin rouge (bordelais, Hérault) ; les divers échantillons de vins se sont comportés sensiblement de même manière. Alors qu'au début, on trouve, par exemple, par centimètre cube d'eau de lavage, environ 5.000 bac. typhiques sur les fraises infectées, alors qu'on en trouve encore 1.500 après rinçage à l'eau, le nombre des bacilles tombe à 20 après 20 minutes de contact, à 5 après 30 minutes, à 0 après 45 minutes : la stérilisation est obtenue après 40 minutes, suivant l'origine du vin.

On obtient des résultats identiques dans leurs grandes lignes, en substituant au b. typhique le bacille paratyphique B. Le temps nécessaire à la stérilisation est d'environ 45 à 60 minutes.

L'action du vin blanc est de même ordre : stérilisation après 30 minutes (vin du Bordelais).

Pour les personnes, qui ne pourraient souffrir le vin, on peut recommander l'eau oxygénée ; diluée au 5e, elle assure la stérilisation en 30 minutes. Il faut ensuite rincer à l'eau stérilisée.

L'action antiseptique de l'eau oxygénée est utilisée couramment ; la valeur antiseptique du vin, de longtemps soupçonnée, a été démontrée naguère par Aloïs Pick, et par Sabrazès et Mercadier ; mais le vin et l'eau oxygénée ne sont pas seuls actifs dans les expériences précédentes, car la fraise elle-même possède un pouvoir de stérilisation réel.

A lui seul, en effet, le suc des fraises est déjà fortement hostile au développement des germes. Dans un mélange d'une partie de suc de fraises pour 19 parties de bouillon, le b. d'Eberth ne pousse pas. Versé dans le suc de fraises dilué au quart le bac. typhique disparaît en quelques heures. A la longue, la fraise écrasée, lavée au préalable, se débarrasserait donc d'elle-même des germes pathogènes.

Dans la pratique, le procédé le plus simple paraît être le suivant : rincer les fraises à l'eau stérilisée (eau bouillie par exemple) ; les faire tremper ensuite dans du vin rouge pendant une heure.

Le vin qui a servi à la stérilisation peut être consommé sans danger.

Les remarques précédentes s'appliquent aux germes étudiés ci-dessus, b. typhique et b. paratyphique B. ; d'autres germes, coli-bacille et entérocoque, traités dans les mêmes conditions, subissent une réduction considérable (de 19-20 au moins après 1 heure de séjour dans le vin rouge) sans toutefois disparaître complètement. Il est inutile de s'effrayer de leur persistance en petite quantité, ces germes faisant normalement partie de la flore intestinale humaine.

L'éclampsie puerpérale, son traitement pendant le travail.

Les lacunes déplorables de l'éducation des jeunes filles en ce qui concerne les risques de la maternité, l'insouciance et les préjugés populaires laissent encore trop souvent sans défense efficace et sans prophylaxie judicieuse les malheureuses femmes enceintes atteintes d'éclampsie. Notre rôle médical est évidemment double : d'abord traiter aussi énergiquement que possible les accidents éclamptiques qui peuvent, s'ils sont abandonnés à eux-mêmes, causer la mort du fœtus et de la mère ; ensuite lutter par nos conversations, articles et conférences pour obtenir qu'enfin l'éducation générale soit éclairée sur l'éclampsie, comme elle l'est actuellement sur les dangers du biberon à tube.

M. le Dr Bernard François, de Paris, a étudié dans sa thèse les remarquables résultats obtenus dans le service du Dr Potocki par l'application systématique de la saignée à tous les cas d'éclampsie. Voici ses conclusions :

1° Il y a 3 indications bien nettes dans le traitement de l'éclampsie :

a) Désintoxiquer l'organisme ;
b) Abaisser la pression ;
c) Rétablir la diurèse.

2° Parmi tous les traitements employés, la saignée paraît être le plus efficace et le plus rationnel.

a) Elle débarrasse l'organisme d'une quantité notable de toxines en très peu de temps.

b) Elle abaisse la pression d'une façon durable ;

c) Elle produit une diurèse rapide et abondante.

3° Il importe de saigner les malades, dès la période d'éclampsisme ; on évite ainsi la production des crises convulsives et des accidents mortels. La saignée doit être copieuse et ne jamais être au-dessous de 500 grammes.

On peut la répéter au besoin. Elle sera suivie d'un purgatif salin et d'un grand lavage intestinal à l'eau bouillie. La saignée ne débilite pas les femmes, ni ne les met en état de moindre résistance vis-à-vis de l'infection.

M. le Dr Boissard a également traité cet intéressant sujet dans une clinique de l'hôpital St-Louis (*Journ. des Praticiens*).

« La formule définitive du traitement de l'éclampsie puerpérale ne peut être encore donnée ; toutefois, on peut affirmer que le traitement par les inhalations chloroformiques est pour ainsi dire abandonné de la majorité des accoucheurs, qui ont vainement essayé d'obtenir, par cette méthode, les succès qu'on avait trop rapidement annoncés ; ce fut même cette méthode des inhalations chloroformiques qui retarda le retour à une thérapeutique plus conforme aux lois de la physiologie pathologique, nous voulons parler du traitement par la saignée massive combinée à l'accouchement méthodiquement accéléré.

« Si cette méthode reste discutable lorsque les attaques d'éclampsie se produisent au cours de la grossesse, nous croyons pouvoir affirmer qu'elle deviendra bientôt le procédé de choix, chaque fois que ces attaques se montreront au cours du travail et que le fœtus sera viable et vivant.

« Si la veine est difficile à trouver, on fait

une petite dissection superficielle avant d'en tenter l'ouverture, ou bien on recherche la saphène externe. La quantité de sang retiré ne doit pas être inférieure à 500 gr. ; le plus souvent, on en retire d'emblée au moins 600 gr.

« Après cette saignée, on procède à l'accouchement rapide par la méthode de la dilatation progressive accélérée avec le dilatateur de Rossi à quatre branches.

« Dans le cas où le col est incomplètement ou nullement effacé, la durée de l'intervention sera longue et variera de 1 heure à 2 heures. L'essentiel est d'aller progressivement, méthodiquement, sans effraction, de façon à s'en tenir à l'accouchement accéléré, sans jamais arriver à l'accouchement forcé ; c'est là le secret des succès obtenus par la méthode de la saignée massive combinée à l'accouchement accéléré ».

Les Ankyloses du genou

Dans une récente leçon clinique, M. le Dr Mauclaire a traité l'intéressante question des ankyloses du genou, en insistant plus particulièrement sur le diagnostic et la classification (Voir *la Clinique* nº 24 page 373).

Le diagnostic est, en général, facile :

Il faut penser, cependant, à l'existence possible d'une simple *raideur articulaire simulée* ; Faites alors coucher le malade, la jambe débordant la table, à peu près au niveau du creux poplité. Au bout d'un certain temps la contracture devient très pénible et, la fatigue aidant, on voit la jambe se fléchir d'elle-même, à la grande confusion du simulateur.

Dans les cas de *contractures hystériques*, vous aurez recours à l'exploration sous chloroforme. Au fur et à mesure que l'anesthésie progressait, on voit disparaître l'extension.

La radiographie apporte d'ailleurs un précieux élément de diagnostic, en permettant de déterminer le degré de la lésion et la variété anatomique : *ankylose osseuse ou fibreuse, centrale ou périphérique*.

Le *pronostic* est très grave. Les malades sont sujets à l'entorse à répétition de leur ankylose, ils peuvent, du fait de traumatismes, voir reparaître la lésion causale de leur ankylose, à savoir, le plus souvent la tuberculose.

Quant au *traitement*, il est très complexe.

Le *traitement préventif* comprend la mobilisation précoce du genou, le massage des muscles péri-articulaires, qui suffit pour faire disparaître bien des raideurs articulaires consécutives à des arthrites non tuberculeuses. Si la mobilisation est trop douloureuse, faites-la sous chloroforme, en plusieurs séances, si cela est nécessaire. Les appareils mécanothérapiques anciens et nouveaux préviendront l'ankylose. Vous inventerez facilement des appareils de fortune.

Le *traitement curatif* diffère suivant la variété. Cependant deux grands principes le dominent : si au membre supérieur, il faut chercher la mobilité, au membre inférieur cherchez la solidité.

Voici maintenant le traitement à suivre suivant les variétés :

I. — Ankiloses rectilignes

a) *Ankylose fibreuse non serrée.*— Les exercices d'assouplissement de l'articulation, le massage et l'électrisation des muscles, les douches, sont absolument suffisants pour faire disparaître l'ankylose, s'ils sont appliqués de bonne heure et d'une façon méthodique. Les appareils mécanothérapiques anciens et nouveaux seront aussi très utiles.

b) *Ankylose rectiligne fibreuse très serrée.*— La radiographie, en montrant l'état exact des lésions articulaires, justifierait peut-être l'intervention, soit par rupture, soit par arthrotomie pour les ankyloses métatraumatiques ou les arthrites non tuberculeuses. Pour le membre inférieur, jusqu'à plus ample informé, respectez cette variété d'ankylose.

c) *Ankylose rectiligne osseuse.*— Jusqu'à présent, la non-intervention est la règle.

II. — Ankyloses angulaires :

a) *Ankyloses fibreuses non serrées.*— Les douches, les massages, les exercices d'assouplissement, les appareils mobilisateurs de Zander et autres doivent ici rendre à l'articulation la plupart de ses mouvements.

b) *Ankylose angulaire fibreuse très serrée.* — Le *redressement graduel* peut donner de bons résultats, sans aucun doute, mais c'est une méthode désespérante comme lenteur, même quand on y joint les ténotomies. La méthode des *redressements successifs*, la *rupture immédiate progressive*, sont également longues et douloureuses. Le *redressement brusque* de Louvrier s'est beaucoup perfectionné, grâce à l'anesthésie. Mais les accidents ne sont pas exceptionnels (ecchymoses, escarres, déchirures vasculaires ou nerveuses, au niveau du creux poplité, écrasement ou arrachement de l'artère ou de la veine poplitée, arrachement ou compression des sciatiques, etc.). La *mobilisation préliminaire de la rotule* facilite beaucoup le redressement brusque, car elle rend la réduction moins violente. Il est cependant plus logique d'intervenir sur les os, et l'*ostéotomie sus-condylienne est la méthode de choix* sans aucun doute, elle permet de redresser les ankyloses à angle obtus. Pour les ankyloses à angle droit ou à angle aigu, la méthode suivante est préférable : *Résection cunéiforme* ou *trapézoïdale qui* est indiquée quand il y a luxation complète du tibia en arrière. Elle évite de rompre les rétractions fibreuses poplitées ; elle est indiquée quand les surfaces articulaires sont très déformées. Chez les enfants, il faudra éviter de toucher aux cartilages dia-épiphysaires ; aussi la résection doit être parfois modelante, c'est-à-dire convexe du côté fémoral et concave du côté tibial.

Quand il y a des fistules persistantes, la résection est encore le meilleur moyen de redresser le membre et d'enlever le foyer infecté. L'angle du coin à enlever est complémentaire de l'angle de flexion ; mais le plus souvent, pour avoir

une rectitude complète, la résection sera trapézoïdale. La *résection modelante d'Ollier* a été reprise par Helferich, Kummer et André, sous le nom de *résection arciforme* ; elle permet de ménager les cartilages de conjugaison et de diminuer le raccourcissement post-opératoire. Lachouille insiste avec raison sur ce fait que, si quelques mouvements, si légers soient-ils, subsistent dans le genou, la résection est préférable à l'ostéotomie pour éviter les entorses de l'ankylose. Le redressement est très facilité par des *ténotomies faites à ciel ouvert.*

c) *Ankylose angulaire osseuse.*— Le traitement doit être le même que pour les ankyloses angulaires fibreuses très serrées : c'est l'ostéoclasie pour quelques cas, l'ostéotomie suscondylienne pour la plupart. La résection orthopédique est préférable s'il y a des déformations articulaires ou des fistules persistantes.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Embolie de la fémorale. — Hémiplégie après un coup de couteau à la région précordiale. — Pneumonie et électrargol.—La fièvre de Malte en France. — Opothérapie surrénale dans un cas de chorée molle. — Sérothérapie du rhumatisme. — Colique hépatique avec septicémie coli-bacillaire. Concrétions calcaires sous-cutanées. — Cure du morphinisme par le pantopon.—La recto-sigmoïdoscopie.

M. Paul Claisse rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* une observation *d'embolie de la fémorale traitée par le massage immédiat*, avec disparition des accidents.

Dans le cas en question, un caillot formé dans le cœur, du fait d'une lésion mitrale, entre en circulation et vient se fixer dans une grosse artère, exposant le sujet à la gangrène du territoire sous-jacent. Sous l'influence du massage, l'obstruction artérielle disparaît. Le caillot, partiellement liquéfié, a été divisé en petits débris qui ont émigré en des territoires où la circulation collatérale est assurée.

On est tenté, en présence d'une obstruction artérielle, de suivre la même ligne de conduite qu'en présence d'une obstruction veineuse et d'immobiliser le membre dans une gouttière. Or, si l'immobilisation est indispensable pour la phlébite, elle est illogique pour l'obstruction artérielle. Le massage précoce augmente beaucoup les chances de guérison.

— MM. Apert et Stevenin présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un malade atteint *d'hémiplégie droite avec aphasie survenue cinq heures après un coup de couteau dans la région précordiale.*

Ce malade, jeune homme de 19 ans, désespéré du départ brusque de sa maîtresse, se frappe à la région du cœur avec un petit couteau de poche. Il a immédiatement une syncope. Il revient à lui quelques heures après l'événement, parle et remue, mais tombe ensuite peu à peu dans le coma, d'où il sort au bout de quelques jours hémiplégique et aphasique. Son hémiplégie a tous les caractères de l'hémiplégie organique.

Quant au mécanisme de cette altération, il est difficile à expliquer. Il n'y avait pas de plaie du cœur. Recherchant dans la littérature médicale des cas semblables d'embolie cérébrale ou d'hémiplégie organique consécutives à des plaies du cœur ou de la poitrine, MM. Apert et Stévenin n'en ont trouvé aucun. Seule, une observation de Valude intitulée « ischémie rétinienne et névrite optiques survenues à la suite d'un traumatisme cardiaque » pouvait en être rapprochée.

— MM. Gouget, Rosental et May ont obtenu de bons effets de *l'électrargol dans le traitement d'un cas de pneumonie.*

Le patient, dont ils exposent l'histoire à la *Société médicale des hôpitaux*, était atteint de pneumonie double grave. Au neuvième jour, défervescence. Après vingt-quatre heures d'apyrexie, reprise de la pneumonie. C'est alors qu'intervient l'électrargol en injections intraveineuses, à la dose de 20 cent. cubes. Quatre injections sont successivement pratiquées et chacune des trois premières est suivie immédiatement d'une chute de température de un à trois degrés. Après la quatrième, faite en pleine apyrexie, la température ne s'élève plus.

— M. Mazuré, de Combles (Somme) a adressé à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur la *fièvre de Malte en Picardie*, travail qui fait l'objet d'un rapport de M. Rist.

Il y a quelques années encore, on se croyait en France à l'abri de la fièvre de Malte, que l'on pensait cantonnée dans la région méditerranéenne (Malte, Italie, Algérie, Crète, etc.). L'existence de cette maladie dans notre pays fut signalée pour la première fois, à Paris, en 1909, par Würtz, Danlos et Tanon. Depuis, on l'a retrouvée sur divers points du territoire français. M. Mazuré vient d'en voir trois cas en Picardie. L'auteur a été mis sur la piste du diagnostic par la longue durée et les rechutes de la fièvre, les sueurs profuses, le résultat négatif du séro-diagnostic de Widal. Le diagnostic a été confirmé par la séro-réaction, qui fut positive chez le malade où elle a pu être faite, vis-à-vis du *micrococcus melitensis*, agent pathogène de la fièvre de Malte.

— MM. Emile Sergent et Besset ont eu l'occasion d'observer un cas intéressant de *chorée molle* qu'ils communiquent à la *Société médicale des hôpitaux.*

Chez un enfant de onze ans, atteint depuis trois semaines environ de chorée, se développe un état pseudo-paralytique généralisé qui aboutit rapidement à l'inertie absolue. A part quelques petits mouvements choréiques persistants, l'enfant demeure immobile dans son lit : il est plongé dans une apathie complète ; ses membres sont inertes, la parole est impossible, les réflexes abolis. L'abattement est tel qu'il rappelle de

tous points l'asthénie profonde de l'insuffisance surrénale. L'analogie est si frappante qu'elle suscite aux auteurs l'idée de tenter *l'opothérapie surrénale* : celle-ci, administrée sous forme d'extrait total, ne tarde pas à faire disparaître les accidents pseudo-paralytiques.

MM. Sergent et Besset se trouvent ainsi portés à admettre que certains états observés dans la chorée et généralement décrits sous le vocable « chorée molle », sont la conséquence d'une insuffisance de la fonction surrénale en présence d'un excès de poisons musculaires résultant des mouvements choréiques. On sait, en effet, qu'une des principales fonctions des glandes surrénales consiste dans la destruction des poisons dus au travail musculaire. S'il y a excès de poisons (les mouvements choréiques produisant un véritable surmenage musculaire), la fonction antitoxique peut être défaillante.

Ces considérations pathogéniques, qu'elles soient ou non rigoureusement exactes, conduisent à une déduction pratique : tenter l'administration de l'extrait surrénal en pareille circonstance.

— M. Legendre rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* deux cas *de cardiopathies rhumatismales aiguës très graves traitées avec succès par le sérum de Rosenthal.*

Il s'agit de deux jeunes sujets atteints de rhumatisme articulaire avec complications endo-péricardiques des plus graves et hyperthermie ayant résisté aux traitements classiques. Le lendemain de l'injection du sérum de M. Rosenthal, la température s'abaisse rapidement et on constate l'atténuation progressive des signes objectifs de la péricardite et de l'endocardite.

M. Gouget remarque que M. Rosenthal a injecté son sérum à plusieurs rhumatisants de son service. Il n'a pas constaté des effets aussi heureux que ceux rapportés par M. Legendre ; il est vrai que, dans aucun de ces cas, il ne s'agissait de rhumatisme à caractère viscéral. D'autre part, les accidents d'intoxication sérique ont été fréquents et accusés. Aussi, jusqu'à nouvel ordre, l'échec seul du traitement classique paraît pour M. Gouget fournir l'indication éventuelle l'emploi du sérum.

— MM. Ménétrier et Brodin communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de *colique hépatique avec septicémie coli-bacillaire.*

La colique hépatique se complique parfois d'une forte élévation de température revêtant en général le type intermittent. Cette fièvre (qu'il ne faut pas confondre avec la légère réaction fébrile que l'on peut voir dans la colique hépatique simple) est actuellement rattachée à une septicémie par infection biliaire. Toutefois, cette septicémie a été rarement démontrée par la constatation, pendant la vie, des parasites présents dans le sang. MM. Ménétrier et Brodin ont pu obtenir, par ensemencement du sang de leur malade, des cultures pures de coli-bacilles.

— MM. Thibierge et Weissenbach ont observé une forme de *concrétions calcaires sous-cutanées en relation avec la sclérodermie,* qu'ils signalent à la *Société médicale des hôpitaux.*

Les observations de concrétions calcaires sous-cutanées sont nombreuses. Quelques-unes sont classées et concernent des cas de calcification des glandes sudoripares, des lobules adipeux de sujets âgés, des bourses séreuses. Mais, nombreux sont aussi les cas mal définis. Chez le patient de M. Thibierge, les concrétions calcaires sous-cutanées ont évolué parallèlement à une sclérodermie et semblent avoir été en relation étroite avec elle.

— M. A. Morel-Lavallée présente à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur l'*action des opiacés nouveaux et leur emploi éventuel dans la cure de morphinisme.*

La méthode la plus commode de traitement du morphinisme paraît être celle qui, au début, substitue à la morphine en piqûres, des narcotiques voisins ou similaires, administrés en ingestion. Les trois derniers venus dont il faut comparer les résultats sont : l'héroïne (qui ne peut servir à la démorphinisation parce qu'elle est plus toxique que la morphine), la dionine (pour laquelle il faut conserver la voie d'entrée hypodermique) et enfin le pantopon.

Le *pantopon*, découvert et étudié par Sahli, de Berne, est de l'opium complet, débarrassé de ses impuretés ; sa composition est constante ; il a toutes les propriétés de l'opium dans ses effets sédatifs et psychiques.

M. Morel-Lavallée a établi dans son service des essais comparatifs entre l'opium et le pantopon et il semble possible, dès à présent, de penser que l'on possède un produit très intéressant, capable de rendre de réels services dans la pratique journalière.

— M. Bensaude fait à la *Société de l'Internat* une conférence sur la *recto-sigmoïdoscopie.* L'auteur montre l'importance de l'endoscopie recto-colique qui permet d'examiner non seulement le rectum, mais encore une partie de l'intestin profondément située dans le bassin et par cela même inaccessible au doigt et à la palpation abdominale.

P. L.

PÉDIATRIE

Une nourrice atteinte d'une maladie infecto-contagieuse peut-elle continuer l'allaitement ?

Pour résoudre cette importante question, il convient de l'envisager à divers points de vue.

C'est tout d'abord la *question de milieu.*

1° Dans le *milieu aisé* rien de plus facile ; on adopte la solution la plus logique, la plus simple, celle qui vient en premier lieu à l'esprit : il faut

éloigner aussitôt l'enfant de la mère ou de la nourrice, puisque les maladies infecto-contagieuses présentent toutes un danger plus ou moins grand de contagion, auquel il importe de soustraire le nourrisson. Une autre nourrice, immédiatement appelée, évite à celui-ci les risques qu'il pourrait courir, si, brusquement privé du lait maternel, il devait être mis au biberon ; d'autre part des fatigues excessives ne sont pas imposées à la mère.

2° Dans le *milieu peu aisé*, où il est impossible de recourir à la « remplaçante », il faut poser en principe que l'enfant court moins de risque en restant exposé à une contagion microbienne qu'en étant élevé à l'allaitement artificiel. Comme le dit le Dr Brelet, dans la *Gazette des Hôpitaux*, on doit, en mettant au premier plan les intérêts de l'enfant, laisser une femme infectée nourrir son enfant, si naturellement la sécrétion lactée n'est pas trop modifiée en quantité ou en qualité.

Cependant, après avoir ainsi réglé les intérêts de l'enfant, qu'on n'oublie pas ceux de la mère, car il est parfois dangereux de lui imposer la fatigue de l'allaitement pendant qu'elle n'a pas trop de toutes ses forces pour lutter contre une infection microbienne ; il faut dès lors agir différemment, suivant que l'infection doit être longue ou passagère.

a) *Infections longues* : c'est le cas de la fièvre typhoïde de la scarlatine grave et de la variole grave.

Si le nourrisson ne risque pas beaucoup de contracter la fièvre *typhoïde*, puisque le lait ne renferme pas de bacille d'Eberth, et que la contagion directe est exceptionnelle, — il n'en est pas moins vrai que l'allaitement serait vraiment une cause excessive d'épuisement pour la mère, au cours d'une infection toujours sérieuse, et souvent très prolongée, à rechute, comment le fait s'observe souvent chez les nourrices . Mais à *la convalescence*, il arrivera parfois, si la maladie n'a été ni trop longue, ni trop grave, que la sécrétion lactée persiste encore et puisse être activée d'une façon suffisante en remettant l'enfant au sein. Dans certains milieux, si l'enfant n'a pu avoir une nourrice pour suppléer sa mère, s'il a souffert de l'allaitement artificiel, on conseillera donc à la mère d'essayer de reprendre l'allaitement à la convalescence de la fièvre typhoïde.

De même, lorsque la *scarlatine* présente d'emblée un aspect très grave, lorsque la toxi-infection est profonde, avec une température très élevée, avec des phénomènes d'agitation, ou de la dépression, il ne saurait être question de faire continuer l'allaitement ; la nourrice atteinte de cette scarlatine grave est au moins aussi atteinte qu'une typhique ; il est généralement probable que la période fébrile se prolongera longtemps, que la défervescence sera lente : l'enfant sera donc éloigné du sein maternel.

Les mêmes considérations s'appliquent aux formes graves de la *variole*.

b) *Infections passagères.*

Dans les *scarlatines légères*, qui se réduisent à une période fébrile de quelques jours avec exanthème léger et éruption fugace, l'allaitement peut être continué et le nourrisson risque fort peu de contracter la maladie. Cette pratique de l'allaitement pendant la scarlatine maternelle est depuis longtemps adoptée en Allemagne ; en France Dufour, Martin, Lepage l'ont aussi préconisée, et Lemarquand (*Thèse de Paris*, 1906) a bien montré les avantages de cette méthode.

Dans l'*érysipèle*, la *rougeole*, Roger laisse les femmes nourrir leurs enfants ; sur un total de 100 enfants, 2 seulement ont été infectés l'un par l'érysipèle, l'autre par la rougeole.

Dans la *variole*, si l'enfant a été vacciné, l'allaitement n'a aucun inconvénient, en ce qui concerne les formes légères.

Les femmes atteintes d'*oreillons* continueront à nourrir également ; tout au plus pourrait-on craindre chez elles l'apparition d'une mammite ourlienne.

En cas de *diphtérie*, on immunisera le nourrisson par une injection préventive de sérum antidiphtérique.

Quand l'allaitement est ainsi continué, il convient cependant de prendre quelques précautions, et de réduire au minimum les risques de contagion pour l'enfant. C'est ainsi que, dans l'intervalle des tétées, l'enfant sera éloigné de sa mère ; que toutes les manipulations, tous les soins qui accompagnent habituellement l'allaitement maternel seront interdits à la mère, qui serait d'ailleurs surmenée par cette tâche ; l'enfant ne sera donné qu'à la mère à l'heure des tétées et pour leur durée seulement.

D'autre part, si pendant la période d'état de la maladie, la sécrétion lactée était trop diminuée, il conviendrait, pour ne pas nuire à la santé de l'enfant, de recourir momentanément à l'allaitement mixte. Et même si le nourrisson présentait des troubles digestifs, il faudrait pendant quelques jours interrompre l'allaitement maternel.

HYGIÈNE PRATIQUE

Contribution à la prophylaxie de la scarlatine

Actuellement, on doit considérer la scarlatine comme la plus grave des maladies infectieuses de l enfance ; en effet, quoique le pourcentage des décès qu'elle cause soit moins élevé que celui de quelques autres maladies microbiennes infantiles, telles que le choléra infantile, la méningite cérébro-spinale, etc., cependant, à cause de la large dissémination de l'épidémie, elle fait mourir un plus grand nombre d'enfants. L'art médical est impuissant contre la scarlatine à cause de l'absence de remède spécifique et aussi de la marche insidieuse de la maladie qui cause une multitude de sérieuses complications. Les médecins fixent donc toute leur attention sur la prophylaxie, en s'efforçant de restreindre l'invasion de l'épidémie. Mais ce problème est tr ë

ardu, surtout dans les populations ignorantes, d'une part à cause de la facilité de la contagion et de la possibilité de la transmission de la maladie par des tierces personnes et des objets ayant été en contact avec les malades, d'autre part, à cause de la longue durée de la desquamation (1), pendant laquelle le malade peut disséminer l'infection autour de lui. C'est pourquoi, toute tentative faite dans le but de diminuer la réceptivité de l'organisme à l'infection scarlatineuse mérite d'être examinée et d'être répandue dans le corps médical, si, après expérience, elle donne quelque peu de résultats encourageants.

C'est cette conviction qui m'engage à faire connaître à mes collègues l'exemple de l'immunisation des enfants d'après la méthode du professeur Gabricevskij, que j'ai employée dans un petit village où avait été importée l'infection scarlatineuse. Cette méthode est peu connue et peu employée en dehors de la Russie, sans doute parce que d'une part les populations de l'ouest de l'Europe, plus cultivées, souffrent moins de la scarlatine que la Russie, où elle affecte souvent le caractère épidémique, surtout parmi les campagnards, et d'autre part et principalement pour des considérations théoriques, parce que l'agent de la scarlatine n'est pas encore connu et que ce ne serait pas le streptocoque, dont le professeur Gabricevskij emploie les cultures stérilisées, pour immuniser l'organisme contre la scarlatine.

Le but de ma publication n'est pas une polémique théorique sur l'utilité de la méthode de Gabricevskij, quoiqu'il me soit bien permis de faire remarquer que, pour tout médecin ayant suffisamment étudié les maladies scarlatineuses, il est hors de doute que les plus graves complications de la scarlatine (angines gangréneuses, phlegmons, otites, etc.), dépendent de l'infection streptococcique, et que, si les streptocoques ne causent pas la scarlatine, cependant leur coexistence (symbiose) avec l'agent encore inconnu de la scarlatine produit les plus graves manifestations. C'est pourquoi immuniser l'organisme pendant une épidémie de scarlatine, ne fût-ce que contre les complications engendrées par les streptocoques, est toujours un pas immense fait en avant sur la voie de la lutte antiscarlatineuse.

Mais, laissant de côté les considérations théoriques, je me propose d'exposer les faits prouvant d'une façon incontestable l'existence de quelque connexion entre l'infection par la scarlatine et les injections du sérum de Gabricevskij. La dernière preuve en a été donnée en 1905, et à cette époque, les médecins indigènes, qui jusqu'alors, à cause des conditions économiques et surtout intellectuelles de la vie des paysans russes, avaient dû se borner à observer la dissémination de la scarlatine, sans pouvoir porter remède à cette maladie la plus terriblement meurtrière de l'enfance, se mirent résolument à pratiquer l'inoculation antiscarlatineuse proposée par Gabricevskij. Depuis cette époque, en Russie, il a été fait des centaines de mille inoculations et des dizaines de mille observations ont été publiées. L'année dernière, *Vrachebnaja Gazeta*, à l'occasion du deuxième anniversaire de la mort du professeur Gabricevskij, a publié une immense collection de documents sur la question, et presque tous les observateurs, après un large emploi des injections antiscarlatineuses, certifient d'abord leur complète innocuité, et ensuite leur incontestable efficacité dans les épidémies de scarlatine.

Je suis arrivé aux mêmes conclusions par ma pratique personnelle, et il n'y a pas longtemps, j'ai réussi à observer une expérience aussi convaincante que s'il se fût agi d'une expérience de laboratoire et cette expérience, pour ainsi dire *in vitro*, mérite d'être publiée pour convaincre les incrédules.

A quatre kilomètres de mon lieu de séjour existe le petit village de Lihvari, composé de 21 chaumières habitées par 126 habitants dont 63 enfants de moins de 15 ans.

Le 26 septembre, la scarlatine fut importée du district voisin dans le village : la fille du paysan S. enfant de 13 ans, était domestique chez un médecin au 2e degré où elle tomba malade. Le médecin diagnostiqua une diphtérie et la renvoya chez elle après lui avoir injecté du sérum antidiphtérique, et on me le fit savoir. Le lendemain, en l'examinant, je lui trouvai une scarlatine grave (exanthème caractéristique, angine purulente, intoxication avec faiblesse extrême du cœur) ; elle mourut au bout de quatre jours. Dans la même famille S., il y avait encore trois enfants : deux filles de 15 et de 7 ans et un garçon de 3 ans. Le 28 septembre, la jeune fille de 15 ans tomba malade, et le 2 octobre ce fut le tour des deux autres enfants : celle de sept ans mourut le 6 octobre ; quant aux deux autres, ils revinrent peu à peu à la santé après une scarlatine grave, surtout chez la malade de 15 ans.

Le 5 octobre, je reçus le sérum prophylactique de Gabricevskij et le même jour je réunis tous les habitants du village de L. et leur proposai d'inoculer les enfants au-dessous de 15 ans, en leur faisant comprendre l'impuissance du traitement médical de la scarlatine et en les prévenant que les inoculations ne les garantissaient pas d'une façon certaine contre l'infection, mais qu'on les employait actuellement largement et avec plein succès dans ce but, sans inconvénient pour l'organisme. On manifesta le désir de faire inoculer 44 enfants qui le furent aussitôt. Je me refusai pourtant à inoculer deux enfants : un garçon très chétif et cachectique, et le fils du paysan L., qui présentait une tempé-

(1) Les idées modernes sur la transmission de la scarlatine tendent à restreindre considérablement l'importance de la dissémination par les squames ; je ne sais pas trop s'il est bien prudent d'être aussi absolu que certains auteurs qui s'appuient sur cette hypothèse pour combattre la désinfection en fin de scarlatine ; où que se trouve la vérité, peu importe en l'espèce, et même si la desquamation ne jouait aucun rôle, cette erreur n'enlèverait nullement sa valeur à la communication du Dr Sobolev. (*Note du Traducteur.*)

rature élevée, sans signe nettement localisé ; en outre, 17 enfants ne furent pas inoculés.

Le jour suivant, on constata la réaction de l'organisme contre l'inoculation et elle se retrouva chez tous les enfants inoculés : localement, il existait de la douleur et de la rougeur au point d'inoculation, la réaction générale consistait en une élévation de la température (on eut 38°6, le plus grand nombre ne dépassèrent pas 38°). Le troisième jour, la réaction générale disparut et le 4e jour ce fut le tour de la réaction locale.

Le 10 octobre, le fils du paysan L. cité plus haut et qui n'avait pas été inoculé tomba malade d'une scarlatine : exanthème intense, angine putride, délire et état général grave d'intoxication. Le 15 octobre, il mourut. Le 11 octobre une fillette non inoculée de 13 ans tomba malade également d'une scarlatine à forme bénigne dont elle se rétablit en 5 jours.

Je dois dire que, suivant la coutume locale, et malgré mes recommandations, tous les assistants aux enterrements se réunissaient pour une fête en l'honneur des morts et on distribuait à tous les enfants des gâteaux préparés pour la fête. En outre, la libre communication entre les familles infectées et les autres n'a jamais cessé.

Le 12 octobre, j'ai pratiqué une 2e inoculation à 53 enfants : 41 pour la 2e fois et 12 pour la 1re fois.

Le 14 octobre, la fille de 15 ans du villageois L. dont le fils était tombé malade le 10 et était mort le 15 octobre, fut atteinte à son tour. Cette jeune fille avait été inoculée déjà deux fois ; sa scarlatine fut légère : la température ne dépassa pas 38°4, l'exanthème était absent, l'angine fut simple ; la maladie dura environ 5 jours et se termina par la guérison.

Le 19 octobre troisième inoculation à 57 enfants : 41 pour la troisième fois, 15 pour la deuxième fois et 1 pour la 1re fois. De même qu'après la 2e inoculation, les réactions locales et générales qui suivirent la 3e inoculation furent moins fortes qu'après la 1re.

Le jour même de la 3e inoculation tomba encore malade un enfant du villageois L., âgé de 10 mois et qui n'avait reçu qu'une seule injection le 12 octobre ; pendant l'évolution de la maladie l'exanthème manqua, mais une grave angine gangréneuse avec phlegmon du cou et intoxication septique intense firent périr l'enfant le 24 octobre. Dans la même famille, la mère des enfants et un garçon de deux ans, qui avaient été inoculés trois fois, eurent de légères angines catarrhales.

Enfin le 29 octobre furent inoculés encore 17 enfants (15 pour la 3e fois, 1 pour la 2e et 1 pour la 1re fois). Je faisais les injections dans le tissu sous-cutané de l'épaule, pour me rapprocher de la vaccination antivariolique, à laquelle la population est totalement accoutumée ; de cette façon il n'y avait presque ni crainte ni larmes de la part des enfants.

Je faisais mes injections aux doses suivantes :

1re fois : jusqu'à 1 an.....	0,1	cmc.
de 1 à 2 ans.....	0,2	—
de 2 à 3 ans.....	0,25	—
de 3 à 5 ans.....	0,3	—
de 5 à 8 ans.....	0,35	—
de 8 à 11 ans.....	0,4	—
de 11 à 15 ans.....	0,5	—

La 2e fois, on injectait une fois et demie la dose précédente, sauf à ceux qui avaient présenté une réaction intense et auxquelles on n'injectait que la même dose.

La dose de la 3e injection était le double de la première.

En somme, nous avons observé la contagion dans une famille et le transport des malades de celle-ci dans deux autres. Dans la 1re il n'y a pas eu d'injections ; tous les quatre enfants tombèrent malades et eurent une scarlatine très grave, 2 moururent. Dans la 2e famille, 4 sur 5 enfants furent inoculés ; celui qui n'avait pas été inoculé eut une scarlatine très grave et en mourut aussi ; et enfin, le 3e fut atteint après 2 inoculations, eut une scarlatine légère et guérit ; deux enfants inoculés trois fois ne furent pas atteints.

Dans la 3e famille une fillette de 13 ans atteinte d'une scarlatine bénigne, quoique non inoculée, guérit. Au total, 8 enfants furent malades, 4 moururent ; parmi ces derniers, 3 n'avaient pas été inoculés, et 1 ne l'avait été qu'une seule fois.

La signification de l'expérience me semble indiscutable ; l'épidémie a été terminée et l'action des inoculations sur la marche de la scarlatine chez les enfants malades est nettement caractérisée.

Je citerai encore un cas se rapportant à ce qui vient d'être écrit. Deux ans auparavant, pendant une épidémie de scarlatine, j'avais inoculé, d'après la méthode de Gabricevskij, 3 enfants dans une famille d'un autre village. Ils ne furent pas atteints à cette époque. La même année que se passait l'épidémie que j'ai rapportée plus haut, j'ai observé chez ces enfants une forme très anodine de scarlatine : la plus âgée des fillettes eut seulement une très légère angine lacunaire et je ne songeai à la scarlatine que lorsque ses deux sœurs tombèrent malades ; l'une d'elles eut, en même temps que l'angine, un exanthème scarlatineux ; chez la 2e la maladie se révéla par un vomissement initial, une sensation de faiblesse et de la tachycardie, avec une angine catarrhale sans exanthème. Le 3e jour, l'exanthème de la 1re disparut et toutes eurent une température normale ; ce n'est que chez la plus âgée, qui avait été malade la première, que l'on trouva dans l'urine au bout de deux semaines une faible quantité d'albumine qui disparut rapidement sous l'influence d'un régime convenable.

Cette observation, d'accord avec celles des autres auteurs, montre que l'immunité acquise par les injections de Gabricevskij, dure moins de deux ans (la plupart estiment qu'elle ne dépasse pas un an) ; mais les injections ont quelque

influence atténuante sur la maladie déclarée chez les personnes qui ont été inoculées.

Je termine en exprimant le souhait que l'emploi des inoculations du professeur Gabricevskij se répande largement en dehors de la Russie, car on peut, grâce à elles, sauver plus d'une vie humaine ; c'est ce que prouve bien la grande expérience des médecins russes.

V. Sobolev (Poltavo).

(Traduit de l'article en Esperanto de la *Vocho de Kuracistoj* par le Dr Despeignes, directeur du Bureau d'hygiène de Chambéry).

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Les œuvres de mutualité médicale.

Communication du Dr Sexe (de Besançon)
Au Congrès des médecins de Franche-Comté
du 10 juillet 1910

Quand, à l'aurore de son entrée effective dans la carrière médicale, le jeune confrère frais émoulu de la Faculté promène autour de lui ses regards, ce n'est pas, s'il est d'un esprit sérieux et capable de réfléchir, un horizon sans nuages pour l'avenir qu'il contemple. Comme le papillon qui vient de briser son cocon et n'a pas encore durci son corps et ses ailes aux chauds rayons du soleil il est vulnérable de toutes parts et de nombreux ennemis le guettent.

J'ai pesé, après bien d'autres, et mes confrères ici présents ont partagé ma manière de voir, que son éducation pratique est tout entière à faire ; ce n'est qu'à force de frapper avec le marteau « Persévérance » qu'on finit par faire pénétrer le clou « Vérité » dans l'intellect. Je vais donc suivant en cela la méthode naturelle et logique, prendre un jeune débutant, et lui faire devant vous parcourir en peu d'instants sa carrière complète, indiquant les écueils, les ennemis, et montrant à côté de chaque danger le refuge construit par nos anciens au cœur généreux et prévoyant. Je bornerai mon étude aux œuvres médicales qui ont fait leurs preuves et dont la solidité a défié le temps, le grand démolisseur de toutes choses non viables.

Notre jeune confrère a 25 ans — il est célibataire.— Quels ennemis a-t-il à combattre ? Quels sont les devoirs de préservation vis-à-vis de lui-même ?

Il doit craindre : 1° la mauvaise foi des hommes, — l'effort des collectivités à l'asservir (mutualités, Etat, employeurs s'il est médecin fonctionnaire) ; les clients récalcitrants et le recours de ceux-ci contre lui, chose si fréquente aujourd'hui.

Contre tout ce grouillement de dangers il a le devoir de s'affilier d'abord à son *Syndicat local* où il trouvera appui moral et financier tant dans ses luttes extérieures que dans les difficultés d'ordre déontologique qui peuvent survenir entre lui et quelques confrères. Qu'il ne prête point l'oreille à ce moment aux voix, de plus en plus rares qui lui conseilleraient l'abstention ; à ceux-là on peut répondre : « Pour vous excuser, pour justifier à vos yeux cette prétention de rester en dehors d'une bonne union confraternelle, vous dites : « Je veux conserver ma liberté et mon indépendance. » Or, ce que vous appelez la liberté n'est souvent que votre intérêt, et votre indépendance dissimule mal votre égoïsme. Votre prétendue liberté n'a que le grave défaut d'être une entrave à la liberté des autres. Pour êtes libres, il faut être forts. Pour être forts, il faut être unis ». (Extr. du Discours Montprofit).

2° *Au Sou Médical*, dont les conseils éclairés lui permettront de se diriger au milieu des dédales obscurs de la chicane, et qui, au besoin, lorsque le cas particulier vise l'intérêt général, met à sa disposition son trésor de guerre et l'appui d'une autorité morale avec laquelle les collectivités comptent actuellement. Le Ministre de la Guerre lui-même a dû céder et s'est vu condamner par le tribunal de Vincennes à payer à sa requête le médecin choisi par un ouvrier d'une cartoucherie.

Dans un autre exemple resté fameux, le « Sou » a porté devant cinq tribunaux différents : Tribunal civil, Cour d'appel, Cour de cassation, Conseil d'Etat, Tribunal des conflits, un litige terminé à la satisfaction du confrère demandeur par la condamnation de l'adversaire à cent francs de dommages-intérêts — et à mille francs de frais — et l'adversaire n'était pas insignifiant, c'était le maire d'une très importante ville de France.

Contre le risque professionnel, le jeune confrère s'affiliera aussi à :

3° *L'Ancre médicale*. — Cette dernière, pour une cotisation minime, lui permet de se couvrir contre des demandes reconventionnelles, partout aujourd'hui, devenues monnaie courante : garanties de 10, 20, 30.000 fr., elle nous offre cela à prix excessivement abordables, et corrobore puissamment l'action du « Sou » précédemment nommé, qui couvrait déjà par sa cotisation le confrère jusqu'à 2.000 francs de risques. L'« Ancre » assure également à d'excellentes conditions contre les accidents causés aux tiers par les moyens de transport, automobile ou autres, si en faveur aujourd'hui.

Ce n'est pas tout : tous les dangers précédemment énumérés et palliés viennent des hommes. D'autres sont presque inéluctables. C'est la maladie avec peut-être l'infirmité chronique et définitive, entre la vieillesse, *dura senectus*, qui, peu à peu, fera du joyeux et robuste compagnon, l'invalide de la vie dont les besoins immédiats deviennent plus urgents au fur et à mesure que ses facultés de gain baisseront. Eh bien, à tout cela, il y a remède encore. Contre la vieillesse et les infirmités, nous trouvons debout, par ordre d'ancienneté :

1° *L'Association générale des Médecins de France*, organisme cinquantenaire qui fut l'amorce de toutes les œuvres élaborées depuis avec tant de succès. Institution de bienfaisance, elle secourt ceux que l'infortune imméritée touche : médecins

miséreux, veuves et orphelins que la mort du chef de famille laisse dans la gêne, elle s'occupe de tous ceux-là.

« C'est dans ce groupement qu'ont pris corps « les idées de défense professionnelle, et ce seul « titre suffirait à lui assurer notre reconnaissan- « ce, si son œuvre ne méritait pas par elle-même « de conquérir notre sympathie et nos suffrages...

« Néanmoins, je n'entends nullement prétendre « que cette Association ait produit de toutes piè- « ces cette magnifique floraison d'œuvres con- « fraternelles qui font la gloire de notre profession, « Certaines d'entre elles, même, comme les Syndi- « cats par exemple, ont vu en partie les difficul- « tés de leurs débuts à une sorte de.... disons : « résistance de sa part, qui peut ne s'expliquer que « par une incompréhension momentanée des be- « soins sans cesse croissants du corps médical ». (Dr Oudaille).

12 francs par an de cotisation assurent un secours renouvelable qui s'étend aux veuves et aux orphelins.

C'est une belle institution, mais de charité et de bienfaisance, et à l'heure actuelle, avec les idées modernes, les pensions de droit paraissent plus conformes aux idées de dignité et d'indépendance qui partout se font jour.

2° En seconde ligne comme ancienneté, mais en première comme valeur se présentent de pair deux autres Sociétés :

1° *La Caisse des retraites du Corps médicl français*, fondée en 1884, sous les auspices du *Concours médical*, que nous trouvons à l'avant-garde de toutes les généreuses créations; elle sert une retraite-type, de 1,200 fr. à 60 ans d'âge. Elle admet dans ses rangs les femmes des médecins et deux d'entre elles dans le département du Doubs ont donné cet exemple. La cotisation à verser varie, naturellement, suivant l'âge du sociétaire, et serait pour le nôtre (25 ans) de 155 fr. annuellement. Les bilans annuels sont des plus prospères et montrent la marche progressive bien qu'un peu lente de la Société.

2° La *Caisse de l'Amicale Indemnité-maladie* vient ensuite. C'est encore une filiale du *Concours médical* en 1894. Elle assure à la combinaison C une indemnité type de 10 fr. par jour pendant 60 jours, puis 100 fr. par mois dans les mois qui suivent, quelle que soit la durée de la maladie ; en outre, arrivé à 65 ans, le sociétaire entre en jouissance d'une pension de retraite annuelle de 1,200 fr, sans plus payer désormais de cotisation.

Une autre combinaison de la même Caisse, dite Combinaison D, permet de sauvegarder l'avenir de la veuve et des enfants. Nous en reparlerons tout à l'heure.

3° Jusqu'ici nous avons dû tirer l'argent de notre poche, et c'est un geste qui, aisé pour quelques-uns , est pénible pour beaucoup et impossible pour un trop grand nombre. Trop souvent on accuse d'impéritie ou d'imprévoyance des confrères que leur situation modeste et leurs charges nombreuses empêchent de capitaliser, de thésauriser. Le courant de la vie absorbe les ressources et les cotisations annuelles creuseraient un trou sans fond dans le budget. Ces modestes et ces vaillants sont-ils moins dignes d'intérêt que les autres ? Nous ne le pensons pas et c'était à à cela que songait un praticien au grand cœur, le docteur Gelineau, quand, en 1881, il fonda la *Prévoyance médicale*.

Cette association, qui, l'an dernier, fit tant parler d'elle, comporte aujourd'hui 5.900 membres sert actuellement en 1910, une retraite de droit de 1.600 fr. à 244 retraités, et une retraite de droit du 1/3 de la pension maritale aux veuves. Chaque orphelin touche également jusqu'à sa majorité 1/5 de la pension de la veuve.

Nous avons eu tout récemment l'un de nos confrères de Montbéliard, mort au mois d'avril, et dont la veuve touche à l'heure actuelle une pension de 950 fr. viagère, fournie partie par la Prévoyance et partie par la Famille médicale, dont nous parlerons tout à l'heure.

Ici, ni cotisation, ni prime annuelle. La P. M. est une société anonyme par actions régie et protégée par la loi de 1867, au même titre que les grandes compagnies de chemins de fer, les grandes industries, les compagnies thermales : Vichy, Châtel-Guyon, Vittel, Evian, comme nombre de sanatoriums, de maisons chirurgicales, ou médicales, de fabriques de produits spécialisés, dont les titres, d'un prix élevé, sont entre les mains de rares privilégiés.

Elle tire ses ressources, de même que les Sociétés analogues, de la prescription, *quand l'indication s'en présente*, des produits et eaux qui sont sa propriété, avec cette différence que 60 % des bénéfices sont distribués en retraites et pensions.

« Le praticien actionnaire de la P. M. est dans la situation loyale et déontologique du médecin riche qui achète en Bourse des actions des Compagnies thermales ou des industries paramédicales.» (*Bulletin* de la P. M.).

La prospérité de la P. M. est actuellement éclatante. L'exercice 1909 s'élève en bénéfices à 1.600.000 fr. et ses réserves et disponibilités sont de 1.500.000 fr., indépendamment de la valeur intrinsèque de son domaine de Vals, de ses sources et de son bel immeuble du 30 de la rue de Londres, à Paris.

Ce n'est pas tout. Non contente d'assurer à la vieillesse du praticien une tranquillité inappréciable, de secourir les veuves et les orphelins, elle a prévu encore la maladie et créé avec les mêmes procédés la *Filiale indemnité-maladie* ou *Société des produits diététiques* à laquelle n'adhèrent que les membres de la P. M. On en devient membre par l'achat d'une action de 25 fr. et les premiers résultats acquis permettent les meilleurs espoirs. L'ambition des directeurs de l'affaire est d'assurer de 10 à 20 fr. d'indemnité au médecin-malade et, dès cette année, ce désir pourra recevoir un commencement d'exécution.

Ainsi, voilà notre jeune confrère défendu et contre les hommes et contre la maladie et contre les infirmités définitives possibles, et éventuellement, s'il arrive à une vieillesse relativement peu avancée, à soixante ans seulement, il a sa retraite faite d'avance. Caisse des Retraites et Prévoyan-

ce médicale lui donnent de droit 2.800 fr. de retraite qu'il pourra corser en cas de besoin, par un appel à la charité confraternelle à l'Association générale. Disons d'ailleurs qu'en ce moment, une poussée d'opinion se produit qui engagera notre grande aïeule à se modifier dans un sens plus moderne. La question des retraites de droit a été posée l'an dernier. Elle se solutionnera certainement, et, ne fût-elle que de 360 fr., comme elle peut l'être actuellement en suite de quelques combinaisons proposées, nous verrions la retraite du vieux confrère célibataire arriver ainsi à un taux de 3.460 fr., chiffre rassurant pour celui dont les goûts modestes n'envisagent comme idéal qu'une petite maison aux volets verts, ombragée de lilas, — *parva domus, magna quies* — et où, loin des vaines agitations des pauvres fourmis humaines, l'ancien praticien pourra enfin relire Horace et goûter en paix sur le crépuscule de sa vie l'*otium cum dignitate* du poète de Tibur.

C'est bien de penser à soi, mais d'autres soucis plus graves vont nous absorber. Nous n'avons envisagé jusqu'ici que la situation du célibataire. Il ne nous est pas permis de nous désintéresser de celle de l'homme qui choisit une compagne et fonde une famille. Pierre angulaire du foyer plus encore que l'homme, la femme doit trouver sécurité quand la mort vient frapper son compagnon. En lui portant aide et assistance à ce moment, nous sauvegardons le foyer et la petite nichée qui s'élèvera sous l'œil vigilant de la mère de famille.

Eh bien ! si le mari a été prévoyant, si le spectacle quotidien et professionnel de la mort fauchant à l'improviste les plus robustes et les plus vaillants l'a mis en garde à temps contre la sinistre échéance, il aura pu sauvegarder dans une large mesure l'avenir de sa femme et pourra mourir tranquille sans la vision de la misère installée au foyer.

1° Nous avons vu, à l'article de l'assurance contre le risque de maladie pour le chef de famille, mention faite de l'*Amicale indemnité-maladie* (filiale du *Concours médical*).

Une dernière née parmi les combinaisons ingénieuses et pratiques sorties du cerveau des confrères qui dirigent cette œuvre s'appelle la combinaison D.

Elle permet aux membres de l'Amicale d'assurer à leurs veuves et à leurs enfants mineurs une pension de 600 fr. Le taux de la cotisation varie avec l'âge, bien entendu, et du mari et de la femme, bénéficiaire éventuellement. La prime annuelle cesse d'être exigible si le mari vient à décéder ou s'il atteint 65 ans, et cette pension se paye par quarts à termes échus à la fin de chaque trimestre.

Voilà en gros le fonctionnement de cette combinaison, fort peu connue et dont l'indication intéressera nombre d'entre vous.

Voilà donc notre veuve pourvue *de droit* d'une pension de 600 fr., mais n'oublions pas que son mari faisait partie : 2° de la *Prévoyance médicale*. En même temps que les compliments de condoléance du délégué, la veuve reçoit avis qu'elle touchera le tiers de la pension en cours, soit 533 fr. pour l'année 1910. Cette pension s'augmente d'un cinquième par enfant mineur, soit 106 fr. Mais n'envisageons pas cette éventualité et considérons la veuve seule.

La voici en possession déjà *de droit* de 600 + 533 = 1,133 fr. de pension. Ce n'est pas tout et ici intervient une autre société que vous connaissez tous de nom : 3° la *Famille médicale* dont le directeur zélé est notre confrère Villepoix, d'Amiens. C'est une coopérative à fonctionnement mixte ; cotisation fixe annuelle d'autant de francs que le mari compte d'années à son entrée à la Famille médicale, et achat annuel de 200 fr. de fournitures à la Coopérative. La pension servie est de 50 fr. par année de sociétariat et avec maximum de 600 fr. ainsi obtenu au bout d'une douzaine d'années de coopération. Ce revenu représente l'intérêt à 3 %, d'un capital de 20.000 fr. économisé en 12 ans, et à bien moins de frais. Cette pension nouvelle est encore *de droit*, et jointe aux 1,133 fr. déjà indiqués, elle donnera à la veuve du médecin un revenu annuel total de 1,733 fr.

4° Il pourra maintenant être loisible de solliciter un secours de l'*Association générale*. Ici, ce n'est plus un droit, c'est une charité toujours largement et généreusement accordée, et dont le taux variable est essentiellement soumis au fluctuations de la situation de la solliciteuse. Il peut être intermittent, et constitue néanmoins un coup de main, une aide sérieuse qui permettra de faire face aux dépenses de l'éducation d'un enfant, et sera accordé statutairement même s'il s'agit pour la veuve de parer aux cotisations d'une Caisse de retraites médicales.

5° J'ai en effet supposé que notre confrère, soucieux de la sécurité des vieux jours de sa compagne, l'avait comme lui-même affiliée à la *Caisse des Retraites du Corps médical*, et dans les conditions normales ordinaires, savoir : pour à 60 ans d'âge toucher une retraite-type de 1,200 fr. Notre veuve aura été ainsi affiliée à la Caisse de Retraites vers 21 ou 22 ans. La cotisation annuelle à payer est d'environ 150 fr. pour une assurée de cet âge. Le mari mort, la prime reste toujours à solder et peut devenir une lourde charge pour une femme seule. C'est ici qu'éclate l'admirable solidarité de nos Associations de bienfaisance confraternelle. En cas de gêne, d'impossibilité de solder ces primes, l'A. G., sur demande de l'intéressée, effectue pour elle les versements à la caisse des Retraites, et permet aussi à l'assurée prévoyante de s'acheminer vers l'échéance de sa pension en conservant son droit entier. Merveilleux et généreux échange de bons procédés qui aboutissent à la sécurité et à la sauvegarde des faibles et des blessés de la vie ! Dans cette énumération forcément un peu sèche de chiffres, on s'arrête, attendri, devant cette belle floraison d'entr'aide, d'appui réciproque, aux résultats féconds, fille de cet admirable sentiment qui s'appelle la solidarité médicale.

Nous avons laissé la veuve de notre confrère titulaire de 3 petites pensions de droit de la combinaison C de l'Amicale, de la Prévoyance médicale et de la Famille médicale, formant un total

de 1.733 fr. Les secours renouvelés de l'A. G. lui permettent de continuer à payer les primes de la Caisse des retraites, et, arrivée à 60 ans, elle rentre en possession définitive d'une pension de 1,200 fr. La voilà désormais, au soir de sa vie, assurée d'une aisance modeste pour les vieux jours. Près de 3.000 fr. de rente viagère lui permettent une existence calme et lui donnent même la possibilité de faire du bien autour d'elle, d'aider de petits enfants et de répandre la bonne renommée d'institutions aboutissant à des résultats aussi tangibles et pratiques que ceux dont je viens de vous entretenir.

Ces notions sont-elles suffisamment connues du monde médical ? Je ne le crois pas. Souvent j'ai parlé à bien des confrères de toutes ces créations. Beaucoup les ignoraient ou ne les connaissaient que de nom. Il manque certainement, et c'est une lacune à combler, un petit manuel, clair, précis, succinct, fait avec la collaboration de toutes nos sociétés de secours et d'entr'aide médicale et où chacune exposerait son but, son fonctionnement, ses avantages.

Je vois ce petit manuel mis entre les mains de tous nos jeunes confrères au début de leur installation par les soins du Syndicat, et je les vois d'avance venir demander à un Comité de propagande médicale les éclaircissements jugés nécessaires. Mais que dis-je ?... Ce manuel, ce memento va exister. Il est à l'heure actuelle sous presse, et édité par qui ? par le *Concours médical*, toujours à l'avant-garde des idées généreuses et pratiques. Il s'appelle l'*Agenda-Memento du Praticien*, et vous y trouverez une étude complète d'autres œuvres excellentes, desquelles je m'excuse ici de ne faire qu'une mention rapide, le temps et l'espace me manquant. Ce sont : *La Confraternelle*, société de secours immédiats au décès ; *La Mutuelle-assurance-vie des Médecins de France*, même but ; le *Devoir médical*, fondé aussi dans le même esprit ; *La Mutuelle médicale française de retraites*, fondée par le Syndicat de Saumur et patronnée par l'Association des médecins de Maine-et-Loire.

Enfin la dernière fondation de la confraternité médicale, la *Maison du Médecin*, réservée à nos vieillards, isolés, sans famille, et que la générosité de riches donateurs a revêtue d'une subite propérité comme par le coup de baguette d'un bon enchanteur.

Vous verrez l'étude complète de ces excellentes institutions dans ce petit volume auquel j'ai souscrit il y a peu de jours. Il contient toutes les connaissances pratiques que la Faculté n'a jamais songé à vous donner et que vous n'acquérez une fois lancé dans la vie pratique qu'à grand renfort de pas de clerc souvent préjudiciables à vos intérêts. Lois, décrets, règlements d'administration publique, jugements et arrêts qui ont fixé de nombreux points de nos devoirs et de nos droits : règlements présidant à la fixation de nos honoraires, à l'établissement de nos notes, à leur recouvrement amiable ou judiciaire, aux déclarations, certificats, rapports d'experts, dépositions ; renseignements sur les carrières de médecins fonctionnaires, enfin sur l'assurance, la mutualité, la prévoyance contre la gêne de la maladie, de la vieillesse, du décès, et sur les sociétés qui assurent la défense individuelle et la solidarité collective du médecin.

Je suis heureux de pouvoir donner à une communication d'allure assez théorique une conclusion ferme et pratique : Les paroles entrent par une oreille et sortent par l'autre. Le livre est l'ami et le conseiller qui demeure et que l'on interroge aux jours d'angoisse et de découragement. Vous y puiserez, j'espère, tout le réconfort et la joyeuse espérance dont j'ai été empli au fur et à mesure que j'achevais ma tâche. Non, le corps médical n'est pas aussi apathique et inerte que les impatients veulent bien le dire. En lui, existent des forces qu'il ne soupçonne pas peut-être, et chez beaucoup d'entre nous, le sentiment de confraternité véritable atteint parfois aux hauteurs de l'apostolat. Comme dans une compagnie de soldats sous les armes, dont peut-être les trois quarts ne demanderaient au moment des premiers coups de feu qu'à retourner planter leurs choux, il suffit de quelques braves pour entraîner tout le reste, il n'est besoin dans notre corps médical que d'un petit nombre prêchant d'exemple et payant de leur personne pour ébranler la masse entière d'un mouvement lent, mais irrésistible en avant.

Ces dévoués sont comme un levain d'idées généreuses, grâce auquel plus tard sera fait le pain des victimes d'infortunes imméritées, vers qui doivent aller tous nos sentiments de pitié et de fraternité humaines.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE MILITAIRE

Le médecin et le gendarme.

Ceci n'est pas une fable, c'est, hélas ! la triste réalité. Un gendarme sera bientôt attaché à notre personne, afin de vérifier la véracité de nos dires et nous ne pourrons plus délivrer un certificat sans être flanqué d'un Pandore qui, seul, décidera si nous avons raison ou non.

Jadis, quand un militaire en activité de service, quand un réserviste ou un territorial ne pouvaient, à cause d'une maladie, rejoindre leur corps, nous leur délivrions un certificat constatant leur état. Ce certificat était transmis à la gendarmerie qui venait aussitôt contrôler notre assertion et s'assurer, *de visu*, si l'homme était réellement malade et ne pouvait être transporté dans un hôpital militaire. C'était déjà vexant.

Mais, cette fois, nous n'y coupons pas ; comme l'autorité militaire n'a aucune confiance dans les déclarations du docteur *civil*, fût-il assermenté et médecin de territoriale, comme moi, elle veut nous forcer à passer la visite en compagnie d'un..... gendarme dont la parole seule sera crue !

Vous croyez que je plaisante. Et vous êtes

peut-être aussi surpris que je le fus récemment en recevant, du maire d'une commune voisine, la note suivante, à lui envoyée par le brigadier de gendarmerie :

« Monsieur le Maire de.....

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que j'ai « reçu ce matin la note, dont la copie est ci-après, « du capitaine commandant la nº section de « secrétaires d'Etat-major, au sujet de la de- « mande de sursis du réserviste X.....

Note du capitaine.

« Si le réserviste X.., est reconnu malade par « le médecin civil qui le visitera *en présence d'un « militaire de la gendarmerie*, comme il est pres- « crit à l'art 210., chap. XIV, refondu de l'instruc- « tion du 28 décembre 1895, le résultat de la vi- « site sera consigné sur un certificat qui sera re- « mis à l'intéressé pour être envoyé par ses soins « à la gendarmerie, à l'appui de sa demande. Le « certificat établi par le médecin civil devra spé- « cifier que l'homme a été dans l'impossibilité « de se présenter à l'autorité militaire et être « revêtu du visa du maire pour la légalisation « de la signature du médecin.

Le capitaine commandant la nº section,
Signé : Z...

« En conséquence, je prierai M. le Maire de.... « de vouloir bien donner connaissance de la co- « pie de la note ci-contre à l'intéressé et me faire « connaître *le jour et l'heure de la visite du méde- « cin*, afin qu'un « militaire de la gendarmerie « puisse y assister, conformément aux instruc- « tions données ».

Avec les administrations en général, et avec l'autorité militaire en particulier, il faut s'attendre à bien des chinoiseries. Mais, certes, je n'avais pas prévu celle-là. Donner rendez-vous à un gendarme pour aller visiter un malade, *en sa présence*, à 15 kil. de mon domicile, n'est-ce pas un comble ? Et aussitôt toutes sortes de pensées surgissent en mon esprit.

D'abord, le médecin peut-il, sans violer le secret professionnel, examiner son malade devant des tiers ? La famille, ensuite, n'est-elle pas en droit de se refuser à payer un voyage coûteux qu'elle n'a pas commandé ? Cela ne fait aucun doute.

Enfin, n'est-ce pas révoltant de voir notre autorité amoindrie, que dis-je ? annihilée par le contrôle et du maire et du gendarme ?

Bref, après mûre réflexion, je viens de répondre au maire, qui m'avait transmis la lettre du brigadier, par la simple note suivante :

« Monsieur le maire,

« J'ai délivré un certificat constatant l'état du sieur X., qui est dans l'impossibilité absolue de se présenter devant l'autorité militaire. Cela doit suffire. Si l'autorité ne veut pas croire en ma parole et exige qu'une contre-visite soit passée par le médecin *civil*, assisté d'un gendarme, la famille n'a qu'à s'y refuser formellement. On ne peut pas l'y contraindre ».

Je ne sais ce qui va se passer. Il est probable que, ma lettre devant être transmise par la voie hiérarchique à qui de droit, l'heure de la période aura sonné bien avant qu'une décision ne soit prise à l'égard de l'intéressé. En tous cas, je vous tiendrai au courant.

Dr Pize,
Correspondant du Doubs.

Obligations et responsabilité des médecins militaires à l'égard des officiers et de leur famille.

Le « Sou Médical » s'est vu récemment poser par un de ses adhérents la question suivante :

« Je vous pose une question personnelle, qui intéresse tous les médecins chargés d'un service militaire (réquisition ou période) :

1º Peut-on obliger ces médecins à soigner les familles militaires ? — Remarquez que les ordonnances ne doivent plus que le service personnel de l'officier ?

2º Où commence et s'arrête la famille militaire ? J'estime qu'elle ne comprend que l'officier et les personnes dont il est responsable légalement (sa femme, ses enfants mineurs qui vivent sous son toit) et accessoirement ses domestiques ou les personnes dont il a notoirement la charge (parents dans la détresse, enfants majeurs malades, etc...).

J'ai, dans ces conditions, traité une fracture de l'avant-bras de la belle-mère d'un professeur de l'Ecole Militaire (réquisition pour le service pendant un mois). Cette personne, très riche, me refusa les honoraires sous prétexte qu'elle vit sous le toit de son gendre. Ce gendre en réalité est à sa charge.

3º Si pour une faute grave, un médecin militaire, ou civil requis, ou civil traitant gratuitement la gendarmerie, se voyait attaqué devant les tribunaux civils par un membre de la famille d'un officier, ou par un officier même, qui le couvrirait ?

En service, pour les militaires, l'Etat couvre pécuniairement les fautes de ses employés en accordant pension, retraite ou secours — et le militaire ne peut attaquer devant les tribunaux civils le médecin militaire pour une faute professionnelle — Mais pour sa famille ?

J'ai l'intention, selon le sens de votre réponse, de porter la question devant le juge de paix, qui se déclarera incompétent probablement, et d'en référer au Ministre de la Guerre, en lui faisant ressortir notamment que l' « obligation formelle » inscrite au service intérieur de soigner les familles de militaires est abusive.

Je suis certain que les médecins militaires seraient enchantés d'avoir cette obligation en moins. »

Nous nous sommes empressés de demander sur ces questions l'avis d'une autorité militaire compétente, qui nous a donné les renseignements très nets et très précis que nous sommes heureux de porter à la connaissance des nombreux méde-

cins militaires que nous comptons au nombre de nos abonnés :

1° Tout médecin civil, chargé d'un service militaire (réquisition ou période) a les mêmes droits et les mêmes devoirs que le médecin militaire ; il doit ses soins aux familles militaires.

2° D'après le Règlement sur le service intérieur et le Règlement sur le service de *santé* à l'Intérieur (art. 14), le médecin militaire doit ses soins à la *famille présente dans la localité*.

Je sais cependant de bonne source que dans le nouveau Règlement sur le service de santé à l'Intérieur (en préparation), il ne sera plus question que de la *famille de l'officier habitant sous le même toit que lui*.

Rien de plus n'est spécifié : enfants, mère, ou domestiques, etc.

Votre correspondant parle d'une belle-mère traitée pendant sa réquisition *d'un mois* ; il a certainement droit à des honoraires *pour les soins donnés* UNE FOIS SON MOIS DE RÉQUISITION TERMINÉ, *si ses soins ont été continués au delà de ce mois*. Une fracture de l'avant-bras ne guérit pas en quelques jours, et *c'est là une question à poser*.

3° Dans le cas dont parle votre correspondant, médecin militaire ou civil requis pour la famille de l'officier — peut-être aussi civil traitant gratuitement la gendarmerie, à mon sens, les tribunaux civils seraient incompétents. Il s'agirait, en somme, d'un « service militaire », et la plainte ne pourrait être adressée qu'à l'autorité militaire, c'est-à-dire *par la voie hérarchique* : colonel, général, au général commandant de corps d'armée, au ministre.

Quant à la question du dommage causé pour mauvais soins médicaux (exclus naturellement tout dommage dû à un accident en service commandé qui égale accident du travail), il me semble qu'après ENQUÊTE ÉTABLISSANT SA RESPONSABILITÉ *et dans l'état actuel des choses*, l'officier et le médecin ne pouvant être *pécuniairement* responsable que lorsqu'il est gestionnaire de matériel, avec ou sans cautionnement, ou dans certains cas bien déterminés par le règlement et qui ne comprennent pas les risques dus à la maladresse professionnelle — l'officier, le médecin en l'espèce, ne saurait être que *disciplinairement responsable* immédiatement au moins ; il faudrait certainement une décision du Conseil d'Etat, pour qu'il pût être condamné à payer une indemnité, ou bien qu'une indemnité soit payée par l'Etat au plaignant.

En tous cas, *le tribunal civil ne peut être compétent* en matière de faute professionnelle d'un médecin militaire, soit qu'il ait soigné un officier, *soit qu'il ait soigné la famille*. Tout cela c'est *du service commandé par le règlement*, ainsi que je vous le disais au § 1er. Donc si la faute est établie, il y a peut-être responsabilité disciplinaire — *mais jamais responsabilité pécuniaire*, à moins d'une décision du Conseil d'Etat.

Ce ne sont pas les *fautes* de ses employés que couvre l'Etat en service, mais bien *les risques courus par eux*, les accidents dont ils sont victimes au cours de l'exécution du service.

Le ministre ne supprimera jamais (*ce qui serait un bonheur pour les médecins militaires*) l'obligation des soins médicaux aux familles, surtout à présent pour de multiples raisons : solde insuffisante, etc., etc.

La restriction du § 2 sera, je crois, le maximum obtenu.

Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel

FINANCIÈRE MÉDICALE

Assemblée générale ordinaire du 1er juin 1910.

L'Assemblée générale, présidée par M. le docteur Gassot, président de la Société, se constitue et nomme assesseurs MM. les docteurs Dubrueil et Boudin.

M. Dumesny est nommé secrétaire de la séance.

M. le Président constate *que les annonces* pour l'Assemblée *ont* été faites régulièrement dans le n° 131 des *Petites Affiches* du 11 mai 1910 et dans les nos 21, du 22 mai, et 22, du 29 mai 1910, du journal le *Concours Médical*.

La liste de présence constate la représentation réelle ou par pouvoirs de 637 actions, soit plus du quart du capital social ; l'Assemblée est donc légalement constituée et peut délibérer valablement.

Le Président rappelle que le Rapport du Commissaire des comptes, celui du Conseil d'Administration, le Bilan et le Compte de Profits et Pertes ont été tenus à la disposition des actionnaires au siège social pendant quinze jours.

En conséquence, il donne la parole à M. l'Administrateur délégué pour la lecture du rapport.

Rapport du Conseil d'Administration.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter au nom du Conseil d'administration de la Financière Médicale le rapport annuel sur le fonctionnement de cette Société.

BILAN AU 31 DÉCEMBRE 1909.

Actif.

Caisse		186 85	
Société Générale.....		4.309 90	
Société Française de Reports		18.569 05	
Comptes courants....		62.160 »	
La Participation.....		3.303 75	
Avances à l'Enregistrement		165 02	
Maison de santé, pl. Monceau		93.530 »	
Portefeuille.....		54.773 10	
Frais de Constitution et d'Etablissement.	4.294 68		241.292 35

Passif.

Capital	220.000 »	
Créditeurs divers....	413 »	
Réserve Légale.....	3.324 18	
Dividendes impayés :		
Coupon nº 5 465		
6 864		
7 1233		
8 1764		
9 3159	7.485 »	
Profits et Pertes :		
Report antérieur...	2.559 84	
Solde de l'exercice.	7.510 33	241.292 35

COMPTE DE PROFITS ET PERTES.

Doit.

Frais généraux.....	3.679 25	
Amortissement des frais de Constitution.	452 08	
Solde mentionné au Bilan	7.510 33	11.641 66

Avoir.

Intérêts de la Participation	3.303 75	
Intérêts du Portefeuille	3.477 06	
Coupon nº 4 périmé..	306 »	
Intérêts de la Maison de Santé	4.268 »	
Intérêts des Banques.	286 85	11.641 66

En comparant les deux exercices 1908 et 1909, on constate à l'actif une diminution du Compte de la Participation de 9.720 fr. par suite du remboursement anticipé fait par cette Société, qui ne nous reste plus débitrice que de 62.160 fr., et comme répercussion nous trouvons une forte augmentation au Compte Société française des reports qui passe à 18.569,05. En somme, la comparaison des deux bilans se solde par une augmentation de 1.477 fr. 33, à 241.292 fr. 35.

Au passif, la réserve légale augmentée de 479 fr. 50, s'élève à 3.324 fr. 18.

Les coupons non réclamés, qui étaient, l'an dernier, de 6.663 fr. sont cette année de 7.485, en augmentation de 822 fr.

Le solde bénéficiaire de l'exercice, qui était de 9.589 fr. 43 en 1908 n'est plus, cette année, que de 7.510 fr. 33, en diminution de 2.097 fr. 10. Mais cette diminution est plutôt apparente que réelle attendu que l'augmentation de l'année précédente provenait de la réalisation prudente de bénéfices sur des valeurs du portefeuille.

Au compte de profits et pertes nous trouvons les frais généraux sensiblement les mêmes que les années précédentes. L'amortissement a suivi son cours habituel (452 fr. 08).

Les intérêts payés par la Participation sont diminués en raison de la diminution de sa dette. Par contre, les intérêts du portefeuille et des banques sont augmentés et le coupon nº 4 périmé produit, malgré tous nos avertissements, une somme de 306 fr.

En somme,

Les bénéfices de l'exercice 1909 s'élèvent à.....	7.510 33
Auxquels il y a lieu d'ajouter le report de 1908	2.559 84
Total	10.070 17

Nous vous proposons au nom du Conseil la répartition suivante :

5 % à la Réserve légale	375.50	
Dividende de 3 fr. net par action.....	6.600 »	
Impôt sur le dividende	275 »	
A reporter à l'exercice suivant	2.819 67	10.070 17

Après cette lecture, le Président donne la parole à M. le Dr A. Petit, Commissaire des comptes, pour la lecture de son rapport.

Rapport du Commissaire des Comptes.

Messieurs,

La vérification des livres de comptabilité de « La Financière Médicale » m'a montré que les différentes balances qui figurent au bilan étaient régulièrement établies et conformes aux chiffres ci-dessous :

BILAN ACTIF.

	1908	1909
Société générale	4.292 84	4.309 90
Société de reports...	6.057 95	18.569 05
Caisse	347 05	186 85
Avance à l'Etat.....	165.02	165 02
Participation	4.283 90	3.303 75
Portefeuille.....	54.319 50	54.773 10
Maison de santé....	93.722 »	93.530 »
Frais de constitution.	4.746 76	4.294 68
Comptes courants ..	71.880 »	62.160 »
	239.815 02	241.292 35

BILAN PASSIF.

	1908	1909
Capital.....	220.000 »	220.000 »
Créditeurs divers....	393 »	413
Réserve légale	2.844.68	3.324 18
Dividendes impayés	6.663 »	7.485 »
Profits et pertes :		
Report 1907.....	324 91	
Report 1908.....		2.559 84
Solde de l'exercice..	9.589 43	7.510 33
	239.815 02	241.292 35

PROFITS ET PERTES.

Doit

Frais généraux.....	3.685 50	3.679 25
Amortiss. frais de Constitution	452 08	452 08
Solde au bilan.....	9.589 43	7.510 33
	13.727 01	11.641 66

PROFITS ET PERTES.

Intérêts de la Participation	4.283 90	3.303 75
Intérêts Maison de Santé	4.860 »	4.268 »
Banquier	397 13	286 85
Portefeuille	1.678 48	3.477 06
Coupon 3 périmé	227 50	»
— 4 —	»	306 »
Bénéfice sur vente de valeurs	2.280 »	—
	13.727 01	11.641 66

RÉPARTITION.

Les bénéfices de l'Exercice s'élèvent à	7.510 33
Auxquels il convient d'ajouter : report 1908	2.559 84
Ensemble	10.070 17

Dans ces conditions, Messieurs, je vous propose d'accepter le projet de répartition qui vous est soumis et comprenant :

Attribution à la réserve légale 5 %	375.50
Dividende 3 fr. par action	6.600 »
Impôt sur dividende	275 »
A reporter à l'exercice suivant	2.819 67
Total égal	10.070 17

Fait à Paris, le 1er mai 1910,

Dr A. PETIT

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix les résolutions suivantes :

1re RÉSOLUTION

Les comptes et le bilan de l'exercice 1909 sont approuvés dans les termes où ils sont présentés par le Conseil d'Administration. (*Adopté à l'unanimité.*)

2e RÉSOLUTION.

Il sera versé à la Réserve légale un prélèvement de 5 % sur les bénéfices de l'exercice 1909 soit 375. fr. 50 (*Adopté à l'unanimité.*)

3e RÉSOLUTION.

Il sera distribué pour le coupon nº 10, un dividende de 3 francs NET D'IMPOT par action, la Société prenant à sa charge la taxe sur le dividende. (*Adopté à l'unanimité.*)

4e RÉSOLUTION

Il sera reporté à l'exercice 1910 le solde, soit 2.819,67 . (*Adopté à l'unanimité.*)

5e RÉSOLUTION

M. le docteur Arthur Petit est réélu commissaire des comptes pour l'année 1910 ; ses honoraires sont fixés à 200 francs. M. le docteur Angelby est également réélu commissaire-adjoint. (*Adopté à l'unanimité.*)

6e RÉSOLUTION.

M. le docteur Raimbert, désigné par le sort comme Administrateur sortant, est réélu Administrateur. (*Adopté à l'unanimité.*)

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

CORRESPONDANCE

Douce inconscience !

Monsieur le Directeur,

Possédez-vous le tarif des sages-femmes de Seine-et-Oise ; je suis sage-femme à L., *et je m'occupe de soigner un peu les malades, surtout les massages* ; je suis nouvelle arrivée ici et je ne connais pas les prix, c'est pourquoi le tarif avec ça me guidera. Donc, Monsieur, si vous possédez ce tarif envoyez-le moi, je paierai ce que vous me demanderez.

Recevez, Monsieur, mes sincères salutations,

Veuve L.,
Sage-femme à L.

Nous avons dû *bien étonner cette active collègue*, en lui répondant qu'il ne pouvait pas y avoir de tarif de ce genre, parce que les sages-femmes n'ont pas le droit de soigner les malades au même titre que les médecins le font. Ces choses-là ne lui furent pas dites à la Maternité !

REPORTAGE MÉDICAL

Société de médecine publique et de génie sanitaire. — La Société de médecine publique et de génie sanitaire a décidé d'organiser, cette année, comme l'an dernier, une réunion sanitaire provinciale.

Cette réunion sanitaire provinciale se tiendra à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, les jeudi 3, vendredi 4 et samedi 5 novembre 1910.

Les questions mises à l'ordre du jour des séances sont les suivantes : 1º *La pratique de la désinfection.* Rapporteur, M. CH. OTT ; 2º *Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde.* Rapporteurs : M. LEMOINE et M. VINCEY ; 3º *Rapports des directeurs de bureaux d'hygiène avec les médecins praticiens.* Rapporteurs : MM. J. COURMONT, POTTEVIN et MARTIAL.

Outre ces questions plus spécialement étudiées et mises en discussion, la Société de médecine publique et de génie sanitaire accueillera avec reconnaissance les communications relatives à l'organisation et au fonctionnement des bureaux municipaux d'hygiène, et, en général, de tous les services d'hygiène publique.

Les rapports, discussions et communications seront, conformément au règlement de la Société, imprimés, s'il y a lieu, dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, son organe officiel.

La Société a décidé, en outre, d'annexer à cette réunion sanitaire provinciale, une Exposition des procédés ou appareils de désinfection approuvés par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, des procédés ou appareils d'épuration et de stérilisation des eaux.

Les adhésions à la réunion sanitaire provinciale ainsi que les demandes de communication seront reçues jusqu'au 1er août dernier délai ; elles doivent être adressées à M. Mosny, secrétaire général, 8, rue de Berri. L'inscription est gratuite.

Le compte rendu des séances de la réunion sanitaire provinciale sera imprimé et publié dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*. Les auteurs des rapports et des communications n recevront, s'ils en expriment le désir, 50 tirages à part, à titre gratuit s'ils sont membres de la Société, et moyennant le prix établi d'après le tarif fixé par l'éditeur, s'ils n'en font pas partie. La demande de tirage à part doit être faite lors de la remise du manuscrit.

Les démarches nécessaires seront faites en temps utile pour faire accorder, à tous les adhérents à la Réunion sanitaire provinciale, la réduction à demi-tarif du transport par chemin de fer, du lieu de leur résidence à Paris.

Une circulaire ultérieure fera connaître l'ordre du jour des séances, ainsi que le programme des visites aux institutions sanitaires.

Congrès des journalistes médicaux. — Ce Congrès, qui devait se réunir le premier samedi de novembre, a dû être renvoyé à une date encore indéterminée, par suite de difficultés que n'avait pas prévues le comité d'organisation, en raison surtout de la proximité des vacances.

Tous les journalistes médicaux sont invités à envoyer leur adhésion au secrétaire général, 9, rue de Poissy, Paris. Le montant de la cotisation (6 francs) doit être adressé au trésorier, M. le Dr Le Sourd, 49, rue Saint-André-des-Arts, Paris.

Les membres des l'Association qui adhéreront au Congrès seront dispensés de la cotisation de 1911.

Une victime de la science. — Le Dr Harry Cox (de Londres) vient de succomber aux suites d'une affection causée par les rayons X. Atteint d'abord d'une dermatite spéciale, notre malheureux confrère vit successivement disparaître trois doigts de la main gauche, puis un de la main droite ; on dut plus tard l'amputer du bras droit. En dernier lieu la gorge fut envahie et tout traitement impossible.

Le curé guérisseur. — M. Goyon, curé d'Ivry-le-Jard (Marne), dont nous avons relaté naguère les exploits, est condamné, pour exercice illégal de la médecine, à 1.000 francs d'amende et à 600 francs de dommages-intérêts envers le Syndicat des médecins de l'arrondissement d'Epernay.

Un bon point au syndicat qui a obtenu gain de cause contre un de ces illégaux dont nous sommes infestés.

L'homme à la soupape stomacale. — Le chirurgien Schlesinger a présenté à la Société de médecine de Vienne un patient, qu'il appelle « l'homme à la soupape stomacale ».

Pendant plusieurs années, cet homme souffrit de violentes douleurs d'estomac. Tous les remèdes des médecins ayant, selon l'usage, échoué, le professeur Schlesinger ouvrit le ventre et constata la présence dans l'estomac d'une tumeur très distendue par de l'air.

Il pratiqua une fistule stomacale et la munit d'une canule avec une soupape extérieure.

Il suffit de tourner le robinet, l'air s'échappe, et la douleur s'en va. Nul doute que ce procédé commode se généralise.

Le cas de M. Brunet a inspiré de longues tartines à de nombreux confrères : prudents, nous n'en avons pas dit un mot.

Le dénouement conforme à nos prévisions mérite cependant d'être noté.

L'internement de M. Brunet, auquel avait fortement contribué un certificat médical délivré sur de simples renseignements, a été déclaré, par nos confrères MM. Gilbert-Ballet, Roubinovich, Séglas et Balthazard, illégal et inopportun.

La conclusion à tirer de cette fâcheuse aventure semble être qu'il n'est pas sans péril d'être le propriétaire d'une spécialité qui donne de gros bénéfices.

(*Gaz. des hôp. de Toulouse.*)

Association française d'urologie. — La quatorzième session de l'Association française d'Urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine du 6 au 8 octobre 1910, sous la présidence de M. le Professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante :

« Des rétrécissements de l'urèthre en dehors de la blennorragie et du traumatisme ». Rapport de M. Minet (de Paris),

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le Secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue La Boétie, Paris (8e).

Le cercle des médecins de Nice. — Cette année a été créé un Cercle des médecins dont font partie non seulement les médecins de Nice, mais où sont admis tous les médecins de passage qui y trouvent une agréable et utile hospitalité.

Ouvert tous les jours et toute l'année, le Cercle comprend des salons de conversation, de correspondance, de lecture, salle de conférences, bibliothèque, secrétariat où les médecins ne connaissant pas la Riviera pourront avoir tous les renseignements utiles pendant leur séjour.

C'est au Cercle qu'ont lieu toutes les réunions des différents groupements qui y ont leur siège social : le Syndicat médical, la Société locale de l'A. G ; la Société de médecine. Si l'on pense que le Cercle compte environ 200 membres, nous voyons qu'il y a là une forte organisation médicale que nous sommes heureux de constater.

Le cercle est situé 33, boulevard Dubouchage ; le bureau de 1909-1910 est ainsi constitué :

Président : docteur Gruzu ; vice-présidents : docteurs A. Bruant et Rivoire ; secrétaire général : docteur Morel de Mages ; secrétaires-adjoints : docteurs Raynaud et Bonta ; trésorier : docteur Raymond ; trésorier-adjoint : docteur de Giovanni ; conseillers : docteurs Ardoin, d'Œlsnitz et Pratz ; avocats-conseils : Mes Médecin et Jaubert. (*Province méd.*)

Excellente initiative et dont on ne peut que souhaiter la généralisation dans les villes importantes qui comptent un Corps médical quelque peu nombreux.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
43, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 33 Dimanche 14 AOUT 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Progrès et tradition. — A propos du détournement des médailles de vaccination..... 707
Clinique chirurgicale
Tumeur blanche du coude..... 709
La semaine médicale
Les sinusites frontales. — La périodicité dans les affections mentales. — Congestions-œdèmes des sommets des poumons simulant la tuberculose. — La morphine dans le croup. — L'eczéma et les injections sous-cutanées d'eau de mer. — Le traitement abortif de Lesser contre la blennorrhagie..... 711
Revue des sociétés savantes
La radium thérapie. — L'appendicite traumatique. — Rupture du tendon d'Achille. — Invagination intestinale chez un enfant de 4 mois. — Rétrodéviation utérine mobile.—Un cas de greffe dentaire. 714
Formulaire raisonné
Noix vomique..... 715
Chronique des accidents du travail
Un accord intersyndical de médecins et d'ouvriers du Nord pour le libre choix dans la loi-accidents..... 718
Comité de vigilance du Congrès des praticiens..... 719
Comités de propagande du « Concours Médical »
Comité départemental des Côtes-du-Nord..... 719
Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel
Association amicale pour l'indemnité-maladie. — Réunion du Conseil d'administration. Assemblée générale de la Fédération des syndicats médicaux du Centre-Ouest..... 720
Correspondance
L'assurance au « Sou médical » et l'assurance à l'Ancre médicale. — Tout s'explique de plus en plus. — Le syndicat de Lille et le prétendu tarif forfaitaire uniforme de la Participation..... 722
Jurisprudence médicale
Un syndicat a le droit de mettre à l'index un médecin même non syndiqué..... 724
Reportage médical..... 726

PROPOS DU JOUR

Progrès et Tradition.

Je viens de passer quelques jours à Jersey. C'est un pays étrange et charmant. A la pluie y succède, quelques heures après, un radieux soleil. En dépit de la longitude, la température y est douce et la végétation presque tropicale. La population maritime dédaigne la pêche pour s'adonner à l'agriculture ; elle envoie à Londres tomates et pommes de terre, et en importe, en échange, du poisson. Avec une constitution semi-féodale, la liberté la plus large règne dans ce pays, traditionnel refuge des proscrits de toutes les nations. Et pourtant le Vice-Roi y porte le nom de Bailli, les communes s'y appellent paroisses et les Maires s'affublent du titre de connétables. L'Assemblée des Etats, qui discutent gravement des intérêts du pays, porte le nom de *Cohüe*, qui conviendrait certes mieux à notre Chambre des députés.

Le militarisme ne règne pas dans l'île ; le lieutenant-gouverneur, chef militaire, bien que représentant le roi d'Angleterre, s'assied dans les cérémonies sur un siège plus bas que le Bailli pour bien montrer à tous la prééminence du pouvoir civil. L'île cependant est couverte de camps et encombrée de soldats. Le service militaire y est obligatoire. Chaque Jersiais doit vingt-cinq années à la milice. De 15 à 25 ans, il fait six semaines chaque année de service effectif. Personne ne s'en plaint, tout au contraire ; bien habillé et bien nourri, le milicien jersiais touche 2 chelins (2 fr. 50) par jour et j'en sais qui, à ce compte, désireraient voir éterniser leur période. J'ai admiré les batteries montées, qui galopaient gaiement, à marée basse, dans la baie de Saint-Aubin. J'ai vu avec plaisir les jeunes miliciens joyeux dans leurs costumes kaki.

Jersey a subi les contre-coups de toutes nos guerres et l'on y honore les généraux, mais d'une manière nouvelle. A Saint-Hélier, sur la place de la Parade se dresse, entourée de vieux canons, la monumentale statue du général Don. Interrogez à ce sujet un Jersiais : il vous

répondra que le peuple a voulu ainsi reconnaître les beaux travaux de voirie que le général a fait exécuter dans l'île, qui est en effet dotée de routes et de chemins admirablement entretenus.

Le plus beau monument de Saint-Hélier est l'hôpital.

Dans la campagne, à côté des églises anglicanes et des chapelles wesleyennes, se dressent les pimpantes écoles où l'on enseigne le français et l'anglais. Le français reste la langue officielle, et cependant, en ville, on parle uniquement anglais.

Il y a là, vous le voyez, un respect étrange de la tradition qui n'a nullement exclu le progrès, bien au contraire, et qui nous laisse, nous latins, amoureux de l'harmonie, dans une sorte de désarroi ; nous trouvons surprenantes ces alliances bizarres de vieilles coutumes et de civilisation raffinée et nous sommes tentés d'y voir un paradoxe voulu.

Nous sommes en effet de nature révolutionnaire et nous ne comprenons guère la forme évolutive du progrès. Il s'ensuit de brusques sursauts qui du coup nous font quelquefois progresser d'un siècle, mais nous font aussi trop souvent marquer désespérément le pas durant de longues années. Chez nous on ne sait guère améliorer ; on fait table rase du passé et l'on construit ensuite si possible un édifice nouveau, mais cet édifice a parfois une telle homogénéité que toute amélioration pratique y est impossible et qu'en fin de compte, sa destruction complète finit un jour par s'imposer.

Il en est ainsi dans nos organisations médicales et même dans les plus récentes. Sociétés diverses, Associations de prévoyance, Syndicats, se sont élevés côte à côte. Ceux qui les ont tour à tour fondés n'ont pas songé au respect de la tradition ; ils n'ont pas cru qu'on pouvait ajouter aux vieux bâtiments existants des corps de logis modernes avec destinations nouvelles. Les autres, fossilisés dans leurs antiques manoirs, ont regardé avec mépris les pionniers des idées nouvelles jeter les fondations de modernes édifices.

Loin de les appeler et de leur offrir un abri dans leurs vieilles murailles, ils leur ont témoigné la méfiance et la haine que, dans notre pays, tout bon réactionnaire porte en son cœur aux hommes de progrès quels qu'ils soient.

Cette haine sourde, cette rage impuissante, les ont poussés les uns contre les autres. Et pourquoi ? Il serait difficile de le dire ; peut-être simplement parce que chez nous la Tradition n'a jamais fait bon ménage avec le Progrès ; parce que le Passé veut faire de l'Avenir son esclave et que l'Avenir ne veut pas tenir compte des avertissements du Passé. Par une suite de demi-mesures, d'hypocrisies et de lâchetés, nos institutions diverses végètent côte à côte, paraissent se tolérer et même s'accorder en se faisant néanmoins sournoisement la guerre.

Dans l'intérêt de tous, il est nécessaire, si possible, de changer cet état de choses. Et, si avec de la patience, de la prudence, de la diplomatie et de la politique, on ne peut arriver à coordonner entre elles les vieilles coutumes et les nouvelles institutions, il ne faut pas hésiter à faire abstraction complète du Passé et à travailler avec franchise et énergie à l'édification harmonieuse et solide de la cité nouvelle.

J. Noir.

A propos du détournement des médailles de vaccination

Nous avons reçu la lettre suivante :

St-M..., le 7 août 1910,

Mon cher Confrère,

Dans votre dernier *Propos du jour*, vous avez signalé, non sans quelque ironie, les démarches faites par MM. les sénateurs Lannelongue et Labbé, à la recherche des médailles de vaccination, égarées dans les cabinets de quelques préfets à poigne, « de ceux dont les plus mauvais jours de l'Empire nous ont laissé le souvenir », dirait mon confrère et ami, le député de mon arrondissement. Les journaux politiques nous ont appris que notre Premier, M. Briand, s'est incliné devant les remontrances de nos deux Maîtres du Sénat. C'est beau et c'est bien.

Mais n'y aurait-il pas moyen d'intéresser ces deux puissants sénateurs, redresseurs des torts dont les praticiens sont victimes, aux mille petites tracasseries dont le médecin est l'objet de la part des commissions administratives des hôpitaux, des bureaux de bienfaisance, des municipalités, sans parler des mutualités et des administrations préfectorales ?

Ne croyez-vous pas que la réintégration d'un seul médecin d'hôpital injustement révoqué ne ferait pas meilleur effet que le retour tardif de médailles à leurs destinataires ?

J'entends de mauvaises langues (et Dieu sait s'il y en a !) dire tout bas que MM. Lannelongue et Labbé ont surtout voulu, à la requête de M. Jaccoud, ménager l'amour-propre et sauvegarder le prestige de l'Académie, et que les intérêts des Praticiens les inquiètent infiniment moins. Nous savons bien, nous, qu'il n'en est pas ainsi, mais nos confrères...

Croyez, etc. Dr X.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le professeur Pierre DELBET.

Tumeur blanche du coude.

Je vous présente un malade, âgé de 58 ans, atteint d'une affection du coude. Le coude gauche de cet homme offre, vous le voyez, des modifications considérables. Tandis que, du côté droit, vous sentez le relief de l'olécrâne et de l'épicondyle, du côté gauche, ce relief a disparu au milieu d'une espèce d'œdème chronique. Vous apercevez en outre, sur le bord interne de l'olécrâne, une cicatrice, ayant à sa partie supérieure et moyenne deux orifices fistuleux entourés d'une zone rougeâtre.

L'histoire du patient montre qu'il s'agit d'une affection chronique à marche relativement lente. Il s'est formé là une collection purulente qui a été incisée et a donné lieu aux deux ulcérations fistuleuses dont je viens de parler. L'aspect et l'évolution du processus morbide font penser à une affection bacillaire. Il importe d'en déterminer le degré et de savoir si nous avons affaire à une lésion superficielle intéressant seulement la bourse olécrânienne, ou à une lésion dont le début est profond, osseux, à une tumeur blanche.

La question des tumeurs blanches du coude est intéressante. Il faut étudier les tumeurs blanches pour chaque articulation, savoir les points atteints, le pronostic de la maladie abandonnée à elle-même, et les résultats que l'on peut obtenir par le traitement.

Cherchons d'abord si la lésion est superficielle. L'incision siège sur le bord interne de l'olécrâne. Or, vous savez que c'est là où se voient le plus fréquemment les altérations de l'arthrite bacillaire du coude. D'autre part, l'ensemble de la région articulaire est tuméfié. Il paraît, dans ces conditions, probable que la lésion n'est pas superficielle, mais a eu une origine profonde. Examinons les mouvements du coude. D'une manière générale, le premier effet d'une arthrite bacillaire est d'immobiliser l'articulation par contracture réflexe des muscles. C'est le premier symptôme observé pour le mal de Pott, pour la coxalgie, pour l'arthrite bacillaire de l'épaule. Vous trouverez à cette règle des exceptions quand il s'agit du coude. Les mouvements y restent fréquemment encore assez étendus. Sans doute, ils ne conservent pas leur intégrité, car l'intégrité absolue suffirait à éliminer la tuberculose ; toutefois, ils peuvent être simplement limités sans être abolis. Chez notre malade, l'extension est diminuée et la flexion ne dépasse pas l'angle droit. Il y a limitation et non pas impotence. Nous allons rechercher si les mouvements provoqués sont plus étendus que les mouvements volontaires. En général, ils ne le sont pas. Effectivement, je n'arrive pas à étendre complètement l'avant-bras, ni à le fléchir au-delà de l'angle droit.

Voyons maintenant si les os sont restés dans leurs rapports normaux. L'épitrochlée n'est pas normalement très saillante et, au cas d'empâtement, il n'est pas toujours possible de la sentir. Par contre, la tête du radius peut toujours être perçue ; grâce à sa mobilité. Nous constatons que les mouvements de pronation sont intacts et les mouvements de supination fortement limités. Les choses se passent ainsi d'ordinaire dans les tumeurs blanches du coude.

Notre malade a eu un abcès entre l'épitrochlée et l'olécrâne. C'est généralement là où se forme le premier abcès dans la tumeur blanche du coude. Les lésions, en effet, portent principalement sur la partie interne de l'olécrâne. On sent une masse fongueuse entre l'épitrochlée et l'olécrâne. L'espace compris entre le triceps et l'humérus est également envahi.

La tumeur blanche du coude débute donc en général au niveau de l'olécrâne. Je vous représente le cubitus. Les lésions portent non seulement sur l'épiphyse, mais aussi sur la diaphyse. Il n'est pas rare que ces lésions sur le cubitus soient très étendues. On rencontre même, au coude, un envahissement de la cavité médullaire, où se forme un véritable abcès, disposition assez particulière à cette articulation. Vous savez qu'il est habituel de trouver, au voisinage d'une tumeur blanche, des altérations de la moëlle osseuse. Elles ne sont pas, à proprement parler, de nature tuberculeuse. On voit la moelle quelquefois rougeâtre, quand on fait des évidements. Aujourd'hui, il est démontré que ce sont non des lésions tuberculeuses, mais des troubles trophiques ou toxiques, et il est inutile d'intervenir à leur égard chirurgicalement. Au coude, je le répète, la cavité médullaire est, par contre, souvent remplie de fongosités, d'abcès.

Dans l'immense majorité des cas de tumeurs blanches du coude, l'os de beaucoup le plus atteint est le cubitus. L'humérus est bien moins touché. Son extrémité inférieure offre quelquefois, cependant, des foyers en forme de triangle. Le radius est rarement pris.

Vous avez entendu l'histoire de ce malade. Il a eu un abcès entre l'olécrâne et l'épitrochlée. On a incisé l'abcès sans aller plus loin, pensant sans doute à une lésion circonscrite, non articulaire. Eh bien, nous pouvons considérer comme certain au contraire, après l'étude que nous venons de faire, qu'il s'agit d'une tumeur blanche.

Cette forme fongueuse de tuberculose est-elle la seule observée au coude ? Non, il existe aussi une forme sèche, qui rappelle la carie sèche de Volkmann.

Elle donne peu de phénomènes réactionnels,

quoique les douleurs soient parfois assez vives. Elle détermine de l'ankylose.

Vous savez qu'il faut savoir faire le diagnostic, même avec un minimum de symptômes. Je vous ai montré que les mouvements étaient conservés dans une certaine mesure. De ce seul fait on ne doit pas éloigner l'idée d'affection articulaire. N'oubliez pas qu'au coude, il persiste une étendue relative des mouvements.

Nous avons à rechercher si les ganglions sont envahis. En règle générale, le ganglion épitrochléen est pris de bonne heure. J'ai insisté déjà devant vous sur l'adénopathie dans les lésions articulaires. Vous savez combien il est difficile de diagnostiquer une tumeur blanche du genou au début. Elle est précédée d'une vague lésion d'hydarthrose. La constatation d'une adénopathie est en l'espèce un signe indicateur de tuberculose. Or, le diagnostic précoce est nécessaire pour faire une thérapeutique efficace.

Chez notre malade, le ganglion épitrochléen est hypertrophié. Nous trouvons dans l'aisselle un petit chapelet ganglionnaire. Donc, ici, l'envahissement ganglionnaire va jusque dans l'aisselle. Nous aurons à poser la question de savoir si cette adénopathie doit influencer nos déterminations opératoires. Devons-nous dire : « voilà un malade qui, outre sa lésion bacillaire du coude, a un envahissement ganglionnaire ; la résection du coude sera dès lors insuffisante » ?

Ce raisonnement serait faux. Certes, l'adénite est bien bacillaire. Malgré cela, elle rétrocède souvent avec facilité quand on supprime le foyer initial. Il existe, de ceci, des exemples innombrables. L'adénopathie ne doit pas par conséquent peser sur nos déterminations opératoires.

Quelle doit être la thérapeutique des tumeurs blanches du coude? J'ai en vue la tumeur blanche de l'adulte. Je fais toujours en cette matière une réserve de pronostic relative à l'âge. Le pronostic est d'autant meilleur que le malade est plus jeune. La tumeur blanche de l'enfant est si différente de celle de l'adulte que de cette différence découlent des changements d'indications thérapeutiques. Chez l'enfant, la tumeur blanche guérissant avec une relative facilité, on laisse de côté l'intervention chirurgicale. L'affection guérit par la seule immobilisation, et, dans le jeune âge, la question de la résection ne se pose pour ainsi dire jamais. Chez l'adulte, il n'en est plus ainsi. A ce point de vue, la tumeur blanche du coude est le type de celles à réséquer.

La guérison d'une tumeur blanche du coude chez l'adulte, par les moyens médicaux est très rare. Peut-être l'obtient-on quelquefois chez les sujets qui peuvent aller pendant des années au bord de la mer et aux Stations appropriées. A l'hôpital, on ne l'obtient jamais, même dans les cas pris au début. Si l'on se contente de soins purement médicaux, on a des chances pour que l'affection s'aggrave au point de rendre nécessaire l'amputation du bras. D'autre part, admettons que la tumeur blanche guérisse ; mais, à quel prix ? Au prix d'une ankylose. Vous voyez donc, d'une part, la rareté de la guérison par les traitements médicaux, et d'autre part, la mauvaise qualité de la guérison.

En revanche, la résection donne des guérisons, et des guérisons de la meilleure qualité. Je ne dis pas qu'il y a retour complet des mouvements, mais il n'y a pas ankylose. A la suite de la résection, on peut obtenir des mouvements de flexion actifs, puissants. Les mouvements d'extension restent, il est vrai, limités et très faibles. Jadis, quand on présentait dans les Sociétés savantes des sujets après traitement, on leur demandait de fléchir l'avant-bras, puis de l'étendre. L'avant-bras tombant de lui-même, il semblait que les mouvements d'extension étaient bons. Farabeuf demandait toujours alors aux malades de décrocher son chapeau. C'était un moyen de solliciter une extension active. Les malades n'y réussissaient que très rarement.

Donc, l'extension est souvent limitée après l'opération. Avons-nous un moyen d'y remédier ? Ce qui diminue la puissance du triceps, c'est la suppression opératoire du crochet olécranien. Peut-on le conserver ? On a proposé une résection modelante, laissant un promontoire sur lequel le triceps puisse agir. J'ai essayé cette méthode, sans en obtenir satisfaction. J'ai toujours eu des récidives dans ces cas. Si bien qu'à l'heure actuelle, je suis d'avis de sacrifier la totalité de l'olécrâne. Ollier, qui avait une grande expérience des résections, disait : « Ne faites pas au coude d'opérations partielles ». Elles ne sont jamais suffisantes. Chaque fois où je me suis éloigné de ce conseil d'Ollier, je n'ai pas eu de bons résultats. J'ajouterai, avec Ollier également, qu'il faut faire des interventions complètes dès le début.

J'ajouterai aussi qu'il faut pratiquer des résections jusqu'à la dernière extrémité, alors même qu'il existe des fistules. On peut encore obtenir des guérisons.

La thérapeutique des tumeurs blanches du coude consiste donc en résection au début, résection à la période d'état, résection aux périodes les plus tardives. Vous savez que toutes les fois où l'on parle de résection, se pose la question de l'âge, de la limite d'âge. Pour le coude, on peut faire des résections chez les gens fort âgés.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Les Sinusites frontales

On a fréquemment l'occasion de constater l'extension du coryza aux sinus frontaux ; le diagnostic doit en être fait d'une manière précise et le traitement doit être judicieusement approprié, si l'on veut éviter de dangereuses complications. M. le Dr Bourgeois a donné récemment, dans le *Progrès Médical*, quelques renseignements pratiques utiles à retenir :

A. — *Sinusite frontale aiguë.* — Un coryza se complique de violentes douleurs frontales, continues, avec des paroxysmes survenant habituellement le matin et durant plusieurs heures. Mouchage de pus unilatéral au bout de 3 ou 4 jours. Sensibilité très nette à la pression sur les parois antérieure et orbitaire du sinus. *Traitement.* — On prescrira l'application de compresses très chaudes sur le front pendant toute la durée de la crise, et avant le début de celle-ci, un cachet de pyramidon ou de phénacétine. La crise survenant chaque jour la même heure, le cachet sera absorbé vingt minutes plus tôt.

Ne pas s'effrayer des plus violentes douleurs ; la guérison est la règle.

B. — *Sinusite frontale aiguë extériorisée.* — Très exceptionnelle, souvent confondue avec une sinusite chronique réchauffée. Œdème rouge de la paupière supérieure, de la peau du front. Apparition d'un abcès au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite. *Traitement.* Ne pas trop se presser d'intervenir, sauf symptômes alarmants.

Pansements humides chauds, et attendre soit la résolution de l'inflammation, soit la formation d'un abcès collecté.

Inciser, dans ce dernier cas, le long du sourcil ; trépaner et curetter le sinus comme il sera dit à propos de la sinusite frontale chronique ; mais en outre, réséquer du rebord orbitaire de la paroi orbitaire, tout ce qui sera suspect d'ostéite. *Ne pas toucher au canal fronto-nasal, drainer largement par la partie externe du sourcil après réunion partielle de la plaie.*

Le drain restera tant que cela paraîtra nécessaire, selon les préceptes de la chirurgie générale.

C. — *Sinusite frontale chronique bénigne.* — Suppuration chronique du méat moyen, avec crises de douleur frontale peu marquée, et un état habituel de lourdeur de tête. *Traitement.* Enlever les polypes, s'il y en a. S'efforcer de laver le sinus par son orifice naturel. Réséquer le cornet moyen, s'il paraît être un obstacle à l'écoulement du pus. Prévenir le patient de la possibilité d'une aggravation. Lui proposer une opération, sans toutefois la lui imposer.

D. — *Sinusite frontale chronique douloureuse.* — La lourdeur de tête est assez importante pour empêcher tout travail nécessitant une attention soutenue. Les crises sont plus douloureuses et plus fréquentes.

Il faut opérer. Incision le long du sourcil. Ablation de toute la paroi antérieure du sinus frontal, puis de tous les septa qui se rencontrent dans la cavité. Curettage minutieux. Agrandissement du canal naso-frontal. Suture avec drain à l'extrémité externe du sourcil.

E. — *Sinusite chronique extériorisée.* — On se comportera de même, qu'il y ait abcès collecté ou fistule. Le point d'élection de la fistule est l'angle supéro-interne de l'orbite. Le procédé opératoire sera identique à celui recommandé pour la sinusite aiguë extériorisée. Mais comme la sinusite est ancienne, elle se complique souvent d'ethmoïdite. Si oui, ajouter à la trépanation frontale l'évidement de l'ethmoïde (V. sinusite fronto-ethmoïdale).

F. — *Sinusite frontale compliquée.* — Quand une sinusite non opérée ou ouverte s'accompagne d'un état général grave, avec symptômes cérébraux, il faut penser à l'abcès extradural, à l'abcès intra-dural, à la méningite. Après trépanation large du *sinus*, on *réséque sa paroi* profonde, on incise la dure-mère, le cerveau s'il y a lieu.

G. — *Sinusite fronto-maxillaire.* — Les cas aigus sont traités comme une sinusite frontale simple. Les cas chroniques réclament une intervention chirurgicale pratiquée le même jour sur les 2 sinus.

H. — *Sinusite fronto-ethmoïdale et fronto-ethmoïdo-sphénoïdale. Pansinusite.* — Association fréquente. Si l'ethmoïde est très peu atteint, le curetage pratiqué après ouverture du sinus frontal, par le canal naso-frontal agrandi, peut suffire.

Si l'ethmoïdite est notable, l'incision descend du sourcil sur la branche montante du maxillaire. Résection partielle de la branche montante et de l'unguis. Evidement de l'ethmoïde selon Killian jusqu'à ouvrir le sinus sphénoïdal s'il y a lieu. On termine par un Caldwell-Luc pour l'*antre d'Highmore.*

Ethmoïdite aiguë. — Non diagnostiquée, en général. Coryza très accentué d'un côté avec sensibilité au niveau de l'unguis. Inhalations mentholées.

Ethmoïdite chronique localisée. — Suppuration au niveau du méat moyen ; il faut éliminer la sinusite frontale et la maxillaire. Explorer l'ethmoïde avec le stylet nasal.

Résection du cornet moyen. Evidement des cellules suppurantes au moyen de la pince de Grunwaldt, par les voies naturelles.

Ethmoïdite chronique étendue. — Opération par voie externe. Incision sur la branche montante, rugination de l'unguis, de l'os planum, après décollement du sac lacrymal. Trépanation de la paroi externe des fosses nasales. Evidement total de l'ethmoïde d'avant en arrière.

Ethmoïdite fermée. — Il n'y a pas de suppuration nasale ; mais :

1° un abcès enkysté fait bomber la bulle ethmoïdale ou le cornet moyen. On ouvre cet abcès d'un coup de pince coupante.

2° L'abcès, au lieu de faire saillie vers la fosse nasale, soulève la paroi interne de l'orbite.

Incision le long du bord interne de l'orbite.

Rugination. Ouverture du foyer ethmoïdal, sans établir de communication avec la fosse nasale.

Drainage externe.

Sinusite sphénoïdale. — Céphalée localisée occipitale, entre les yeux. Suppuration uniquement pharyngée ; l'affection ne se présente pas comme un coryza, mais comme un catarrhe naso-pharyngé. Par la rhinoscopie, on aperçoit le pus dans la fente olfactive.

Résection du cornet moyen, lavage par l'orifice naturel.

Curetage par l'orifice naturel agrandi.

La période de curabilité dans les affections mentales

La méthode employée au siècle dernier pour le traitement des affections mentales, c'est-à-dire la séquestration dans un asile, ne paraît point devoir continuer à rester en honneur dans le siècle présent. Récemment encore, dans un article du *Progrès Médical*, M. le Dr Damaye plaide chaleureusement la cause des aliénés à la période aiguë, alors que l'affection est encore curable, et il s'attache à démontrer que l'internement dans un asile de chroniques est alors absolument déplorable et néfaste.

« Les affections mentales se déclarent et évoluent dans des conditions et selon des lois communes à la pathologie tout entière. Le cerveau, comme les autres organes, est soumis à la double influence de la prédisposition et d'une cause immédiate : l'intoxication. Terrain favorable et toxine subordonnent par conséquent le trouble mental dans des proportions variables selon les cas divers.

« Si la prédisposition est accentuée, le désordre éclatera sous l'influence d'une toxine atténuée et sera peut-être irréparable, même après une imprégnation de courte durée. En d'autres termes, la gravité des troubles mentaux est en raison directe de l'influence prédisposante ou de l'activité du poison.

« Partant de ces données, nous pouvons envisager, en psychiatrie, deux vastes groupes nosologiques. Le premier renferme les affections dont la genèse est éminemment le fait de la prédisposition, d'une constitution cérébrale défectueuse. Les délires cohérents, raisonnants, déductifs, avec hallucinations ou interprétations, rentrent presque toujours dans cette catégorie ; ils relèvent de ce que l'on a appelé, faute de mieux, la « constitution paranoïaque ». A la seconde catégorie appartiennent, au contraire, ces affections plus ou moins confusionnelles, avec ou sans idées délirantes, et où les hallucinations visuelles se joignent fréquemment à celles des autres sens. Ici, le trouble mental revêt pour ainsi dire la forme d'un accident, tributaire avant tout d'une cause occasionnelle, d'une toxi-infection saisissable ou latente, en un mot d'un désordre ayant son siège ailleurs que dans le cerveau. Certes, la prédisposition est encore nécessaire, mais elle est en général moindre que dans le premier cas. Dans cette catégorie, la cellule nerveuse se défend, dès qu'elle est imprégnée par le toxique : elle se défend avant de se laisser détruire et cette période de résistance se manifeste cliniquement par une phase aiguë ou subaiguë, nettement agitée ou dépressive. Le début de l'affection ne revêt donc pas ici l'allure chronique, lente et progressive, parfois insidieuse, où le principal tort est dévolu à la constitution. Par conséquent, plus les désordres mentaux ont présenté dans leur apparition le caractère accidentel, plus ils sont accessibles à une intervention efficace.

« L'intoxication peut provenir d'organes différents : tantôt les poisons viennent du poumon (pneumonie, tuberculose), tantôt ils sont fournis par l'intestin, ou encore par le rein, par une glande à sécrétion interne (ovaires, corps thyroïde, prostate, testicules) ou bien par des lésions des organes génitaux (vaginites, métrites, lésions puerpérales). Les délires confus, la manie, la confusion mentale et la forme confusionnelle aiguë ou subaiguë du syndrome paralysie générale peuvent ainsi être des manifestations curables de ces intoxications.

« Bien loin donc de considérer ces affections comme essentiellement chroniques d'emblée, il faut les traiter hospitalièrement par une thérapeutique appropriée : iode, collargol, nucléinate de soude, opothérapie splénique ou myélosseuse cérébrale, thyroïde, ovarienne, etc.

« Les malades aptes à bénéficier d'une thérapeutique que nous qualifierons d'hospitalière sont légion dans les asiles, infiniment plus nombreux, cela va sans dire, dans les classes indigentes que dans les plus aisées. Une sélection entre chroniques et supposés curables leur serait profitable, car elle distinguerait, pour ainsi dire, l'hôpital et l'hospice des maladies mentales. L'admission des cas aigus devrait être faite sans formalités administratives préalables, quitte à les accomplir sous la menace de chronicité ou si la famille réclamait un sujet non guéri. La crainte de l'asile diminuerait peut-être ainsi dans l'opinion, les curables étant admis comme hospitalisés, non comme internés, et leur mode de traitement se rapprochant beaucoup de celui de l'hôpital. Ce n'est point là une considération utopique. Déjà on s'achemine, dans le Nord, vers la réalisation d'un hôpital clinique pour les états aigus, grâce à l'initiative du professeur Combemale. Cet exemple pourra être imité dans l'avenir, par notre pays et les autres nations, car il est à la fois profitable aux malades et à la science psychiatrique.

« Si, tenant compte des processus évolutifs, nous nous attachons à combattre les causes, nous aurons parfois la chance d'éviter à un certain nombre de malades le passage à la chronicité et la déchéance intellectuelle qui en est la conséquence. »

Congestions-œdèmes des sommets des poumons simulant la tuberculose.

Dans sa thèse de doctorat (Paris 1910), M. le *Dr Paul Tripier* a repris la question si importante du diagnostic de quelques congestions-œdèmes des sommets des poumons avec la tuberculose.

« Il existe, en effet, des congestions-œdèmes localisées aux sommets des poumons, qui simulent les lésions tuberculeuses. Ces congestions des sommets sont particulièrement fréquentes chez les brightiques et les cardiaques.

« Chez les brightiques, l'intensité des phénomènes est telle parfois que l'on croirait facilement à une tuberculose avancée.

« Cependant, la véritable nature de ces congestions sera reconnue, grâce à un examen très attentif des signes physiques, à une analyse approfondie des symptômes fonctionnels (de la dyspnée, en particulier), grâce à la découverte de l'albuminurie et des petits accidents du mal de Bright, et surtout grâce à l'évolution. Parfois même la recherche du bacille de Koch et l'inoculation au cobaye seront nécessaires pour établir le diagnostic, qui pourra rester en suspens dans certains cas.

« Chez les cardiaques, l'œdème pulmonaire apexial peut être plus prononcé que chez le brightique et simuler une tuberculose plus avancée dans son évolution ; de plus l'apparition d'hémoptysies, abondantes et rutilantes, non hémoptoïques, contribue à donner complètement le change avec la tuberculose.

« Les signes locaux pulmonaires sont les mêmes que dans la tuberculose, et le diagnostic ne pourra se faire qu'en recherchant la cardiopathie et en suivant l'évolution de la congestion. Mais, quand la cardiopathie sera reconnue, quand on ne pourra attendre la trop longue évolution, c'est l'étude détaillée des caractères particuliers de l'hémoptysie cardiaque qui nous fournira des éléments précieux pour le diagnostic. Ce dernier, en outre, aura besoin d'être confirmé par l'absence des signes propres à la tuberculose et par les recherches de laboratoire.

« Toutes ces congestions qui simulent la tuberculose n'ont d'ailleurs par elles-mêmes aucune gravité, car elles disparaissent en même temps que s'améliore la lésion causale. Elles ne sont sérieuses qu'en raison des craintes qu'elles inspirent.

« Il ne faudra donc pas être trop pessimiste ; on ne nous le pardonnerait pas. Comme le recommandait le professeur Hutinel dans une clinique sur des faits de ce genre :

« Dites qu'il y a une poussée congestive au sommet et qu'il y a à craindre qu'il n'apparaisse quelque chose plus tard, mais que tout peut s'arranger. Suivez le malade ; il guérit. Allez-vous faire un bon pronostic ? Attendez ; sans doute il sera meilleur si l'examen des crachats et si l'intra-dermo-réaction sont négatifs, mais attendez encore, il peut y avoir là une lésion éteinte, un vieux foyer scléreux ou ganglionnaire. C'est un lieu de moindre résistance, un point qui reste suspect, bien qu'il semble dépourvu de virulence ».

« Il faut donc surveiller le malade et le traiter non pas comme un phtisique, mais comme un candidat à la phtisie. Un sommet du poumon où l'on constate une mauvaise circulation est plus propre qu'un autre à se tuberculiser ».

La morphine dans le croup

Les communications, toujours un peu optimistes des auteurs parce que trop hâtives, sur l'efficacité de la morphine contre le croup, ont déjà provoqué quelques graves mécomptes. Récemment, M. Ponticaccia, de Venise, a publié le résultat de ses recherches sur l'emploi de la morphine dans 24 cas de croup infantile. (*Pédiatrie pratique*).

La voie d'administration doit toujours être la voie hypodermique ; *la quantité minima pour le même malade est de deux* milligrammes, la quantité maxima, treize milligrammes, naturellement en plusieurs injections. Ces doses sont toujours bien tolérées ; peut-être pourrait-on même les augmenter encore sans danger.

Quoi qu'il en soit, la morphine ne calme pas immédiatement le spasme laryngien diphtérique. Malgré le sommeil morphinique, le spasme persiste ; toutefois, il diminue insensiblement.

« Il nous a semblé, dit l'auteur, que si on injecte en même temps que le sérum, la morphine à un cas de croup, alors que la respiration, tout en étant mauvaise ou très mauvaise est encore supportable, et n'exige pas une intervention immédiate, on a de plus grandes chances de voir cette respiration demeurer encore supportable, jusqu'au moment où, le sérum agissant pour son propre compte sur la région laryngée, cette dernière s'atténue.

« Plusieurs croups que nous avons morphinisés étaient très graves ; l'opération paraissait inévitable ; quand nous les vîmes y échapper, nous pensâmes que la morphine aide à prolonger la période pendant laquelle la respiration sténosée reste supportable, donne au sérum le temps d'agir et peut rendre moins fréquents les actes opératoires, but suprême vers lequel doivent converger tous les efforts de ceux qui sont appelés à soigner le croup.

« C'est en ce sens, qu'il nous paraît que la morphine a donné des résultats assez encourageants et est peut-être destinée, après que nous aurons appris à l'employer et à lui faire rendre tout ce qu'elle peut, à être un puissant auxiliaire dans le traitement du croup. »

L'eczéma et les injections sous-cutanées d'eau de mer.

A la suite d'un article du *Bulletin médical* du 1er juin, sous la signature des Drs Jeanselme et Lian nous recevons différentes observations du

Dr Jacquiez, de Roquefort, membre du Concours sur le traitement de l'eczéma par les injections sous-cutanées d'eau de mer (sérum isotonique): ces notes indiquent que, pour la plupart des cas, ce traitement donne de meilleurs résultats que les autres médications employées jusqu'ici ; il procure une sédation manifeste des phénomènes pénibles de la maladie, prurit, insomnie et une guérison rapide des lésions eczémateuses.

Le traitement abortif de Lesser contre la blennorrhagie.

« On sait le traitement abortif institué par Lesser : à la suite d'un coït suspect, quelques gouttes de la solution suivante :

Protargol.	2 gr.
Glycérine	8 gr.

sont instillées dans l'urètre et y sont laissées pendant quelques instants. A la suite de ce traitement, toute chaude-pisse en incubation serait « coupée ».

Récemment, un auteur digne de confiance, M. *Heilig*, de Strasbourg, a cependant cité un cas où la contamination de l'urètre ayant été vérifiée par le microscope, la blennorrhagie n'éclata pas consécutivement, sans que l'on ait employé le moindre traitement prophylactique.

« En somme, dit le *Bulletin médical*, auquel nous empruntons cette observation, l'auteur estime que des gonocoques peuvent exister pendant quelque temps dans le canal de l'urètre sans, pour cela, forcément, coloniser et donner lieu à une blennorragie. Pour démontrer l'efficacité du traitement prophylactique de Lesser, il faudrait donc être sûr que, en dépit de l'existence de gonocoques et de symptômes d'inflammation au début, la chaudepisse, au sens clinique du mot, se développe plus rarement quand on a recours à cette méthode que dans le cas contraire.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sur la radiumthérapie. — L'appendicite traumatique. — Rupture du tendon d'Achille. — Invagination intestinale chez un enfant de 4 mois. — Rétrodéviation utérine mobile. — Un cas de greffe dentaire.

La *Société de Chirurgie* discute la question de la *radiumthérapie dans le traitement du cancer*.

La discussion est ainsi résumée par M. Monod :

Le radium ne produit dans la majorité des cas que des améliorations plus ou moins durables. On ne peut et on ne doit pas dire qu'il guérit le cancer. Telle est la note qu'ont fait entendre MM. Segond, Delbet, Tuffier, Championnière, Schwartz et Ricard. M. Morestin, sans nier les améliorations, montre que, dans certains cas, après une atténuation apparente du mal, celui-ci reparaît avec une intensité particulièrement grande. MM. Tuffier, Walther, Guinard, Routier ont aussi communiqué des faits venant à l'appui de cette manière de voir. Si bien que l'on peut se demander si l'action du radium, lorsqu'elle n'a pas été jusqu'à la destruction complète du néoplasme, ne pourrait pas parfois être plus nuisible qu'utile. Il ne faudrait jamais, dans ces conditions, s'attarder au traitement radiumthérapique lorsque l'exérèse au bistouri est possible.

— A propos d'une observation de M. Abadie (d'Oran) rapportée par M. Picqué, la *Société de Chirurgie* ouvre une discussion sur l'*appendicite traumatique*.

Un traumatisme de l'abdomen peut-il entraîner une appendicite ? Cette question est importante, particulièrement en ce qui concerne l'application de la loi sur les accidents du travail.

M. Guinard admet la réalité de l'appendicite traumatique. Il distingue d'abord les faits dans lesquels l'appendice était malade avant le traumatisme (l'observation de M. Abadie en est un exemple), et ceux où il y a eu écrasement, section directe de l'organe. Ce n'est pas là la véritable appendicite traumatique. Celle-ci relève de lésions traumatiques péri-cæcales, adhérences, épanchements sanguins, qui englobent le vermium, le coudent, l'étranglent, le mettent en état de moindre défense contre une infection ultérieure. M. Guinard admet l'existence d'une telle appendicite traumatique, qui survient plusieurs semaines ou plusieurs mois après le traumatisme.

M. Delorme estime que l'appendicite traumatique, qu'on ne peut pas nier théoriquement, doit être pratiquement exceptionnelle.

MM. Jalaguier, Kirmisson, Quenu, Tuffier, Routier n'ont jamais vu d'appendicite traumatique, et ils se refusent à accepter les conclusions de M. Guinard. De même, MM. Michaux et Picqué.

— M. Sieur lit, à la *Société de Chirurgie*, un rapport sur un travail de M. Vandenbossche relatif à un cas de *rupture pathologique du tendon d'Achille*, traité par une intervention chirurgicale et guéri.

Le malade de M. Vandenbossche était syphilitique. En raison de l'indolence de la lésion, de la faible importance du traumatisme qui rupture le tendon, l'auteur pensa à une infiltration gommeuse ayant préparé la rupture traumatique ; mais, devant le grand écartement des deux bouts tendineux, il jugea prudent d'opérer son malade, tout en administrant un traitement spécifique. L'opération, complétée ultérieurement par des séances de massage et d'électrisation, donna les meilleurs résultats.

M. Schwartz a eu l'occasion d'observer, il y a quelques années, un jeune homme de 26 ans, qui, à l'occasion d'un faux pas, présenta tous les signes d'une rupture du tendon d'Achille (impossibilité d'étendre le pied et encoche sus-calcanéenne).

L'auteur fut frappé, en examinant le blessé,

de constater une sorte d'infiltration péri-tendineuse formant tumeur, et en l'interrogeant il acquit la certitude qu'il avait eu un chancre quelques années auparavant. Il fit l'immobilisation en extension forcée — dans un appareil plâtré — pendant un mois, puis il mobilisa le pied. Dès le début, l'iodure de potassium avait été administré. Le résultat fut excellent.

M. Mauclaire a observé une rupture réellement spontanée du tendon d'Achille chez un sujet non syphilitique, non tabétique. La guérison, après suture, a été très bonne.

— M. Le Bec rapporte à la *Société des Chirurgiens de Paris* un cas d'*intervention pour invagination intestinale chez un enfant de 4 mois*. L'auteur fut appelé près d'un enfant de 4 mois et demi atteint d'invagination intestinale aiguë depuis 3 jours. On sentait une tumeur cylindrique allongée dans la fosse iliaque gauche et, par le toucher rectal, on percevait l'extrémité du boudin invaginé. Les parents et le médecin traitant étant opposés à une intervention, M. Le Bec pratiqua un massage léger et fit donner un petit lavement électrique. N'ayant obtenu aucun succès par ces manœuvres et l'état s'étant aggravé, l'opération fut pratiquée le soir du 4e jour, après injection sous-cutanée de 400 gr. de sérum artificiel. Après laparotomie latérale gauche, M. Le Bec put désinvaginer le boudin, qui était long de 15 centimètres et comprenait la terminaison du grêle, le cæcum, le côlon ascendant et la moitié du transverse. Guérison qui se maintient encore à l'heure actuelle.

— M. Reblaud fait à la *Société des Chirurgiens de Paris* une communication sur certains points controversés de la *rétrodéviation utérine mobile*. Contrairement à l'opinion dont certains gynécologues allemands se sont faits les défenseurs, il cherche à établir que la rétro-déviation utérine est une entité pathologique donnant lieu à des symptômes déterminés qui disparaissent quand l'utérus est redressé, et qu'elle doit être traitée. Il discute ensuite l'emploi des pessaires dans cette affection et termine par le traitement opératoire. Il se prononce pour l'opération d'Alexander exécutée avec ouverture systématique du cône péritonéal accompagnant le ligament rond, opération qu'il a pratiquée plusieurs fois avec des résultats définitifs très satisfaisants.

— M. Monnier présente à la *Société des Chirurgiens de Paris* un cas *de greffe dentaire*. Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans qui entra dans son service pour une fistule mentonnière symptomatique, d'après l'examen au stylet, d'une carie de la seconde incisive gauche. Dans une première opération, sous anesthésie cocaïnique, il enleva la dent, réséqua de suite la racine et la réimplanta après curetage du trajet. La dent reprit, si bien qu'il fallut, 3 semaines après, réséquer le trajet fistuleux et traiter par la teinture d'iode un petit foyer de gingivite. Actuellement, la dent est toujours très solide et le trajet fermé. La greffe dentaire remonte au 20 avril dernier.

P. L.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Un accord intersyndical de médecins et d'ouvriers du Nord sur le libre-choix dans la loi-accidents.

Le Syndicat médical de Lille, ainsi que l'avait déjà fait celui du Rhône, vient d'établir un accord avec la Bourse du travail en vue de l'application *réelle* du libre choix dans les accidents du travail.

Notre confrère Coppens précise le fait dans le *Petit Praticien* sous la forme suivante, et nous l'enregistrons avec satisfaction, car il va enfin supprimer (quoique l'accord n'en parle pas) les forfaits et marchandages dont le Nord était resté la dernière citadelle contre tout le corps médical français.

On trouvera ci-contre une reproduction des immenses affiches que la Bourse du Travail fait placarder, à Lille et banlieue, dans tous les endroits où elles sont particulièrement susceptibles d'attirer le regard de l'ouvrier.

L'entente est donc bien chose faite.

Quels sont les engagements pris ?

Pour la Bourse du Travail, le *document ci-après* le dit avec assez d'éloquence : elle recommande aux blessés du travail de s'adresser à l'un des médecins du Syndicat Médical de Lille portés sur l'affiche.

Quant aux médecins choisis :

1° Ils informent les blessés qu'ils peuvent s'adresser, pour tous renseignements juridiques, à leur organisation ouvrière, et, si cette organisation est adhérente à la Bourse du Travail, directement à la Bourse du Travail.

2° Ils délivrent aux blessés un duplicata de tous certificats médicaux, ce duplicata étant destiné à constituer, à la Bourse du Travail, un dossier permettant de suivre et de guider le blessé depuis le jour de l'accident jusqu'au règlement définitif du sinistre, et de lui éviter l'écueil des hommes d'affaires véreux, à l'affût, pour les exploiter, de tous les accidents du travail.

3° Au cas où le praticien choisi se trouverait être le médecin du patron du blessé, il en préviendrait loyalement ce dernier qui s'adresserait ailleurs ou lui continuerait sa confiance. Ceci, afin d'éviter toute suspicion ultérieure de la part du blessé si le certificat définitif, bien que juste, n'était pas celui espéré.

***

Voilà sur quelles bases s'est établi à Lille, pour la question des accidents du travail, l'accord médico-ouvrier.

C'est une œuvre dont personne ne méconnaîtra la haute portée sociale et morale, et qui s'étendra, il faut l'espérer dans l'intérêt public, à toute la France.

Dr A. Coppens.

FÉDÉRATION LOCALE DES SYNDICATS OUVRIERS DE LILLE ET DES ENVIRONS

Siège Social : BOURSE DU TRAVAIL, 28, Rue de Fives, LILLE

ORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL

pour le Traitement des Ouvriers blessés au Travail

AVIS

En vertu de la loi sur les Accidents du Travail :

1° Le blessé a le droit de choisir son médecin.

2° Le médecin de l'assurance n'a aucun droit spécial pour soigner le blessé ou pour établir le certificat de déclaration d'accident qui peut être fait et doit être fait par le médecin du blessé.

3° Le domicile du blessé est inviolable (article 184 du Code pénal). Le médecin d'assurance, sans l'assentiment du blessé, n'y peut pénétrer.

4° Il importe surtout de faire certifier par le médecin qu'on a choisi, l'état détaillé de l'infirmité dont on est atteint et de toutes ses complications et conséquences. On doit surtout se renseigner auprès des syndicats à la Bourse du Travail.

LIBRE CHOIX DU MÉDECIN

Les ouvriers sont informés que les médecins dont les noms suivent et qui font partie du Syndicat Médical de Lille et de la Région acceptent de soigner les blessés du travail.

LILLE

CANTON NORD

Derode, rue de Thionville, 11 *ter*.
De Rycker, rue Basse, 33.
Lepoutre, rue Basse, 28 *bis*.

CANTON NORD-EST

Bécourt, rue de Bouvines, 13.
Bouret, rue de la Louvière, 83.
Christiaens, rue de la Louvière, 4.
David, rue Saint-Jacques, 14.
Druon fils, rue Saint-Gabriel, 9.
Faucon, E., rue du Faub-de-Roubaix, 156.
Paquet, Félix, rue Faidherbe, 19.
Pollet, A., rue des Jardins, 6.
Vanheuverswyn, rue Pierre-Legrand, 41

CANTON EST

Bleuzé, rue des Ponts-de-Comines, 14.
Bouchez, rue Pierre-Legrand, 194.
Bournoville, rue du Long-Pot, 41.
Hochstetter, rue de Paris, 137.

CANTON OUEST

Coppens, Lucien, rue Saint-André, 51.
Dhaine, rue Royale, 4 *bis*.
Paquet, André, rue de la Préfecture, 1 *ter*.

CANTON SUD

Arquembourg, rue des Postes, 95.
Delplanque, rue de Douai, 3.
Desoil, rue d'Arras, 100.
Hennart, rue du Molinel 43.
(*Maladies des Yeux.*)
Vandeputte, rue d'Amiens, 21.

CANTON CENTRE

Aubert, rue Thiers, 5.
Augier, D., rue Jacquemars-Giélée, 54.
Bédart, rue Masséna, 17.
(*Electricité Médicale, Rayons X.*)
Béninson, rue Henri-Kolb., 65.
Bernard, boulevard de la Liberté, 70.
(*Maladies de la gorge, du nez et des oreilles*).
Bertin, rue Jacquemars-Giélée, 108.
(*Rayons X.*)
Besson, square Rameau, 17.
Bonnet-Laborderie, r. Jean-sans-Peur, 70.
Castelain fils, rue de la Barre, 15.
(*Maladies des Yeux.*)
Caudron, rue de l'Hôpital-Militaire, 32.
Caumartin, rue Nationale, 126.
(*Maladies de la Bouche et des Dents.*)
Cavro, boulevard de la Liberté, 116 *bis*.)
Cochet, r. de la Chambre-des-Comptes, 4.
Colas, boulevard de la Liberté, 67.
Debève, rue de Tenremonde, 12.
Declercq, rue Masséna, 52 *bis*.
De Coopman, rue du Maire-André 16.
Delfosse, rue Masséna, 50.
Derey, rue Léon-Gambetta, 222.

AVIS

En vertu de la loi sur les Accidents de Travail :

5° Le patron ou l'assureur sont tenus de payer les frais médicaux et pharmaceutiques. Ils ne peuvent imposer leur médecin au blessé.

6° Le bulletin remis à la victime au moment de l'accident, où il est dit que le blessé doit se rendre chez le médecin de la Compagnie pour faire viser ce bulletin, n'a aucune valeur.

7° Le médecin du patron ne peut examiner le blessé que tous les 7 jours avec une autorisation du juge de paix, établissant qu'il a été commis conformément à l'un des paragraphes 5 et 7 de l'article 4 de la loi, et en présence du médecin traitant (librement choisi) prévenu quarante-huit heures à l'avance par lettre recommandée, ainsi que l'intéressé.

page 775 sur 1214

TOUS LES RENSEIGNEMENTS

Techniques ;

Judiciaires ;

Prud'homie ;

Accidents de Travail

SONT DONNÉS ABSOLUMENT GRATUITS

INTERVENTIONS JUDICIAIRES

Un service est organisé pour les interventions judiciaires en vue des indemnités à obtenir, etc., etc.

Un Conseil judiciaire, annexé à la Bourse du Travail, est mis gratuitement à la disposition des blessés du Travail pour l'étude des dossiers, certificats mécaux, copies d'enquêtes, etc., etc.

Renseignements tous les jours, de 9 h. 1/2 à midi, en ce qui concerne les blessés du Travail.

D'Halluin, rue Nicolas-Leblanc, 8. (*Electricité Médicale, Rayons X.*)
D'Hour, rue d'Arras, 72.
Dupuis, rue de Fleurus, 22.
Feuchère, boulevard Victor-Hugo, 57.
Gérard, G., rue Nicolas-Leblanc, 648. (*Maladies des Yeux.*)
Gosselin, rue d'Artois, 85.
Gaehlinger, rue Solférino, 312.
Lambin, rue Brûle-Maison, 29.
Millat, rue Solférino, 301.
Paucot, rue Solférino, 238.
Warin, rue de la Plaine, 31.

CANTON SUD-OUEST

Coorevits, rue d'Esquermes, 10.
Descheemacker, place Cormontaigne, 28.
Druon père, boulevard Montebello, 66.
Sougniez, avenue de Dunkerque, 241.
Swynghedauw, rue de Turenne, 57.
Vienne, rue Nationale, 326.
Vincent, rue Léon-Gambetta, 287.

CANTON SUD-EST

Coppens, Auguste, rue du Molinel, 13
Duhain, boulevard de la Liberté, 199. (*Electricité Médicale, Rayons X.*)
Desplats, René, rue Nationale, 118. (*Electricité Médicale, Rayons X.*)
Drucbert, rue Jean-sans-Peur, 14.
Klein, rue Boucher-de-Perthes, 78.
Levrand, rue Gombert, 4. (*Maladies de la gorge, du nez et des oreilles*).
Martin, rue Saint-Blaise, 4. (*Massage Médical.*)
Painblan, rue Jacquemars-Giélée, 26. (*Maladies des Yeux.*)
Petit, rue Jean-sans-Peur, 6. (*Maladies de la Bouche et des Dents.*)
Razemon, boulevard de la Liberté, 107. (*Maladies de la gorge, du nez et des oreilles*).
Sockeel, rue Charles-Quint, 9.
Tondeur, boulevard de la Liberté, 51 *bis*. (*Maladies de la Bouche et des Dents.*)
Valentin, rue Jacquemars-Giélée, 12 (*Maladies de la gorge, du nez et des oreilles*).
Verhaeghe, Etienne, rue Charles-Quint, 9.
Wintrebert, rue Saint-Etienne, 2. (*Electricité médicale, Rayons X.*)

Ascq : Delebarre.
Bachy : Lecouffe.
Bondues : Durasnel.
Comines : Lemaire.
Cysoing : Meurisse.
— Ver aine.
Flers : Détroit.
Fretin : Gorisse
Hellemmes : Biérent, rue de l'Eglise, 39
— Petit, L., r. Sadi-Carnot, 183
Lambersart : Decottignies
— Martin.
Lomme : Foucaut.
— Mizon.
Loos : Lesne, G.-Route de Béthune, 28.
La Madeleine : Benoit, rue de Lille.
— Champenois, rue de Lille.

La Madeleine : Tréhout, rue Pasteur.
Marcq-en-Barœul : Ducrocquet.
— Masson.
Mons-en-Barœul : Deleau, route de Roubaix, 9.
Quesnoy-sur-Deule : Favier.
— Ficheux.
Ronchin : Desmons.
Sainghin-en-Mélantois : Dubocquet.
Saint-André : Chuffart.
— Lecocq.
Templeuve : Schaepelynck.
— Tison.
Thumesnil : Meurisse.
Wambrechies : Delespierre.
— Descamps.

Le secrétaire général du Syndicat Médical de Lille et de la Région,
Dr DE RYCKER

Le Président du Syndicat Médical de Lille et de la Région.
Dr VANVERTS.

On peut également se renseigner auprès du *Secrétariat Général* pour toutes les questions relatives à :

L'HYGIÈNE ; ASSISTANCE ; SECURITE DU TRAVAIL ;
Assurance et Prévoyance sociales ;
Etude pour Lois et Règlements ;

La Bourse du Travail est assurée du concours d'Avocats.

AVIS

Dans chaque salle de travail, on doit afficher :

1° Les noms et adresses des Inspecteurs du Travail de la Circonscription ;

2° La loi du 9 avril 1898, modifiée par celles du 22 mars 1902 et 31 mars 1905 ;

3° Loi du 2 novembre 1892. Loi du 30 mars 1900. Décrets des 13 mai, 15 juillet 1893 (modifiés) ;

4° Tableau des heures de travail ;

5° Le jour du repos hebdomadaire .

Travailleurs de toutes professions, SYNDIQUEZ-VOUS ! Adressez-vous à la *Bourse du Travail*, 28, rue de Fives, où le Secrétaire général se trouve en permanence tous les jours (excepté le dimanche) : le matin, jusqu'à midi ; le soir, de 3 h. 1/2 à 7 heures

Le Secrétaire général de la Bourse du Travail,

Ch. SAINT-VENANT.

page 776 sur 1214

FORMULAIRE RAISONNÉ

Noix vomique,

Par le Dr André Lombard.

Teinture.

Si l'on préfère employer la *teinture de noix vomique*, au lieu de la poudre ou de l'extrait, on pourra la prescrire pure, chez les enfants (une goutte par année), ou bien formuler le mélange suivant :

Teinture de noix vomique....	
Teinture de colombo	âà 2 gr.
Teinture de gentiane.....	

dont un enfant de cinq ans pourra prendre trois gouttes deux fois par jour, avant les repas ; on peut augmenter la dose quotidienne d'une goutte par année d'âge.

A l'adulte atteint aussi d'anorexie, d'atonie gastro-intestinale, on pourra donner, avant les repas, dans un peu d'eau, vingt à trente gouttes de :

Teinture de noix vomique....	
Teinture de colombo.....	
Teinture de badiane	âà 5 gr.
Teinture de rhubarbe	

On peut aussi bien n'associer la noix vomique qu'à une de ces teintures et en faire prendre cinq à quinze gouttes, deux fois par jour.

S'il y a de la gastralgie, on fera prendre, toujours de la même façon, vingt à trente gouttes de:

Teinture de noix vomique....	
Teinture de badiane	âà 4 gr.
Teinture de colombo...	
Liqueur d'Hoffmann...	âà 6 gr.

(Potain.)

Il est des médecins qui n'aiment point prescrire les gouttes ; voici une préparation :

Teinture de noix vomique....	
Gouttes amères de Baumé....	âà 3 gr.
Eau de laurier-cerise...	
Teinture de gentiane.....	âà 10 gr.
Teinture de rhubarbe composée	20 gr.
Eau de menthe.....	q.s.p. 100 cmc.

(Grasset.)

dont on pourra faire prendre une demi-cuillerée à une cuillerée à café, deux fois par jour, aux repas; ou bien un vin :

Teinture de noix vomique	5 à 10 gr.
Glycérine.....	
Alcool à 90°	âà 50 gr.
Extrait fluide de kola	
Extrait fluide de gentiane....	âà 10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	60 gr.
Vin de gentiane	q.s. p. 500 cmc.

(Brissemoret)

dont un verre à liqueur (30 gr.) contient 0 gr. 15 à 0 gr. 30) de teinture de noix vomique.

Si le dyspeptique est plutôt hypopeptique, on associera l'ipéca à la noix vomique, et on fera prendre après les repas, en deux fois, à une heure d'intervalle, vingt à trente gouttes de :

Teinture de noix vomique.....	
Teinture d'ipéca.....	âà 5 gr.
Teinture de gentiane.....	

(G. Lyon.)

Dans l'entérite muco-membraneuse, il ne faut pas négliger de soigner la dyspepsie concomitante ; les principaux agents de traitement : acide chlorhydrique, pepsine et noix vomique peuvent être réunis dans la même formule (G. Rauzier) :

Eau chloroformée saturée.....	150 gr.
Eau de tilleul.....	100 gr.
Sirop de fleurs d'oranger..	50 gr.
Acide chlorhydrique..... 5 à	10 cmc.
Pepsine extractive.....	5 gr.
Teinture de noix vomique .... LX à	C gout.

dont le malade prendra une cuillerée à soupe matin et soir après les repas ; ou, s'il s'alimente toutes les trois heures, une cuillerée à café diluée, après chaque prise d'aliments.

On est assez souvent désarmé en présence des vomissements incoercibles de la grossesse ; l'association de la noix vomique au bicarbonate de soude peut produire de bons effets ; on donnerait toutes les 2 ou 3 heures, une cuillerée à soupe de :

Teinture de noix vomique à 1/10	3 gr.
Bicarbonate de soude.....	8 gr.
Sirop de cannelle.....	30 gr.
Eau distillée.....	150 gr.

(OElschoeger.)

Dans l'incontinence nocturne d'urine, M. Comby prescrit à un enfant de trois ans de prendre le soir au coucher, dix gouttes de :

Teinture de noix vomique.....	
Teinture de rhus aromatica.... ...	âà 3 gr.
Teinture de quinquina.....	

S'il s'agit d'employer la noix vomique contre l'anémie, on peut lui associer l'arséniate de soude dans la formule suivante :

Teinture de noix vomique.....	
Teinture de badiane	âà 10 gr.
Arséniate de soude.....	4 centigr.

qui, faite selon l'ancien Codex, contient deux milligr. d'arséniate de soude pour 1 gramme, soit cinquante-trois gouttes ; et, selon le nouveau Codex, en contient deux milligr. pour soixante et une gouttes. On en fera prendre dix à trente gouttes deux fois par jour, avant les repas.

Dans la grippe, la pneumonie, quand le cœur faiblit, et qu'il y a en même temps de l'asthénie nerveuse, on peut faire prendre trois ou quatre fois dans les 24 heures quinze à vingt gouttes de :

Teinture de noix vomique.....	
Teinture de digitale.....	âà 5 gr.

Enfin, dans les cardiopathies chroniques, quand l'asystolie est imminente, le pouls défaillant, on prescrit, outre la caféine, toutes les deux heures, une cuillerée à soupe de :

Acétate d'ammoniaque.....	6 gr.
Teinture de noix vomique..... ...	vingt gout.
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 cmc.
Eau de tilleul.....	90 cmc.

Remarque. — L'association de plusieurs teintures provoque un trouble et un dépôt qu'il est aisé de faire disparaître par l'addition d'acide citrique (0 gr. 10 à 0 gr. 25) ; notamment pour la formule : noix vomique, badiane et arséniate.

La teinture de noix vomique est quelquefois utilisée pour l'usage externe ; c'est ainsi que l'on prescrit — peut-être sans grand avantage — dans certaines paralysies ne dépendant pas de lésions organiques, des frictions avec :

Teinture de noix vomique.....	
Baume de Fioraventi.....	ââ 100 gr.
Ammoniaque.....	10 gr.

Mais, dans la pelade, c'est avec plus d'utilité qu'on conseille une friction quotidienne du cuir chevelu avec :

Teinture de noix vomique...	
Teinture de cantharides	âà 10 gr.
Teinture de romarin.....	
Alcoolat de Fioravanti.....	120 gr.
Alcool camphré.....	150 gr.

ou

Teinture de noix vomique..	5 gr.
Teinture de cantharides.....	10 gr.
Ammoniaque liquide..... ..	10 gr.
Alcool à 90°.....	210 gr.

et on ajoute 40 gr. d'huile de ricin si le cuir chevelu est sec.

Comité de Vigilance du Congrès des Praticiens

Secrétaire : Dr Leredde, 1, rue de la Boétie, Paris.

Trésorier : Dr Quidet, 54, rue Bonaparte, Paris.

Le Comité de Vigilance du Congrès des Praticiens de France, réuni à Paris le 9 juillet 1910, à l'occasion des événements qui se sont produits à la Faculté de Médecine lors du dernier concours d'agrégation,

Regrette les violences commises, qui ne sont pas le fait du Corps médical, et qui, étant donnés des antécédents récents, ne sauraient excuser les brutalités policières ;

Remercie et félicite le Comité d'action de l'énergique campagne qu'il a soutenue, en vue de faire aboutir les décisions des Congrès des Praticiens, proteste contre l'arrestation calculée et la détention préventive du docteur Lafontaine ;

Envoie à celui-ci, ainsi qu'à l'étudiant Porchet, ses félicitations, et conscient du premier de ses devoirs qui est d'assurer la réalisation des vœux du Congrès, décide de poursuivre la campagne pour la réforme de l'enseignement médical par tous les moyens légaux en son pouvoir.

Le Comité de Vigilance du Congrès des Praticiens réuni à Paris, le 9 juillet 1710,

Considérant que dans les affaires qui intéressent le corps médical, ses intérêts immédiats : l'hygiène, l'assistance, l'enseignement, la nécessité d'une collaboration entre le corps médical et les pouvoirs publics, deviendra de plus en plus évidente ;

Qu'il importe que les médecins qui feront partie, comme délégués du Corps médical, d'une manière permanente ou temporaire, représentent celui-ci d'une manière certaine ;

Que seule l'Union des Syndicats a qualité pour parler au nom du Corps médical de France, les groupements non affiliés à l'Union formant des groupements locaux ayant le caractère de Sociétés mutualistes,

Emet le vœu :

1° Que les médecins désignés par l'Union des Syndicats médicaux de France, ou de groupements désignés par elle, fassent partie de toutes les commissions permanentes dans lesquelles des questions d'ordre médical sont débattues ;

2° Que dans toutes les commissions créées par les pouvoirs publics, ceux-ci s'adressent uniquement à l'Union des Syndicats médicaux de France, qui sera chargée d'organiser la représentation du Corps médical dans ces commissions.

Le Comité décide que cet ordre du jour sera adressé aux membres du groupe médical parlementaire, qu'une délégation le portera à M. le Président du Conseil et qu'il sera transmis aux journaux médicaux avec demande d'insertion.

COMITÉS DE PROPAGANDE
DU « CONCOURS MÉDICAL ».

Comité départemental des Côtes-du-Nord.

Convoqués le 28 juin dernier par MM. les Drs Jeanne et Maurat, de nombreux confrères du département des Côtes-du-Nord, se sont réunis à l'Hôtel-de-France à Saint-Brieuc.

Ces deux dévoués confrères qui dirigent avec tant de zèle et de tact le *Concours Médical* et ses filiales, venaient à Saint-Brieuc dans le but de faire connaître l'utilité de ces groupements et d'exposer leur fonctionnement et les avantages inhérents à chacun d'eux.

Leur aimable causerie eut principalement trait aux quatre organisations suivantes :

1° Le *Concours médical* ;
2° Le *Sou Médical* ;
3° L'*Amicale-Maladie*.
4° La *Caisse de Retraites*.

1° Le journal *Le Concours médical*.

Le service de ce journal est très régulièrement fait à tous les médecins la première année de leur installation. De plus, toutes les fois qu'une question intéressant au plus haut point la corpora-

tion y est traitée, l'administration fait parvenir le journal à tous les médecins,même non abonnés. Chacun de nous a donc pu juger de l'intérêt que présentent ses articles. C'est le seul organe hebdomadaire de défense et de prévoyance médicales. A côté des chroniques corporatives,existent des revues de thérapeutique et de clinique médicales intéressant le praticien et le tenant au courant des diverses nouveautés médico-chirurgicales.

2° Le *Sou médical.*

Soit qu'au cours d'un traitement il ait commis une faute involontaire, soit qu'il ait affaire à des clients particulièrement désagréables, tout médecin court le risque d'être poursuivi devant les tribunaux. Abandonné, seul, le confrère inhabile et inapte à évoluer dans le maquis de la procédure est presque irrémédiablement perdu.

Dans un autre ordre d'idées, s'il se trouve en face d'une collectivité puissante et organisée syndicalement, ou en face d'un client grincheux, le médecin est très souvent exposé à se voir refuser le paiement intégral des honoraires qui lui sont dus. Que pourra-t-il faire seul ? Rien.

Dans toutes ces circonstances, au contraire, le médecin faisant partie du « Sou médical » (dont la cotisation annuelle est de 20 fr.) n'aura qu'à remettre entre les mains du Conseil du « Sou » le dossier concernant ses difficultés et le « Sou médical » se chargera de le diriger en lui accordant son appui moral et pécuniaire.

3° L'*Amicale-maladie.*

Cette filiale du *Concours Médical* est peut-être de toutes la plus intéressante.

Quel est le médecin, qui, se voyant arrêté par une maladie ou un accident,ne se trouve subitement préoccupé de sa situation matérielle et ne songe avec inquiétude à l'avenir ? Qu'il prenne seulement la précaution de s'affilier à l'Amicale-maladie et, moyennant une cotisation annuelle variant selon l'âge de 45 à 80 fr., cotisation beaucoup plus faible que la prime annuelle qu'il lui faudrait verser à une compagnie d'Assurances qui ne lui garantira que l'accident et non la maladie, ce médecin prévoyant touchera une indemnité journalière de dix francs pendant deux mois et une indemnité de cent francs par mois,quelle que soit la durée de son incapacité de travail.

4° *Caisse de Retraites.*

Un médecin, plus prévoyant encore, après s'être assuré contre les risques maladies, accidents, pense à la vieillesse.

Peu nombreux sont, en effet, les heureux de la médecine qui peuvent amasser suffisamment pour assurer leur existence matérielle quand ils sont forcés par l'âge de renoncer à l'exercice de leur profession.

La caisse des retraites leur offre le moyen de s'assurer une retraite honorable, grâce à une prime annuelle.

A la fin de cette conférence, plusieurs confrères, s'étant rendu compte des gros avantages de ces filiales, ont donné leur adhésion, en particulier au « Sou médical ».

Etaient présents à la séance les Drs Nimier, Tessier, Moy, Codet, Druais, Dubois-St-Sevrin, Bellamy (de Saint-Brieuc) ; Gautier (de Dinan); Joret (de Lanvollon) ; Cormao (de Guenroc) ; Chapelain (de Châtelaudren) ; Le Lionnais (de Portrieux) ; Martin (de Lamballe) ; Boucher (de Quintin) Duchesne (de St-Quay-Portrieux) ; Bellamy (de Plouguenast) ; Rouault (de Lanvollon); Ollivier (de Plouha).

S'étaient excusés : les Drs Bourdellis (de Pleudihen) ; Ollivier (de Dinan) ; Warde,Herland (de Paimpol) ; Rolland (de Ploubalay).

Avant de se séparer on décida de créer un comité départemental qui fut ainsi composé :

Arrondissement de St-Brieuc : Nimier, Bellamy (St-Brieuc) ; Boucher (Quintin) ;

Arrondissement de Guingamp : Corson (Guingamp) ; Neumager (Guingamp) ;

Arrondissement de Lannion : Brandès (Lezardrieux) ;

Arrondissement de Dinan : Ollivier, Haquin;

Arrondissement de Loudéac : Jouannic.

Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel

ASSOCIATION AMICALE MALADIE

Réunion trimestrielle du Conseil,

23 *juin* 1910.

Présents : MM. Maurat, Cézilly, Gassot, Mignon et Jeanne.

Le Conseil vote les indemnités ci-dessous :

5	3 m	300 »
51	6 j. chr	20 »
78	3 m. chr.	300 »
80	3 m. chr.	300 »
106	20 j	200 »
137	3 m	300 »
140	3 m1/2 *A*	150 »
141	n'a pas droit statutairement.	
147	3 m	300 »
154	20 j. + 4 mois	600 »
173	3 m	300 »
176	cure thermale	100 »
179	3 m	300 »
180	31 j	310 »
182	3 m.	300 »
186	3 m.	300 »
200	7 j	70 »
209	20 j. à 10 fr. + 25 j. chr.	283 25
215	3 m	300 »
234	3 m.	300 »
249	38 j	280 »
273	15 j	150 »
274	33 j	330 »
299	29 j. à 10 fr. + 26 j. chr.	376 60
331	9 j.	90 »
328	13 j.	130 »
332	6 m.	600 »
341	3 m	300 »

349	8 j.	80	»
358	14 j.	140	»
372	3 m.	300	»
373	3 m.	300	»
376	10 j.	100	»
412	6 m.	600	»
421	6 m.	600	»
423	22 j.	220	»
451	7 j.	70	»
545	11 j.	110	»
549	3 m.	300	»
559	9 j.	90	»
563	10 j.	100	»
595	10 j.	100	»
635	27 j.	270	»
641	cure thermale.	100	»
690	35 j.	350	»
700	43 j.	430	»
701	33 j.	330	»
707	1 m. chr.	100	»
710	8 j.	80	»
749	60 j. à 10 fr. + 1 m. et 19 j. chr.	763	25
751	19 j.	190	»
777	7 j.	70	»
822	10 j.	100	»
831	43 j.	430	»
832	8 j.	80	»
833	15 j.	150	»
858	11 j.	110	»
868	60 j.	600	»
873	4 j.	40	»
904	3 m.	300	»
911	16 j.	160	»
912	15 j. à 10 fr. + 2 m. et 15 j. chr.	400	»
929	32 j.	320	»
956	20 j.	200	»
1033	36 j.	360	»
1056	40 j.	400	»
1040	75 j.	570	»
1050	12 j.	120	»
1052	3 m.	300	»
1067	3 j.	30	»
1084	3 j.	30	»
1089	12 j.	120	»
1112	46 j.	460	»
1154	1 m.	300	»
1173	41 j.	410	»
1176	8 j.	80	»
1212	14 j.-cure thermale accordée.	140	»
1213	cure thermale.	100	»
1231	25 j.	250	»
1236	26 j.	260	»
1248	9 j.	90	»
1250	29 j.	290	»
1251	60 j. à 10 fr. + 1 m. et 6 j. chr.	720	»
1254	11 j.	110	
1275	3 m.	300	»
1290	7 j.	70	»
[illegible]	et 12 j.	120	»
1298	26 j.	290	»
1303	11 j.	110	»
1304	33 j. à 10 fr. + 1 m. et 28 j. chr.	523	25
1308	3 m.	300	»
1318	4 mois.	400	»
1337	6 j.	60	»
1341	cure thermale.	100	»
1352	26 j.	260	»
1403	19 j.	190	»
1415	20 j.	200	»
1428	11 j.	110	»
1455	29 j.	290	»
1476	8 j.	80	»
1538	59 j.	590	»
1549	4 j.	40	»
1573	60 j. à 10 fr. + 23 j. chr.	676	60

Sont ensuite admis pour prendre rang du 1er juillet :

Combinaison A

Mallard à Verrey-sous-Salmaize (Côte-d'Or).
Mouriquand à Valence (Drôme).
Lequeyer à Nantes (Loire-Inférieure).
Neyron à Saint-Priest (Isère)
Hermite à Grenoble (Isère).
Ferran à Le Cailar (Gard).
Marty, Aix-les-Bains (Savoie).
Roux à l'Escarène (Alpes-Maritimes).
Capela à Urçay (Allier).
Roy à St-Benin-d'Azy (Nièvre).
Copreaux à Tournan (Seine-et-Marne).
Debierre à Harbonnières (Somme).
Maurat à Villefort (Lozère)
Cambillet à Flatters (Alger).
Dalard à St-Bauzille-de-Putois (Hérault).
Gerbier Le Puy (Haute-Loire).
Frenel à Crillon (Oise).
Blanc, à Aix-les-Bains (Savoie).
Simon, à Reims (Marne).

Combinaison C.

Lajoux à Provins (Seine-et-Marne).
Mathey à Ronchamp (Haute-Saône).
Prinard à la Cluse-Montréal (Ain).
Platon, à Marseille, 28, rue Sylvabelle.
Dupont à Lussac (Vienne).

M. le Dr E. ne sera admis qu'après analyse d'urine émanant de l'examinateur.

M. le Dr St-J. est reconnu statutairement inadmissible.

M. le Dr M. de V. doit au préalable se faire admettre à l'A. G.

Le secrétaire général indiquera à MM. G. de L. P. et M. à V. sous quelles réserves le Conseil peut prononcer leur admission. Le Conseil, avant de lever la séance, décide que l'Amicale payera d'une somme de cent francs la publicité qui lui sera faite par l'*Agenda-Memento du Praticien*,

Le secrétaire des séances. — Dr JEANNE.

Le Président, — Dr MAURAT.

Assemblée générale de la Fédération des Syndicats médicaux du Centre-Ouest.

Le dimanche 22 mai, la Fédération des Syndicats médicaux du Centre-Ouest s'est réunie à Angers.

Trois questions ont été discutées :

1° *Sociétés de Secours mutuels.*

Dans le département d'Indre-et-Loire, les rapports entre les médecins et les mutualistes ont été en général empreints de cordialité. A Tours, grâce au zèle déployé par MM. André, Grasset, Lapeyre, Magnan et Sabathé, tous les médecins ont pris par écrit, avec sanction pécuniaire, l'engagement d'accepter les conditions suivantes :

a) Libre choix du médecin, sauf pour les consultations d'admission.

b) Prix de la visite dans l'enceinte de la ville ..... 2 fr.
Prix de la consultation ordinaire 1 fr.50
Prix de la consultation d'admission.. 2 fr.

Ces conditions nouvelles ont été mises en vigueur le 1er juillet 1909, et, depuis cette date, aucune difficulté sérieuse n'est survenue. Pour le cas d'ailleurs où un incident se produirait entre les sociétés de secours mutuels et les médecins, il a été institué une commission d'arbitrage dans laquelle les médecins et les mutualistes sont représentés également.

A Angers le système suivant avait été proposé :

Chaque membre d'une société de secours mutuels versera une quote-part pour le secours médical. A la fin de chaque année, la Société paiera les médecins avec cette *caisse de secours mutuels* au prorata du nombre des visites et des consultations. Si la somme dispensable est insuffisante, les honoraires des médecins seront réduits proportionnellement.

Cette combinaison ayant été rejetée par le Syndicat médical, la question médico-mutualiste n'est pas encore réglée à Angers.

Après une échange de vues entre divers membres de l'Assemblée, les propositions suivantes ont été votées à l'unanimité :

a) Libre choix du médecin ;
b) Tarif à la visite ;
c) Création dans chaque département médico-mutualiste.

2° *Assistance médicale gratuite.*

La Fédération décide la suppression de l'abonnement et la réglementation à la visite avec libre choix du médecin.

3° *Relèvement des honoraires médicaux.*

La Fédération vote le principe du relèvement des honoraires médicaux et, pour en faire une application immédiate, elle décide de fixer le prix minimum de la visite à trois francs.

Après la réunion, un banquet, qui comprenait une soixantaine de convives, a eu lieu au restaurant Lamoureux.

La prochaine séance aura lieu à Tours en 1911.

CORRESPONDANCE

Le Sou Médical et l'Ancre Médicale font-ils double emploi ?

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai l'honneur de vous demander d'insérer les lignes qui suivent, à propos du « Sou médical ». Vous trouverez certainement comme moi que les fondateurs du « Sou médical » ont fait de la bonne besogne ; ils ont fait œuvre excellente mais insuffisante. En effet, le « Sou » dit à ses affiliés, payez-moi annuellement une somme de vingt francs et s'il vous arrive d'être condamné à payer 2000 francs de dommages - intérêts à un client, après vous avoir défendu en vain, je paierai la somme à vos lieu et place. Il est possible que les tribunaux nous demandent pour quelques-uns des dommages intérêts supérieurs ; en ce cas, il vous suffira de vous adresser à l'*Ancre* qui comme moi, moyennant finances, vous couvrira pour une somme supérieure si vous le désirez. Le « Sou » a tort quand il procède ainsi. Pourquoi ne pas garder pour lui tout seul les clients qu'il envoie à l'*Ancre* ? Et, sans rien dire de l'éparpillement des efforts, s'il me plaît à moi d'accorder ma confiance au seul « Sou médical » et de lui proposer : je vous paierai 40 francs l'an et vous me couvrirez pour 4000, pourquoi me renverrait-il à d'autres. De même, si je lui demandais de me couvrir pour davantage — et s'il refusait, il aurait tort encore. — Le Patronage médical et la Prévoyance médicale faisaient même besogne ; ils faisaient double emploi.

L'un d'eux a disparu, c'est mieux. Pourquoi n'en adviendrait-il pas autant du « Sou » et de l'*Ancre* dont un seul disparaîtrait et dont l'autre seul continuerait à poursuivre le but.

Cordialement vôtre,
Dr Darzin.

Réponse

Le « Sou médical » n'a pas voulu augmenter les cotisations de ses membres pour les assurer pour des sommes supérieures à deux mille francs en cas de responsabilité professionnelle, parce que ce serait inutile de demander des sacrifices pécuniaires à la plupart pour ne garantir que quelques-uns, excessivement rares.

En effet, la responsabilité civile n'est pas la même pour le médecin de campagne que pour le chirurgien de grande ville. Pour le simple praticien, il est très rare, pour ne pas dire plus, de voir des condamnations en dommages-intérêts dépasser 2000 frs. Or, comme le « Sou » est une mutuelle et non une assurance, il aurait fallu que les cotisations soient toutes majorées pour pouvoir faire face aux risques plus grands, si la garantie était supérieure à 2000 frs.

Comme nous ne faisons pas non plus de l'assurance, point n'était besoin de contre-assurer nos risques.

Aussi avons-nous préféré rester dans la mo-

yenne et couvrir les risques qui sont le plus susceptibles d'atteindre le médecin praticien, et lui garantir le maximum de risque avec le minimun de prime.

Quant à ceux qui font de la chirurgie, de la spécialité, ou qui craignent de ne pas être suffisamment couverts par le « Sou », nous les engageons à s'adresser, pour le complément, à l'*Ancre médicale*.

Quoi que vous laissiez supposer, l'*Ancre* et le « Sou » sont loin de faire double emploi.

Le « Sou » donne, ce que ne fait pas l'*Ancre*, les conseils gratuits de ses avocats à la Cour d'appel de Paris, à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat ; le « Sou » soutient ses adhérents moralement, et souvent pécuniairement, dans les conditions prévues aux statuts, qu'ils soient demandeurs ou défendeurs en justice. L'*Ancre* ne le fait pas.

Si le confrère est attaqué en justice, le « Sou » intervient encore soit moralement, soit pécuniairement, dans tous les cas professionnels ; tandis que l'*Ancre* n'intervient que si la responsabilité civile en est jeu, c'est-à-dire si l'on nous réclame des dommages-intérêts pour faute professionnelle.

Vous voyez donc que l'*Ancre* et le « Sou » se complètent, mais, quoi qu'on en dise, ne font pas la même besogne. La garantie donnée par ces deux sociétés n'est pas pareille : l'une (le « Sou ») soutient directement le médecin qui attaque ou est attaqué ; tandis que l'*Ancre* n'intervient que lorsqu'on demande des dommages-intérêts au médecin. Mais l'*Ancre* permet de se garantir, à bon compte, pour des sommes supérieures à 2000 frs, ce que ne peut faire le « Sou ».

Ce n'est donc pas un éparpillement des efforts, mais bien plutôt un appui mutuel.

Aussi disons-nous à nos confrères : lorsque vous êtes du « Sou », il est très intéressant pour vous de vous assurer à l'*Ancre* pour une somme supérieure à 2000 frs ; mais ne faites pas une police à l'*Ancre* responsabilité, sans en faire une au préalable au « Sou », croyant que les deux sociétés font la même besogne : vous auriez des désillusions au jour du danger.

Tout s'explique de plus en plus.

A Monsieur le Dr Noir, rédacteur en chef du *Concours Médical* :

Lille, 4 août 1910.

Mon cher confrère,

Dans un article intitulé « Tout s'explique », le *Concours médical* (1910, 5 juin, nº 23) publie la lettre d'un agent de compagnie d'assurances où il est écrit : « A Lille, les syndicats médicaux ont fixé au prix élevé de 15 francs le tarif forfaitaire »... « le médecin le plus indépendant (de Lille), secrétaire des syndicat ouvriers » (c'est probablement le seul représentant du syndicat de médecine sociale que vise votre correspondant) « m'adresse depuis un an des notes au tarif forfaitaire ».

En ce qui concerne la première citation, je vous déclare, au nom de mes confrères de Lille, que la vérité est tout autre et, pour le démontrer, je me vois obligé de faire appel à vos souvenirs et de faire un peu d'historique.

En 1899, le *Concours médical* et le *Sou médical* fondaient la société anonyme « la Financière médicale » (actions de 100 francs réservées aux seuls médecins) qui prêtait son concours à la « Participation », société mutuelle d'assurances contre les accidents du travail. D'un commun accord, ces deux sociétés élaboraient un tarif pour accidents du travail, qui correspondait, à peu de choses près, au tarif ouvrier, dit tarif Jeanne. Et le *Concours médical* (29 avril 1899) nous disait : « Tout d'abord, le principe d'une entente de cette nature ne pouvait avoir pour base que la reconnaissance de nos prétentions à l'égard de nos honoraires pour constatation et soins d'accidents ; ceci admis sous forme d'un *forfait* pour la plupart des accidents, c'est-à-dire ceux de peu de gravité et des *règlements sur mémoires* basés sur les tarifs ouvriers dûment fournis pour les accidents graves. »

Et le Dr Jeanne disait à l'Assemblée générale du *Concours médical* (même année) : L'intérêt commun exige que nous n'acceptions, en rémunération de nos soins et de notre responsabilité souvent engagés sérieusement, que des chiffres honorables, nettement définis pour chaque cas et toujours les mêmes. Il est évident aussi que, pour atteindre ce résultat, *nous devons imposer silence à nos appréciations personnelles, variables suivant les lieux et les individus, pour nous conformer à une règle générale établie par des hommes compétents, comme ceux qui, dans le* Concours Médical, *ont consacré leur temps et leur expérience à établir les tarifs de la Participation* ». (Applaudissements.)

Ce tarif, déjà adopté, en avril 1900, par le Conseil général du Nord pour servir de tarif d'assistance médicale gratuite applicable aux seuls accidents du travail, était voté par notre syndicat en août de la même année et notifié à toutes les compagnies d'assurances exerçant à Lille et j'ai sous les yeux la circulaire où je lis : « Les accidents de peu de gravité seront réglés au tarif forfaitaire de 15 francs. Les honoraires de tous autres seront réglés d'après mémoires basés sur le tarif ouvrier dit de la Participation. »

Le syndicat médical de Lille avait donc suivi point par point toutes les indications, tous les conseils du *Concours Médical*.

En présence de ce nouvel état de choses, et n'ayant pas à prendre parti dans le désaccord survenu entre cette dernière société et la Financière médicale, notre syndicat remit la question des honoraires en discussion et, comme conclusion, décida que ses membres conserveraient toute liberté d'appliquer l'un ou l'autre tarif, les deux étant de nature à rémunérer honorablement nos soins.

Et, dans la séance du 16 juillet 1910, où a été donnée connaissance de l'article auquel j'ai reçu mandat de répondre, plusieurs confrères

ont déclaré avoir conservé le tarif de la Participation, c'est-à-dire 15 francs, prix forfaitaire pour les petits accidents ne durant pas plus de quinze à vingt jours — (les statistiques prouvent que ces petits sinistres, à Lille, sont de 85 %) — tous les autres étant soumis aux règlements sur mémoires basés sur le tarif Jeanne, sur lequel tous les autres, y compris le tarif Dubief, ont été copiés.

Je tenais, parce que mandat m'en avait été donné, à vous prouver, ainsi qu'à vos nombreux lecteurs, que l'agent de la Compagnie X. était dans la plus complète erreur lorsqu'il parlait de forfait uniforme de 15 francs adopté par le syndicat médical de Lille. C'est une légende qu'il était de notre dignité de détruire.

Je vous serai reconnaissant de vouloir bien publier cette lettre dans un des plus prochains numéros du *Concours médical* et, dans cette attente, je vous prie d'agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Le Président du syndicat médical de Lille,
Dr Vanverts.

N. D. L. R.—Nous avions prévu et attendions cette lettre. Que prouve-t-elle ?

Remarquons d'abord que la lettre publiée sous la rubrique « *Tout s'explique* » parle d'un certain forfait à 15 et 30, dont nous ont entretenu les assureurs seuls et qui n'a jamais existé entre la Participation et la Financière médicale.

Constatons ensuite que le confrère Vanverts, dans son historique pour plaidoyer, saute de 1899 à 1905, oubliant totalement le communiqué suivant paru en tête du numéro 39 du *Concours médical*, année 1902.

Financière Médicale. — *Avis.* — De nombreux confrères de province nous écrivent pour nous demander comment ils doivent établir leurs comptes avec *la Participation*, comme aussi avec les autres compagnies d'assurances accidents, maintenant que la circulaire ministérielle du 23 mars 1912 les dispense du certificat médical pour les petits sinistres entraînant une incapacité de travail de moins de cinq jours.

Nous rappelons ici à tous nos confrères que cette suppression a entraîné naturellement la dénonciation du forfait primitivement fixé à 15 fr. pour les petits sinistres.

Chacun de nous rentre donc dans le droit commun, ce qui vaut infiniment mieux, et il doit être rémunéré selon ses œuvres, c'est-à-dire au tarif ouvrier, pour toutes ses consultations, visites ou interventions.

Quand la Cie pourra se passer des certificats médicaux, il est naturel qu'elle ne les paye pas. — Quand au contraire, elle les réclamera, ils seront payés au tarif de 5 fr. l'un (le premier étant fait en duplicata au prix d'un seul).

N. D. C. A.

Et ainsi se trouve établi que, quand le Concours avait demandé dès 1902 la suppression des forfaits (même avec la Participation), et les avait *fait condamner* en 1905 à la commission du tarif Dubief, nos amis du Nord n'ont ouvert l'oreille qu'en 1910 au mot d'ordre syndical et ont ainsi gravement et longtemps compromis le succès de nos revendications.

Ils rentrent aujourd'hui dans la règle après entente avec la Bourse du travail de Lille : nous les en félicitons, mais nous en félicitons surtout le reste du *Corps médical* qui attendait ce geste depuis trop longtemps.

La lettre du président Vanvert explique le retard une fois de plus : nos amis en étaient restés aux indications de 1899, sans voir l'évolution qui s'était faite depuis cette date lointaine.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Un Syndicat a le droit de mettre à l'index un médecin, même non syndiqué.

TRIBUNAL CIVIL DE TOULOUSE

Jugement du 14 avril 1910.

Attendu qu'à suite de la rupture de pourparlers, engagés par le Syndicat des médecins de Toulouse, auprès de la Fédération des Sociétés de secours mutuels de la Haute-Garonne pour obtenir le relèvement des honoraires et la liberté du choix des médecins, après entente entre le bureau de la Société et celui du Syndicat, ce dernier adressait le quatorze janvier mil neuf cent dix une lettre circulaire à chacun de ses adhérents l'informant que par délibération de l'Assemblée générale, tenue le dix janvier, il avait prononcé la mise à l'index de deux médecins non syndiqués, le docteur Landelle et l'un de ses confrères, pour avoir accepté de donner leurs soins à une Société mutuelle avec laquelle le Syndicat venait de cesser toute relation ;

Que semblable avis était inséré dans le numéro du mois de janvier de la *Fédération médicale*, bulletin du Syndicat et de l'Association corporative des Etudiants de Toulouse ;

Qu'il était expliqué que cette mesure consistait à agir, vis-à-vis du médecin qui en était l'objet, comme s'il n'exerçait pas la médecine et déliait, en conséquence, le destinataire de la circulaire de toute obligation déontologique à son égard ;

Qu'on lui recommandait, en outre, de répondre si une question lui était posée au sujet de la légitimité de la mesure, qu'elle avait été prise par le Syndicat pour des raisons professionnelles graves ;

Qu'il était joint en même temps un placard imprimé qu'il lui était loisible d'afficher dans l'antichambre de son cabinet, ainsi conçu : « Syndicat des médecins de Toulouse. Le Syndicat des Médecins de Toulouse a dû, pour manquement grave aux règles de la profession, mettre à l'index les docteurs X... et Landelle. En conséquence, aucun de ses membres ne peut accepter de relations professionnelles avec eux ».

Attendu que c'est dans ces circonstances de fait que le docteur Landelle, estimant que le Syndicat n'avait pas le droit de prononcer contre

lui la mise à l'index, alors qu'il ne faisait point partie du Syndicat et encore moins celui de faire publier cette mesure, ni surtout de la publier dans les termes où elle a paru et que ce faisant il a commis un acte abusif et vexatoire, générateur de responsabilité pour son auteur et de préjudice pour celui qu'elle atteint, l'a assigné en même temps qu'il assignait, par exploit séparé, le docteur Parant, auquel il reproche d'avoir affiché, de son plein gré, dans son cabinet de consultation, le document transcrit plus haut, à l'effet de s'entendre condamner l'un et l'autre à lui payer des dommages-intérêts et à insérer, à leurs frais, à titre de complément de réparation, le jugement à intervenir dans divers journaux ;

Attendu que les deux instances dont le Tribunal est simultanément saisi offrent entre elles malgré la différence des défendeurs, un lien de connexité tel qu'il y a lieu de les joindre et de les traiter par un seul et même jugement, les faits reprochés au Syndicat, dont le docteur Parant est, d'ailleurs, le secrétaire général, concourant, avec l'aggravation commise personnellement par lui, au même but et procédant du même dessein ;

Attendu qu'en réponse aux conclusions prises contre eux par le demandeur, les défendeurs soutiennent que, préoccupés uniquement de la dignité du corps médical et de l'intérêt des mutualistes eux-mêmes, dans la campagne qu'ils ont entreprise auprès des Sociétés de secours mutuels, pour leur faire partager leurs vues, en ce qui concerne le relèvement des honoraires et la liberté du choix du médecin, avec reconnaissance du Syndicat, ils n'ont poursuivi que la défense des intérêts généraux de la profession, au sens de la loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt douze (art. 13), laquelle, pressentant la possibilité de conflits analogues à celui d'aujourd'hui, entre médecins et sociétés mutuelles, a étendu à la profession médicale le bénéfice de la loi du vingt et un mars mil huit cent quatre-vingt quatre sur les Syndicats, de manière à permettre à ses membres de s'entendre, se grouper et combattre à armes égales (langage de M. Cornil à la tribune du Sénat) ; qu'ils n'ont eu en la circonstance d'autre souci ou préoccupation que d'empêcher par une mesure utile, nécessaire et légitime, comme la mise à l'index des dissidents, la défection de s'établir dans les rangs des médecins et de compromettre l'autorité morale des Syndicats, gardiens des règles professionnelles, en même temps que la garantie que présente entre syndiqués et non syndiqués l'entente confraternelle, laquelle condamne l'isolement de celui qui, sous couleur d'indépendance ou pour tout autre motif, se tient à l'écart ou lutte contre des décisions mûrement étudiées et réfléchies ;

Qu'ils ajoutent qu'il était indispensable de donner à la mesure prise une publicité suffisante pour être portée à la connaissance des intéressés et qu'ils en ont avisé de la manière la plus discrète, au lieu de recourir à un affichage retentissant, médecins et clients, ceux-ci ayant avantage à être informés au cas où par exemple, pour rappeler celui invoqué au cours des plaidoiries, ils voudraient recourir à une consultation, que leur médecin traitant ne peut s'adjoindre le confrère mis à l'index ;

Attendu que jusqu'à cette dernière partie, l'argumentation du Syndicat et du docteur Parant procède d'aperçus exacts et de considérations judicieuses ; qu'il y a lieu pour le Tribunal de l'accueillir comme fondée en raison et en droit et consacrée par la jurisprudence ;

Qu'elle légitime, à ce double titre, la mesure de la mise à l'index prise contre un médecin, même non syndiqué, dont elle respecte la liberté de travail, qu'elle la soustrait au soupçon d'avoir été inspirée par un sentiment de rancune ou d'autoritarisme, ou encore de bas intérêt ; qu'elle lui enlève toute pensée d'animosité ou de malveillance à l'égard de celui qu'elle frappe et la dépouille, par l'absence constatée de la mauvaise foi, de tout caractère délictueux, dispensant ainsi le tribunal de rechercher si sa publication constitue par l'emploi du procédé une diffamation ou une injure, suivie ou non de publicité, et de se prononcer sur sa compétence ;

Qu'elle ramène *l'appréciation de la conduite* des défendeurs sur le terrain de la faute du droit commun, au sens de l'article 1382 du Code civil, ainsi d'ailleurs que toutes parties en sont tombées d'accord à l'audience ;

Attendu qu'à ce point de vue et pour les motifs qui viennent d'être donnés, il faut reconnaître que, dans l'espèce, l'interdit prononcé par le Syndicat est licite, comme pris dans la sphère de son action et de ses attributions ; qu'on peut toutefois se demander s'il n'eût pas mieux agi en restreignant la publicité de la mesure aux seules circulaires adressées à ses affiliés, et s'il était bien nécessaire ou même utile que le public, qui n'a rien à voir, en fait, dans l'appréciation des questions qui sont en somme, par rapport à lui, d'ordre purement privé, fût mis au courant ;

Qu'il convient, en effet, d'observer que l'hypothèse plus haut envisagée comme pouvant le plus souvent intéresser le client, celle d'une consultation à laquelle il prendrait l'initiative d'appeler le médecin mis à son insu à l'index, ne se produira presque jamais dans la pratique qui veut, pour des raisons de convenance, que ce soit le médecin traitant qui guide le choix du confrère, auquel la révélation de la mesure lui commandera de ne pas s'adresser, sans qu'il soit besoin que la connaissance qu'il a de la décision prise se double de celle du client ;

Attendu, dans tous les cas, qu'il n'appartenait pas au Syndicat de compromettre le caractère légitime en soi de la mesure par la forme blessante du placard qui la faisait connaître, et le choix tout au moins imprudent de ces mots, alors qu'aucune explication n'était donnée : « manquement grave aux règles de la profession » ; que de telles expressions, par leur formule équivoque et imprécise, exposaient le client pénétrant dans le cabinet du docteur Parant, avec la préoccupation d'esprit habituelle qui accompagne la visite chez le médecin et ne lui permettait pas de distinguer entre l'infraction aux règles de la profession et celle aux devoirs qu'elle comporte, à

soupçonner le docteur Landelle d'avoir gravement manqué à ces dernières en apprenant qu'il avait été frappé pour des raisons professionnelles graves selon le commentaire donné par le Syndicat lui-même dans sa circulaire précitée ;

Qu'en présence d'un tel résultat, la faute des défendeurs, distincte et personnelle à chacun d'eux, apparaît certaine et donne ouverture à réparation, au profit du docteur Landelle ;

Que si celui-ci ne justifie pas d'un préjudice matériel, il a certainement éprouvé un préjudice moral ;

Qu'il faut toutefois reconnaître que la divulgation du fait, licite en soi et dont la forme offensante seule a donné naissance à ce préjudice, n'a eu d'écho que dans des milieux fermés, celui des professionnels qui lisent le bulletin de la *Fédération médicale*, presque tous membres du Syndicat et auxquels la lecture de l'article n'a révélé rien de plus que ce qu'ils savaient déjà ou qui, étrangers au Syndicat, ont pu aisément, grâce à leur connaissance des règles de la profession, discerner les raisons véritables de la décision ; et celui d'un cabinet de médecin aliéniste fréquenté par une clientèle particulière et par cela même restreinte ;

Qu'il convient, par ces considérations, de proportionner à une cause de préjudice aussi réduit la réparation à accorder au docteur Landelle ;

Qu'il ne saurait en trouver de meilleure que par une voie analogue à celle qui a causé le préjudice, c'est-à-dire la publicité du jugement ;

Attendu que les dépens sont à la charge de la partie qui succombe ;

Par ces motifs, le Tribunal, jugeant publiquement, contradictoirement en matière ordinaire et en premier ressort, le ministère public entendu, vidant son renvoi au Conseil, joint les deux instances ;

Ce faisant, autorise le docteur Landelle, comme allocation de dommages-intérêts et en réparation du préjudice moral qu'il subit, à faire insérer le présent jugement dans le plus prochain numéro de la *Fédération médicale* et dans un autre journal de l'arrondissement de Toulouse, à son choix, le tout aux frais du Syndicat des Médecins et du docteur Parant ;

Condamne ces derniers aux dépens.

REPORTAGE MÉDICAL

Poursuites contre *Le Temps*. — On se souvient que dans un de ses numéros, le journal *Le Temps* attaqua le Syndicat National de Médecine Sociale.

Au cours d'une réunion commune au Groupe des avocats socialistes et à la Section de la Seine du S. N. de M. S., réunion qui eut lieu sous la présidence de M. le Dr Diverneresse, assisté de Me Mauranges, secrétaire du Groupe des avocats socialistes, il fut décidé que des poursuites civiles seront engagées au nom du Syndicat National de Médecine Sociale contre le journal *Le Temps*.

Société de médecins abstinents des pays de langue latine. — On nous demande d'insérer la note suivante :

« Le développement croissant de l'alcoolisme fait au médecin un devoir, non seulement de participer à la lutte contre le fléau, mais il paraît tout désigné pour en prendre la direction.

C'est à cet effet que, dans la plupart des nations, les médecins vraiment militants se sont groupés en sociétés de médecins abstinents qui, l'an dernier, se sont fédérées au Congrès international de Londres contre l'alcoolisme. Les pays de langue allemande, la Scandinavie, l'Angleterre, les États-Unis, le Danemark, la Russie elle-même, ont déjà leurs groupements très prospères.

Notre pays reste en arrière. Il a semblé à quelques médecins français abstinents que le moment était venu, à la veille du 1er Congrès des abstinents français qui se réunira le 18 août à Grenoble, de combler une grave lacune. Une *Société de médecins abstinents des pays latins* est d'ores et déjà constituée. Elle fait appel à tous les confrères ayant une conception très nette du rôle du médecin dans la circonstance et convaincus que l'exemple raisonné de l'abstinence de toute boisson alcoolique est la meilleure des armes. »

Adresser toutes adhésions ou demandes de renseignements aux *Annales anti-alcooliques*, 14, rue de Tournon, Paris (Dr Legrain, réd. en chef).

Modèle de certificat pour nourrissons suspects de syphilis. — On sait combien grande est la responsabilité du médecin qui choisit une nourrice, et combien aussi peut être engagée sa responsabité quand il place en nourrice un nourrisson suspect de syphilis. Dans ce dernier cas, et en l'absence de signes certains, il peut se mettre à l'abri de toute réclamation en signant en double le type de certificat suivant, dû au Dr Ch. Leroux, chef du service des enfants au dispensaire Furtado-Heine :

« Je soussigné...,après avoir examiné séparément M. et Mme X..., après avoir obtenu d'eux l'affirmation formelle qu'ils n'ont jamais été atteints de syphilis, après avoir constaté qu'il n'existe chez eux aucun symptôme de syphilis à la date du..., non plus que d'autre maladie contagieuse, déclare que l'enfant issu des parents ci-dessus dénommés ne présente à la date du... aucun symptôme de syphilis ni d'autre maladie contagieuse.

« Déclare, en outre, que mon certificat n'engage à rien dans le cas où des symptômes ultérieurs de maladie contagieuse viendraient à se développer. Sous le bénéfice de cette réserve expresse, je certifie qu'à ce jour l'enfant peut être confié à une nourrice. »

Ce modèle permettra d'éviter à l'avenir toute réclamation (1).

Prix Zambaco-Pacha. — Le Dr Zambaco-Pacha vient de doter la Société de médecine et d'hygiène tropicales de trois prix, l'un de 1.000 francs et deux de 500 francs, destinés à récompenser les trois meilleurs mémoires relatifs à la question de la « contagiosité de la lèpre ».

Les travaux présentés devront comporter des recherches personnelles et « des observations scientifiques minutieuses et consciencieuses prises sur les lieux mêmes ».

(1) *Le Médecin praticien*.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNEL.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 34 Dimanche 21 AOUT 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Bienfaisance privée..... 727
Clinique médicale.
Polyclinique des maladies syphilitiques et cutanées.. 729
La semaine médicale
La suralimentation par le sucre. — Le remède du Dr Erlich contre la syphilis. — Mort subite après ponction thoracique exploratrice. — L'emploi de l'eau oxygénée. — *Hyperesthésies douloureuses de la fièvre typhoïde.* — Résultats éloignés des interventions pour le cancer du sein..... 732
Formulaire raisonné
La noix vomique..... 734
Revue de l'Etranger
La narcose intra-veineuse. — Les suites opératoires après l'anesthésie lombaire en gynécologie en obstétrique. — Méthode rapide pour enlever les appareils plâtrés. — Le collargol dans la fièvre typhoïde. — Le collargol dans les cystites. — Les albuminuries d'origine génitale. — La lactate de chaux contre les hémorrhagies post-partum. — Une pommade à la quinine contre la coqueluche..... 736
Chronique professionnelle.
Responsabilité et discipline médicales..... 737
Chronique syndicale
Observations sur le projet type de statuts pour les commissions d'arbitrage formées entre assurances et médecins syndiqués..... 738
Comités de propagande du « Concours Médical »
Le groupement des Bouches-du-Rhône..... 740
Jurisprudence médicale
Application du tarif Dutief. — Le prix de la visite ou consultation est déterminé par la résidence du médecin et non par celle du blessé..... 741
Correspondance
A propos de l'encombrement médical. — Le libre choix s'étend-il aux médecins étrangers. — Pouvoir c'est vouloir..... 742
Variétés
Souvenirs d'un médecin de campagne. — Un homicide. 744
Reportage médical..... 745

PROPOS DU JOUR

Bienfaisance Privée

Avez-vous lu le *Journal* du 12 août ? Si non, nous vous recommandons l'article qui, sous la rubrique *Assistance privée* y expose le fonctionnement des *Etablissements Marie-Lannelongue* dans le XIIIe arrondissement de Paris. Vous y trouverez d'abord le traditionnel panégyrique du dévouement de la femme française : « des jeunes filles et des jeunes femmes « du monde qui, peu soucieuses des joies banales de la vie, ont consacré leur existence aux « malheureux et vont d'un malade à l'autre, « les examinant ou pansant leurs affreuses « plaies avec ce sourire illuminé qui est le reflet de la charité et l'image de leur bonheur « intérieur ».

Vous connaissez tous l'hymne, car tous, tant que nous sommes, l'avons chanté à notre tour à l'occasion. Mais ce qui devient plus intéressant, c'est quand, à la suite, le *Journal* expose avec quelques détails le fonctionnement des établissements et les projets de ceux qui les dirigent. Nous croyons d'ailleurs utile de reproduire textuellement la fin de l'article :

Ici tout est gratuit. Le dispensaire a un tel succès auprès de la population ouvrière que le nombre de consultations et de pansements est devenu très élevé : je relève, sur le registre, 1.526 pansements pour le seul mois de juin 1910.

L'hôpital ne compte encore que seize lits ; il est exclusivement réservé aux cas chirurgicaux. Il est gratuit pour les enfants ; pour les grandes personnes, il tient le milieu entre l'hôpital et la maison de santé et s'adresse *surtout aux petites bourses. On n'y fait point payer l'opération* et on demande aux malades *seulement six francs par jour.*

Le dispensaire et l'hôpital ont été créés par la Ligue fraternelle des enfants de France, une des plus belles œuvres de protection de l'enfance, car elle réalise la solidarité effective des enfants riches pour les enfants pauvres. L'établissement a pour président d'honneur M. le sénateur LANNELONGUE, membre de l'Institut. *La ville de Paris a donné le terrain, le pari mutuel a fourni les fonds pour les constructions, qui vont encore s'agrandir,* les souscriptions particulières, grâce à une stricte économie, ont suffi pour l'entretien. Mais, demain, celles-ci, en raison de l'extension de l'œuvre, deviendront insuffisantes. Ce qui sera alors nécessaire, ce n'est pas quelques grosses souscriptions, dont l'emploi est réservé à une amélioration ou à une édification importante. Ce sera plutôt un important noyau de souscriptions, de cotisations annuelles fixes, qui alimenteront d'une manière permanente le budget de l'œuvre. Ces cotisations sont de dix francs pour les membres titulaires.

Le dispensaire-hôpital Marie-Lannelongue, *par le métro* de la place d'Italie, *est très accessible*. Que tous ceux et que toutes celles qui veulent se pencher un peu sur la misère humaine aillent le visiter et souscrivent à l'œuvre. En sortant, ils auront cette joie douce de se sentir un peu meilleurs.

Pauvres médecins du XIIIe arrondissement! Nous savions bien que leur quartier était celui de la misère, mais nous ne croyions pas que, parmi les misérables, ils allaient être les plus frappés.

Quelques praticiens (et ils ne sont pas très nombreux) ont eu le courage d'aller se fixer dans ces quartiers déshérités, qui furent longtemps à peu près dépourvus de tous secours médicaux ; ils y vivaient...., non, ils y végétaient, et péniblement.

Vint la Bienfaisance Privée, et vous allez voir comment, avec le concours d'excellents confrères, elle a secondé leurs efforts.

Ce fut d'abord sous les espèces et apparences de la Mutualité. Le dispensaire Emile-Loubet fut créé dans la rue du Château-des-Rentiers, ainsi désignée, sans doute, par antinomie, car il n'y existe plus, et depuis de longues années, ni château, ni rentiers. Le million des mutualistes parisiens ne suffit pas à alimenter le dispensaire et à satisfaire l'activité débordante et gratuite des médecins et spécialistes qui y sont attachés, aussi les portes du dispensaire s'ouvrent toutes grandes. Le pauvre qui connaît le chemin de l'hôpital et les établissements de l'Assistance publique n'y court guère, mais les petites, moyennes et même, quelquefois, d'assez grosses bourses ne se privent pas d'aller y chercher des conseils et des soins d'autant plus précieux qu'ils y sont peu onéreux.

Les Dames Françaises ne pouvaient, sur le maigre terrain du XIIIe arrondissement, laisser croître en paix les lauriers de la Mutualité.

Dans le but d'occuper des dévouements qui ne peuvent pas toujours s'exercer dans la Chaouia, elles fondèrent l'hôpital de la rue des Peupliers. Cet hôpital, surtout chirurgical, admirablement construit et richement installé, se consacre particulièrement aux accidentés du travail et assiste surtout ainsi nos pauvres Compagnies d'assurances.

Enfin le dispensaire Marie-Lannelongue, rue de Tolbiac, vint compléter la ligne stratégique de ces heureuses fondations.

De sorte que le XIIIe arrondissement n'aura plus bientôt suffisamment de blessés pour pourvoir aux zèles chirurgicaux de la Bienfaisance Privée ; mais soyez sans inquiétude, le *Journal* indique le remède à cette pénurie possible de clients : le Métro rend ces établissements très accessibles et de tous les points de Paris.

Et pendant que la Bienfaisance Privée secourt ainsi les « petites bourses », toute une population ouvrière dans ce XIIIe arrondissement au chiffre fatidique, s'infecte et se putréfie au physique et au moral dans les abominables tanières d'innommables cités, ou dans des cahutes improvisées qui sont la honte d'une ville comme Paris. Tandis que la Bienfaisance Privée construit des hôpitaux-joujoux à l'usage des femmes du monde, les hôpitaux de l'Assistance restent encombrés de brancards, et les phtisiques moribonds, repoussés de tous les côtés, vont lamentablement par la ville à la recherche de la soupente sans air où ils pourront mourir en paix, après avoir répandu un peu partout les germes de la maladie qui décime Paris.

Vous voulez faire du bien, Mesdames de la Bienfaisance Privée ! Dieu nous garde de vous en détourner ! Mais prenez exemple sur ceux qui surent le faire avec modestie et d'une façon utile et éclairée. Construisez des cités ouvrières, hospitalisez et isolez les tuberculeux, ouvrez des maisons de convalescence, recueillez après ses couches la mère affaiblie, et procurez-lui le moyen d'allaiter son enfant, donnez durant les vacances de l'air pur à ceux qui en sont privés et en tous temps du pain à ceux dont les bras sont trop faibles pour le gagner. Ingéniez-vous surtout à faire en sorte que tout homme de bonne volonté soit à même de pouvoir, en travaillant, vivre avec dignité et faire vivre les siens sans vous tendre la main.

Il est tant et tant de moyens de faire réellement du bien et de seconder d'utiles tentatives !

Mais en allant fonder des œuvres discutables pour assister des gens qui n'ont pas besoin et ne sont pas dignes d'être secourus, mais en bénéficiant des petits calculs ou des aberrations de quelques-uns de nos confrères qui mettent gratuitement leur concours à votre disposition sans songer qu'ils arrachent au petit médecin d'à côté un pain dur à gagner, en jouant ainsi à l'infirmière, un peu comme jadis, quand, petites filles, vous jouiez à la poupée, vous commettez une action qu'en toute conscience nous ne saurions approuver.

Les Dames de la Bienfaisance Privée auraient le droit de nous dire qu'elles emploient leur argent à leur guise et que nous n'avons aucun droit de contrôle sur l'emploi de leurs deniers, si le *Journal* ne venait nous apprendre que la Ville de Paris a donné le terrain, que le Pari Mutuel a fourni les fonds pour les constructions qui vont encore s'agrandir, et que les souscriptions particulières suffisent à l'entretien.

Mais alors, c'est avec des ressources municipales, avec le produit de nos impôts que tout

ceci s'est monté et s'est organisé contre nous. Après les scandales d'Ormesson et les péchés de Sœur Candide, nous avons le droit, nous aussi, de demander des comptes à nos conseillers municipaux, à nos Parlementaires et à nos Administrateurs.

Est-ce qu'un vent de folie souffle sur nos dirigeants ?

Le contribuable est saturé d'impôts, les budgets sont en déficit, la dette publique se chiffre par milliards, l'Assistance Publique manque de ressources, les retraites ouvrières attendent des millions pour être réalisées, mille fléaux naturels, inondations, mauvais temps, maladies, ruinent notre agriculture et notre industrie, et c'est à ce moment-là que nos élus et nos gouvernants se livrent au gaspillage, pour plaire aux Dames du Monde qui désirent faire la charité à des gens qui n'en ont pas besoin, et qui s'intéressent aux petites bourses un peu à l'instar du poète qui, en attendant de l'argent de Hanovre, argent qui ne venait jamais, s'apitoyait en songeant combien Rothschild était pauvre.

J. Noir.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis.

M. le Professeur Gaucher.

Polyclinique des maladies syphilitiques et cutanées.

Eczéma lichénoïde vulvaire.

Malade de 73 ans, atteinte d'une affection qui ne présente pas de gravité quant à la vie, mais qui est excessivement pénible, et dont vous aurez à traiter de nombreux cas. Il s'agit d'un Eczéma lichenoïde vulvaire, péri-vulvaire et péri-anal. Cet eczéma lichénoïde a été précédé de prurit et il est même possible que nous soyons en présence d'un prurit ayant donné lieu, après grattage, à l'eczéma lichénoïde. La peau est indurée, épaissie, prurigineuse, sans suintement, sans suppuration. L'affection est tout à fait distincte de l'intertrigo. C'est un Eczéma lichénoïde de la vulve, ou prurit *lichénifié*.

Le traitement comprendra une médication locale, mais avant toute application topique, il est indispensable de rechercher s'il n'y a pas glycosurie. La plupart de ces eczémas lichénoïdes sont dus à la glycosurie. En pareil cas toutefois, il survient au bout de peu de temps un suintement. Quand la lésion reste sèche, il y a moins de chance que le diabète soit en cause. Il est donc nécessaire d'examiner les urines. Ici, nous n'avons pas trouvé de sucre dans l'urine.

Cette dermatose étant chronique avec infiltration de la peau, on aura recours aux applications d'une pâte contenant des médicaments réducteurs, la pâte cadique camphrée, salicylée et soufrée en particulier. En voici la formule :

Camphre pulvérisé et tamisé Acide salicylique pulvérisé Soufre précipité pur tamisé	ââ 1 gr.
Huile de cade pure	10 gr.
Oxyde blanc de zinc	20 gr.
Vaseline	30 gr.

Cette pâte calme le prurit et amène la guérison. Il convient d'y joindre un régime approprié, qui sera le régime des arthritiques. Il aura pour bases l'abstention des viandes, du gibier, des ragoûts, de l'oseille, des choux, des asperges, du fromage, des fraises. Pas de vin pur, pas de café, pas de thé. Les lésions étant très prurigineuses, il faut éviter de donner des excitants du système nerveux.

Pemphigus aigu bénin.

Jeune fille atteinte de Pemphigus. Si vous l'interrogez, vous apprenez que l'affection a débuté brusquement il y a huit jours, pendant la nuit, par une éruption au membre supérieur. Puis, elle s'est généralisée aux quatre membres. Parmi les bulles dont se compose l'éruption, certaines se sont affaissées, quelques-unes contiennent de la sérosité, d'autres un peu de sang. Pas de prurit, pas d'infection des éléments éruptifs.

Pemphigus veut dire affection bulleuse. Dans quel groupe rentre le cas actuel ? La dermatose n'est pas prurigineuse ; il ne s'agit donc pas du pemphigus prurigineux. La malade a 15 ans 1/2. On rejettera l'idée d'un pemphigus des cachectiques, des gens âgés. La localisation sur les quatre membres éloigne l'hypothèse de trophonévrose. Il ne reste plus que le diagnostic de pemphigus aigu. Il en est deux variétés : une bénigne, qui guérit toujours, l'autre grave, qui s'accompagne de suppuration des bulles. Ce n'est pas la forme grave.

On peut rapprocher ce Pemphigus aigu, avec ses bulles hémorrhagiques (certaines du moins), de l'érythème polymorphe, qui peut être bulleux.

Comme traitement, vous donnerez le moins de médicaments possible. Nombre de ces malades ont une susceptibilité telle qu'ils font des éruptions médicamenteuses très facilement, même avec le sulfate de quinine parfois. Vous conseillerez d'éviter le froid et de se tenir au repos au lit. Comme le disait Desprès, vous ne ferez rien le premier jour, et vous continuerez..... le même traitement le second jour et les jours suivants.

A côté de cette jeune fille, je puis vous montrer un autre malade atteint de Pemphigus chronique prurigineux (maladie de Duhring). Son af-

fection procède, depuis trois mois, par poussées. Vous verrez chez lui des bulles mêlées de croûtes . La lésion est bulleuse, c'est entendu, mais polymorphe. Certaines bulles s'infectent, se recouvrent de croûtes, d'autres éléments n'arrivent pas à leur évolution complète, d'où l'aspect polymorphe.

Le traitement mercuriel ne prévient pas les accidents syphilitiques.

Malade spécifique depuis 5 ans, dont l'observation comporte plusieurs enseignements. Elle a été traitée par les injections d'huile grise (150 en tout), ce qui ne l'a pas empêchée d'avoir, en plein traitement, des accidents divers, dont un assez important : une paralysie faciale. C'est là une nouvelle preuve de l'inutilité du mercure comme traitement préventif.

La malade a présenté au cours de ces injections, une perforation du voile du palais qui a guéri avec l'iodure et les pilules de Dupuytren. Elle est venue ensuite nous voir pour une ulcération du voile du palais. Nous lui avons fait deux piqûres de 2 centigrammes de benzoate de mercure, à la suite desquelles est survenue une stomatite mercurielle, bénigne, d'ailleurs, parce que nous l'avons traitée de bonne heure. Croyez-vous que la stomatite a été déterminée par les deux injections de benzoate de mercure ? Oui et non. Non, car les doses ont été insuffisantes pour cela. Oui, car ces injections ont la propriété de solubiliser les masses d'huile grise emmagasinées et restées inactives. Les accidents de l'huile grise ont souvent éclaté à la suite de piqûres de préparations mercurielles solubles. Et alors, certains esprits ont dit : « mais, les accidents ne relèvent pas de l'huile grise, puisqu'ils se produisent après l'emploi de benzoate ou de biiodure ». Les injections de benzoate ou de biiodure ont pour effet de solubiliser l'huile grise accumulée dans les tissus où elle a été injectée. L'huile grise, jusque-là inactive, se trouve mobilisée en masse, d'où les accidents de stomatite.

L'histoire de notre malade offre plusieurs enseignements que l'on peut résumer ainsi :

1° Le traitement mercuriel ne prévient pas les nouveaux accidents ;

2° Les injections d'huile grise se sont montrées là imparfaites ;

3° Quand des injections insolubles ont été faites pendant longtemps, il faut éviter de pratiquer des injections solubles, ou les pratiquer avec beaucoup de prudence, en surveillant la bouche.

Nous avons précisément un homme dans ce cas, chez lequel nous évitons actuellement d'avoir recours aux injections solubles. Son observation donne lieu à des considérations analogues. Cet homme est syphilitique depuis deux ans. Pour le traiter de syphilides frontales, on lui a fait, au Dispensaire de Saint-Lazare, dix injections de calomel, sans obtenir aucune amélioration. Il est alors entré dans notre service et nous hésitons, pour le motif que vous connaissez maintenant, à commencer une cure d'injections solubles. Nous ne voulons pas nous exposer à dissoudre le calomel accumulé et à déterminer des accidents que nous ne pourrions plus arrêter. Une fois le branle donné à l'élimination, il est difficile d'en devenir maître. Le patient a de l'albuminurie, un rapport azoturique faible. Nous avons fait rechercher le mercure dans l'urine. Si cet homme a déjà de l'élimination commencée, nous attendrons. S'il n'y a pas d'élimination mercurielle, nous ferons une ou deux injections mercurielles. Quand l'élimination commencera, nous cesserons les piqûres solubles pour les reprendre lorsque l'élimination s'arrêtera. Nous tâcherons d'opérer la solubilisation par petites doses, pour éviter les accidents.

Le Dermatologiste doit faire l'examen général de ses malades.

Le Dermatologiste ne doit pas s'en tenir exclusivement à l'examen de la peau. Voici une petite malade entrée pour une affection vulgaire, une phtiriase du cuir chevelu. En l'examinant, nous avons été frappé par sa pâleur et sa bouffissure. L'examen des urines a montré la présence d'albumine. Si l'on était contenté de considérer la phtiriase, on aurait laissé passer une affection beaucoup plus sérieuse, la néphrite. Nous avons ausculté le cœur : il y a un bruit de galop. Il était important de rechercher la cause de cette néphrite et sa relation avec la phtiriase. La cause de la néphrite est une grossesse terminée il y a un an. La néphrite a été méconnue et, d'épithéliale qu'elle était, est devenue interstitielle en l'absence de traitement. De relation avec la phtiriase, il n'en est évidemment aucune.

Il est important pour le dermatologiste de faire œuvre de médecin, de ne pas concentrer uniquement son attention sur la peau, d'examiner le malade.

Traitement de la Furonculose.

Voici une affection très vulgaire, une furonculose. Elle ne présente pas grande gravité, mais cependant, dans la clientèle de ville, elle est importante à connaître en raison de ses répétitions ennuyeuses.

Le malade est atteint de furoncles depuis 15 jours. La maladie a débuté à la suite d'une incision d'anthrax, qui a entraîné les germes sur les parties voisines. Ayez donc soin, si vous incisez un anthrax, de prendre toutes précautions aseptiques et antiseptiques.

Le traitement de la furonculose s'adressera d'abord au furoncle en évolution, et cherchera ensuite à éviter le retour de nouveaux furoncles.

Pour le furoncle en évolution, on l'ouvrira, quand il sera mûr, avec la pointe du galvanocautère, on le videra et l'on cautérisera sa cavité avec de la teinture d'iode.

Pour prévenir les auto-infections, on fera pratiquer des pulvérisations d'eau phéniquée à 1 pour 100, en ayant soin d'enduire de vaseline les endroits où il n'y a pas de furoncles, même lorsque ceux-ci sont très voisins, de façon que la pulvérisation phéniquée porte seulement sur les éléments furonculeux. Quand il existe un paquet de furoncles, on fera un pansement permanent au sublimé au millième. Quand les furoncles sont disséminés, le pansement au sublimé est inutilisable. La seule chose à employer dans ces cas-là est l'application de compresses humides aseptiques. Elles n'empêchent pas le pus d'infecter les parties voisines, mais les pulvérisations phéniquées remplissent ce rôle.

Existe-t-il un traitement interne de la furonculose ? Hardy, autrefois, a montré que les arthritiques étaient particulièrement sujets à la furonculose, le terrain arthritique se prêtant à la propagation de cette affection. Partant de cette idée, Hardy recommandait à ses malades — avec avantage, il faut le reconnaître — l'usage d'un mélange de goudron végétal et de bicarbonate de soude, soit une cuillerée à café de goudron dans de l'eau de Vichy, soit un paquet de bicarbonate de soude dans de l'eau de goudron.

Un autre traitement interne, qui m'a donné également de bons résultats, c'est l'acide borique. Il est une précaution à prendre. Aujourd'hui, l'acide borique est vendu dans le commerce sous des formes plus ou moins pures, et il peut provoquer des accidents d'intoxication tenant à des impuretés. Il faut avoir soin de prescrire : acide borique chimiquement pur, cristallisé et recristallisé, pour usage interne, en solution à 3 p. 100 ; prendre deux ou trois cuillerées par jour. Ce traitement m'a semblé donner des résultats ; mais si vous l'employez, insistez sur la pureté du médicament.

Traitement du Rhumatisme blennorrhagique.

Voici un malade atteint de Rhumatisme blennorrhagique. C'est une affection très rebelle chez certains sujets. Ce rhumatisme peut être grave, ankylosant. Vous savez, d'autre part, combien nous étions peu armés jusqu'à ce jour, en pareil cas. Le salicylate de soude n'agit pas contre lui. L'aspirine et le pyramidon, non plus. Je ne dis pas que nous avons trouvé aujourd'hui une médication jugulante ; toutefois nous possédons un traitement externe efficace contre la douleur et les phénomènes inflammatoires. Je veux parler des applications de boues radifères. Ces boues radifères, qui sont un résidu de l'extraction du radium, sont d'un prix insignifiant, comparativement au prix du radium. Ils ont encore assez d'activité pour être utilisées. Je crois qu'appliquées sur un rhumatime blennorrhagique, elles ne peuvent pas avoir d'inconvénients, si ce n'est un peu d'irritation que l'on évitera en surveillant la peau. Il n'est pas habituellement utile d'interposer une feuille de tarlatane comme moyen de protection. Il suffit de supprimer l'application dès que la peau devient rouge.

Iritis blennorrhagique.

Voici une autre complication, plus rare que le rhumatisme, de la blennorrhagie : l'iritis blennorrhagique. C'est une maladie tout à fait différente de la conjonctivite gonococcique. Elle ne relève pas d'une inoculation : elle a été décrite comme une lésion d'ordre métastatique. Elle est due à une pénétration du poison blennorrhagique. Le traitement consiste en instillations d'un collyre à l'atropine à 1 pour 200, répétées 4 ou 5 fois par jour, et en applications d'eau bouillie chaude. Cette complication de la blennorrhagie est rare.

Les injections mercurielles intra-veineuses.

Pour les injections mercurielles intra-veineuses, on doit préférer le cyanure de mercure. On a employé le sublimé, le benzoate, le biiodure de mercure. Le cyanure est plus avantageux, car il ne détermine pas de phénomènes de coagulation. Toutefois il faut savoir que c'est un sel toxique, comme produit mercuriel et comme cyanure. Il ne permet pas l'injection (par voie intra-veineuse) de plus d'un centigramme. Ces injections donnent facilement naissance à des troubles intestinaux, à des hémorrhagies intestinales, et il faut être prêt à les interrompre en cas d'accidents de cette nature. On ne dépasse jamais 10 piqûres habituellement, et même on n'atteint pas ordinairement ce chiffre.

Les injections intra-veineuses ont pour avantage d'être actives, d'agir plus rapidement que les autres injections. On les utilisera lorsque l'intervention thérapeutique a besoin d'être rapide, s'il y a syphilis cérébrale, nerveuse. Théoriquement, elles sont simples à faire. Il suffit de piquer la veine et d'injecter le contenu de la seringue. En pratique, sur 10 injections, une est très bien faite, deux sont assez bien, et 7 sont mal faites. Pour les réussir, une certaine éducation est nécessaire. Il faut piquer la veine sans laisser tomber une goutte de liquide dans le tissu cellulaire ou sur la paroi veineuse, sinon vous auriez une escharre. Lorsqu'une goutte atteint la paroi veineuse, il se produit une phlébite ou une périphlébite. Aussi, cette méthode n'est-elle utilisée que d'une manière exceptionnelle. On ne peut pas en confier l'exécution à tout le monde et elle demande une grande habitude. Bien qu'elle ait

des avantages, ils ne sont pas tels qu'on puisse, d'une façon générale, les mettre en balance avec ses inconvénients.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX).

LA SEMAINE MÉDICALE

La suralimentation par le sucre.

M le Dr FÉLIX FABRÈGUE a étudié dans sa thèse la question de la suralimentation par le sucre : voici ce qu'il croit pouvoir poser en principe :

« Le sucre est un aliment de très grande valeur et doit prendre une place importante dans la ration quotidienne.

« La suralimentation sucrée est indiquée chez la plupart des malades débilités qui maigrissent, chez les tuberculeux, les fiévreux, et, d'une façon générale, chez tous ceux dont les dépenses énergétiques sont exagérées et la nutrition insuffisante.

« La quantité journalière de sucre qu'il faut prescrire est variable avec les individus et ne pourra être établie le plus souvent que par tâtonnements. La dose moyenne varie entre 150 et 200 grammes. On ne doit augmenter ces doses que chez des malades très amaigris, et il est même prudent de ne pas dépasser 300 grammes par 24 heures.

« La suralimentation sucrée est contre-indiquée dans tous les cas de glycosurie.

« Avant de l'instituer, on devra donc rechercher la présence du glycose dans l'urine. Et, même après avoir fait l'épreuve de la glycosurie alimentaire, il sera nécessaire de s'assurer tous les huit jours environ, pendant toute la durée du traitement, de l'absence de sucres urinaires. »

Le remède du Dr Ehrlich contre la syphilis.

La presse politique, toujours avide de nouveautés, vient de lancer dans le public quelques pompeux articles pour vanter le remède découvert par M. Ehrlich sous la désignation de « n° 606 » et destiné à guérir les pires manifestations de la syphilis en quelques semaines. C'est un médecin de Pétersbourg, le Dr Iversen, qui s'est chargé de faire l'expérimentation en grand et de proclamer les résultats dans une communication retentissante. La méthode est nouvelle et n'a, par conséquent, pas subi le contrôle du temps ; nous voulons bien nous en rapporter, pour le moment, à la réaction de Wassermann qui est négative après le traitement par le 606. Mais il faut toujours se méfier du premier enthousiasme et ne pas oublier le krack de la tuberculine. Notre devoir est donc de tenir nos clients en garde contre l'illusion d'une guérison aussi rapide ; puisque, malheureusement, nous ne pouvons empêcher la presse politique de s'occuper de tout, même de ce qu'elle ignore totalement, nous devons employer, vis-à-vis de nos malades trop crédules, les plus subtils moyens de persuasion pour les faire patienter.

D'ailleurs, qu'on se le dise : « Il n'y a pas de 606 d'Ehrlich dans le commerce. Tout marchand qui se vanterait d'en vendre serait actuellement un imposteur. » Le mercure a encore de beaux jours en perspective.

Mort subite après ponction thoracique exploratrice.

Une ponction exploratrice du thorax n'est pas une opération sans danger : que les praticiens n'oublient pas les cas de mort subite signalés de temps en temps par les auteurs.

« MM. Mollard, Favre et Cordier rapportent dans le *Lyon Médical* une observation d'où il ressort que dans un cas suspecté de pleurésie, chez une femme de 37 ans, une ponction exploratrice faite avec la seringue de Luer et l'aiguille de la ponction lombaire, n'amena que quelques gouttes de sang, mais à peine l'aiguille était-elle retirée que la malade eut une convulsion épileptiforme et succomba après une phase stertoreuse de plusieurs heures. A l'autopsie, on ne trouva pas de liquide, mais une symphyse pleurale que l'aiguille avait dû traverser.

« La cause de la mort dans des cas de ce genre reste certainement obscure ; mais les faits de cet ordre ne sont pas absolument exceptionnels. Porter Parkinson a relaté 11 cas de mort, dont 7 chez l'enfant, uniquement dus à des ponctions exploratrices. Dans la plupart de ces cas, on avait ponctionné une base du poumon très congestionnée, ce qui paraît avoir amené une hémorrhagie que le malade n'a pu rejeter. »

La conclusion à retenir, dit le Journal de Lucas-Championnière, qui rapporte cette observation, est qu'il faut se souvenir du danger de la ponction au niveau de la base pulmonaire gorgée de sang.

Qu'on y provoque des hémorragies du fait du traumatisme direct ou par phénomènes secondaires, assez difficiles à concevoir, les conséquences peuvent en être fatales. Or, c'est précisément dans des cas où l'on se demande s'il s'agit d'une base hypostatique ou d'un petit épanchement pleural, que l'on pratique volontiers une ponction d'épreuve. Il faut même aller plus loin et renoncer à cette idée que la ponction thoracique, même simplement exploratrice, est une intervention innocente. On ne la pratiquera que dans le cas d'absolue nécessité ou de grande utilité, et l'on s'entourera, pour la faire, de toutes les précautions possibles.

L'emploi de l'eau oxygénée.

Dans un récent article, M. le Dr Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE donne d'utiles indications sur l'emploi de l'eau oxygénée en chirurgie.

« L'eau oxygénée est un des plus précieux antiseptiques connus, dit-il ; mais on a tort de

la considérer comme un antiseptique inoffensif, parce qu'il n'est pas toxique. *Son usage intempestif peut anéantir les résultats de la meilleure opération.*

« L'usage très courant des solutions faites extemporanément pour diluer l'eau oxygénée au-dessous de 10 ou 12 volumes est un usage tout à fait *illusoire*, l'action réelle n'existant que pour le produit qui n'a pas encore été décomposé par les contacts qui lui sont si facilement destructeurs.

« Pour cet antiseptique, comme pour les autres, c'est une nécessité *capitale* de l'employer à dose assez élevée pour obtenir une action puissante et passagère. Il n'en faut faire aucun abus, ni rechercher une action inutilement prolongée.

« Un détail de pratique intéressant : L'eau oxygénée peut être employée chaude. En la chauffant, on la concentre plutôt qu'on ne diminue la teneur en oxygène comme on l'avait prétendu. J'ai fait sur ce sujet de nombreuses expériences. L'usage du liquide chaud a le double avantage de ne point infliger le désagrément du contact froid pour la plaie et de donner un antiseptique plus puissant, puisque *l'élévation de la température augmente toujours la puissance des antiseptiques.* »

Hyperesthésies douloureuses de la fièvre typhoïde

Plusieurs auteurs ont signalé les phénomènes d'hyperesthésie douloureuse qui se produisent dans les extrémités inférieures au cours ou au déclin de la fièvre typhoïde.

« M. Weil, dit M. Macé de Lépinay (*La Clinique*), prétend, dans son Traité de médecine infantile, que les typhiques traités par les bains, présentent souvent dans le cours même de la maladie, une hyperesthésie particulière des extrémités inférieures ; M. Beugnon attribue ces hyperesthésies à des névrites légères des fibrilles terminales des nerfs de la peau, sans doute dépendantes d'une action de la toxine typhique.

« Le début de ces douleurs est généralement insidieux : ce sont d'abord des fourmillements, des picotements, puis, des douleurs diurnes, enfin nocturnes, s'accompagnant d'hyperesthésie extrême des téguments, à tel point que le contact des draps devient une cause permanente de douleurs pour les malades. La souffrance est exagérée par les mouvements volontaires et provoqués. Le maximum de sensibilité semble siéger au niveau des orteils. Il n'existe d'ailleurs ni altération de la sensibilité objective, ni troubles des réflexes, ni phénomènes vaso-moteurs.

« On constate souvent, en même temps que ces douleurs, une légère recrudescence de la fièvre. Puis, tous ces phénomènes régressent peu à peu, et tout rentre dans l'ordre au bout d'une douzaine de jours.

« Il faut bien connaître ces hyperesthésies douloureuses, à pronostic très bénin, pour ne point les confondre avec les myalgies, les myosites suppurées, la *phlegmatia alba dolens*, les artérites, que l'on peut observer au cours ou au déclin de la dothiénentérie, et dont le pronostic est beaucoup moins favorable. Les myélites typhiques se reconnaîtront, d'autre part, aisément, aux troubles de la sensibilité, aux modifications des réflexes, dont elles s'accompagnent.

Le traitement de ces hyperesthésies douloureuses, plus bruyantes que dangereuses, consistera à isoler les parties atteintes par un enveloppement ouaté, à combattre les douleurs par les analgésiques usuels. Le traitement balnéaire pourra même être continué, à moins de douleurs tout à fait intolérables. »

Résultats éloignés des interventions pour cancer du sein.

M. le Dr Mauclaire vient de dire, dans une leçon clinique, son opinion sur les résultats éloignés des interventions chirurgicales pour cancer du sein.

« En ce qui me concerne, dit l'auteur, c'est suivant le procédé d'exérèse de dedans en dehors que j'opère, avec quelques détails de technique que voici. L'ablation faite, en enlevant largement toute la région mammaire avec les deux pectoraux, en mettant à nu les côtes elles-mêmes, j'enlève le grand pectoral parce qu'il n'est pas exact de dire que la récidive ne se fait jamais dans ce muscle. J'enlève aussi le petit pectoral parce que c'est le seul moyen de bien nettoyer le creux sous-claviculaire souvent envahi par la néoplasie. Je verse dans la large plaie opératoire du chrorure de zinc, puis je pratique le flambage de la surface cruentée ; j'ai même utilisé l'air chaud à la température de 180 degrés. Dans cet ordre d'idées, on a employé aussi la fulguration, qui fait beaucoup de bruit.

« Au moment des sutures, pour prévenir encore la récidive aux points de passage de l'aiguille, je flambe celle-ci entre chaque piqûre et, pour limiter dans la mesure du possible la formation de tissu cicatriciel, je m'évertue à tirailler la plaie le moins que je peux. Je prends un lambeau cutané autoplastique dans le creux de l'aisselle, suivant la méthode de Tansini.

« Enfin, je draine pour faciliter le suintement séreux, que provoque le flambage de la plaie. »

M. Mauclaire a opéré une centaine de cancers du sein ; or, malgré ses précautions, il n'a obtenu aucun résultat supérieur aux autres opérateurs. Le maximum de survie obtenu a été de cinq ans.

« Toutefois, ajoute-t-il, il faut compter avec des *cancers paradoxaux* que bien des chirurgiens ont observés et publiés au Congrès de Bruxelles (Le Dentu, Dollinger, Jonnesco, etc.). Voici trois exemples personnels bien curieux :

« Le premier a trait à une malade que j'ai opérée, *il y a neuf ans*, pour cancer des deux seins, bilatéralité qui est d'ailleurs tout à fait exceptionnelle d'emblée et cette bilatéralité n'est pas, pour moi, une contre-indication à l'o-

pération. Or, cette malade vit encore sans présenter la moindre récidive ! L'examen histologique a été fait cependant.

« Mon deuxième cas est celui d'une dame, que j'ai opérée en 1900. La première intervention avait été des plus incomplètes, on lui avait enlevé la tumeur seulement, en laissant la portion restante de la glande. La récidive locale étant survenue au bout de deux ans, j'opérai de nouveau très largement cette malade. Elle vient de mourir avec une ascite néoplasique *au bout de neuf ans* !

« Enfin, mon troisième cas est encore plus étrange. Il s'agit d'un encéphaloïde qui évoluait depuis six ans, quand on me demanda d'intervenir. Je dus, devant la volonté formelle de la malade, opérer sans anesthésie, par conséquent très vite et d'une façon forcément incomplète. Or cette malade vit encore, sans le moindre signe de récidive aujourd'hui, *onze ans* après l'apparition de la tumeur et cinq ans après l'opération !

« Notez que dans ces trois *cas paradoxaux* l'examen histologique a été fait sérieusement. Que prouvent-ils ? Simplement que tous les cancers, appartenant en apparence à la même variété, n'évoluent pas de la même façon, et à mon avis les statistiques ne tiennent pas assez compte de l'existence de ces cas paradoxaux et nous avons beau fouiller cliniquement ces cas d'un pronostic moins grave, nous ne pouvons pas encore les reconnaître d'avance.

« Ces cas paradoxaux nous montrent qu'il faut opérer même les récidives locales ou ganglionnaires. J'ai obtenu ainsi, bien des survies, imprévues pour moi et consolantes pour la malade. Je vois souvent une malade à laquelle j'ai enlevé le sein gauche cancéreux, il y a trois ans. Elle se croit guérie ; voilà encore *un cas paradoxal*. »

FORMULAIRE RAISONNÉ

La noix vomique,

Par le Dr André Lombard.

La strychnine.

La strychnine est beaucoup plus énergique que les préparations de noix vomique et a sur elles l'avantage de pouvoir être administrée par la voie sous-cutanée. C'est ainsi que, dans le prolapsus rectal, si fréquent chez l'enfant, on obtiendra souvent une amélioration en injectant tous les jours, pendant dix jours, un ou deux centimètres cubes de :

Sulfate de strychnine.....	cinq milligr.
Eau distillée bouillie.....	dix cent. cubes.

à un enfant de 4 ou 5 ans.

La voie gastrique est plus couramment utilisée dans la chorée et l'incontinence d'urine ; mais on est obligé de prescrire des doses fortes ; la prudence commande de commencer par l'emploi de doses faibles (un quart de milligr. par année d'âge), et d'augmenter progressivement en surveillant de très près les effets de la médication chez les petits malades.

Chez l'adulte, dans la dyspepsie atonique, on peut faire prendre un à quatre granules dosés à un milligr., ou bien on prescrira la solution suivante :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 02 à 0 gr. 04
Essence de menthe.....	II gouttes
Eau bouillie.....q. s. p.	100 cmc.

dont on fera avaler une cuillerée à café, soit un à deux milligr., matin et soir, avant les repas, dans un peu d'eau. On pourra supprimer l'action offensante sur la muqueuse gastrique, en formulant ainsi :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 03 ou 0 gr. 04
Eau de laurier-cerise.....	10 gr.
Eau chloroformée....q. s. p.	100 cmc.

et, si le malade souffre de l'estomac, on peut ajouter à cette solution quatre à cinq centigr. de chlorhydrate de cocaïne.

Si l'on préfère une solution plus étendue, on formulera :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 05
Eau distillée.....	300 gr.

dont une cuillerée à soupe (15 gr.) contient deux milligr. et demi de strychnine ; ou bien :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 05
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	60 gr.
Eau distillée..... q. s. p.	300 cc.

J'ai souvent éprouvé les bons effets de ces formules dans l'albuminurie, quand elle reconnaît une origine digestive.

Dans l'hypopepsie, on associe avantageusement l'acide chlorhydrique à la strychnine et on conseille utilement de prendre, au milieu des repas, une cuillerée à café de la préparation suivante :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 03 à 0 gr. 05
Acide chlorhydrique.....	1 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	60 gr.
Eau distillée.....q. s. p.	150 cmc.

soit un milligr. à un milligr. et demi de strychnine par cuillerée à café. Cette préparation rend de grands services chez les goutteux atoniques, atteints de troubles digestifs.

Aux tuberculeux qui vomissent, M. Empis conseille de prendre une à trois cuillerées à soupe par jour de :

Strychnine.....	un centigr.
Alcool à 60°.....	1 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

mais il serait téméraire d'affirmer son efficacité absolue.

Dans le diabète, la strychnine est plus efficace, soit seule, soit associée à la quinine. M. Grasset

conseille de faire prendre chaque jour deux cuillerées à soupe de :

Bromhydrate de quinine.....	1 gr.
Sulfate de strychnine.....	0 gr. 04 à 0 gr. 05
Eau bouillie.....	300 cmc.
Acide tartrique.....	q. s. pour éclaircir

Cette préparation rendra surtout des services dans les formes nerveuses, quand la polyurie est très abondante.

Parmi tant de médications et de médicaments proposés dans la neurasthénie, dans ses diverses formes plutôt, la strychnine est un des meilleurs, soit encore qu'on l'emploie seule (quatre à cinq milligr. par jour, en deux ou trois fois), soit qu'on prescrive des pilules dans le genre de celles-ci :

Sulfate de strychnine.....	un demi-milligr.
Bromhydrate de quinine.....	0 gr 10
Extrait mou de quinquina....	0 gr. 15

en 1 pilule très molle. F. S. A., n° 30, dont on fera prendre une à trois par jour.

Si l'état de l'estomac, dans l'anémie et la chlorose, ne s'oppose pas à l'administration des médicaments sous la forme pilulaire, on fera prendre, après chaque repas, une pilule avec :

Sulfate de strychnine.....	un demi à un milligr.
Acide arsénieux.....	deux milligr.
Extrait de belladone.....	un demi à un centigr.
Sulfate de quinine.....	aà trois à cinq centgr.
Fer réduit.....	
Extrait de pissenlit.....	cinq centigr.

(Brisemoret.)

où l'on trouve réunies les propriétés toniques, apéritives et reconstituantes de plusieurs médicaments.

La strychnine rend de grands services dans la tuberculose ; voici une formule, due au Dr Martinet, où son action est combinée à celle d'autres substances utiles :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 05
Arséniate de soude.....	0 gr. 10
Glycérophosphate de soude..	10 gr.
Extrait fluide de quinquina..	20 gr.
Cognac.....	60 gr.
Glycérine neutre.....q. s. p.	150 cmc.

trois cuillerées à café contiennent cinq milligr. de strychnine ; on en conseille deux ou trois au moment des repas (ne pas remplacer la glycérine par de l'eau).

Quand il s'agit de lutter contre la bronchoplégie, dans les affections pulmonaires ou les manifestations pulmonaires des maladies infectieuses, notamment de la grippe, on ne se contentera pas de prescrire des infusions d'ipéca, mais on conseillera en même temps la potion suivante :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 002 à 0 gr. 005
Ergotine.....	1 à 2 gr.
Julep simple.....	120 cmc.

à prendre par cuillerée à soupe de deux en deux heures.

Dans la grippe encore, dans sa forme nerveuse, asthénique, la potion suivante :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 002 à 0 gr. 005
Benzoate de soude.....	3 à 6 gr.
Sirop de punch.....	30 gr.
Eau distillée.....q. s. p.	120 cmc.

prise par cuillerée à soupe toutes les deux heures, rendra d'utiles services.

Toujours pour tonifier l'innervation vaso-motrice, après avoir mis en œuvre le traitement d'urgence que commande la situation, on prescrira, dans l'œdème aigu du poumon, de prendre, toutes les deux heures, une cuillerée à soupe de :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 005 milligr.
Liqueur d'Hoffmann.....	XXX gouttes.
Acétate d'ammoniaque.....	6 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	30 cmc.
Eau distillée.....	90 cmc.

(Grasset).

ou bien quatre cuillerées à soupe, par jour, de celle-ci.

Sulfate neutre de strychnine	0 gr. 005 milligr.
Sulfate de spartéine.....	0 gr. 15
Liqueur d'Hoffmann.....	4 gr.
Sirop de punch.....	40 gr.
Eau distillée.....q. s. p.	150 cmc.

(Hirtz).

Si le cœur a besoin d'être tonifié, la tension artérielle relevée, dans les myocardites et les endocardites, s'il faut lutter contre l'asthénie générale dans les maladies aiguës, on associe les propriétés de la strychnine et de la spartéine en prescrivant :

Sulfate de strychnine.....	un centigr.
Sulfate de spartéine.....	0 gr. 40
Sirop d'éther.....	25 gr.
Eau distillée.....q. s. p.	150 cmc.

dont une cuillerée à soupe contient un milligr. et quatre centigr. de chaque alcaloïde ; en prendre une ou deux par jour.

Enfin, dans l'asthme des foins, les laryngologistes conseillent, à l'exemple de M. Lermoyez, le sirop suivant :

Sulfate de strychnine.....	cinq centigr.
Sulfate d'atropine.....	cinq milligr.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	400 grammes.

dont une cuillerée à soupe (20 gr.) contient un quart de milligr. de sulfate d'atropine et deux milligr. et demi de sulfate de strychnine. On en fait prendre une ou deux par jour, aux repas ; mais il faut se souvenir qu'il est des malades très sensibles à l'action de l'atropine et chez qui cette substance provoque rapidement de la sécheresse et de la constriction de la gorge. Contre les crises paroxystiques de coryza vaso-moteur avec hydrorrhée, on peut abaisser la quantité d'atropine à trois milligr. et celle de strychnine à deux ou trois centigr. pour la même quantité de sirop.

(*A suivre.*)

REVUE DE L'ÉTRANGER

La narcose intra-veineuse. — Les suites opératoires après l'anesthésie lombaire en gynécologie et en obstétrique. — Méthode rapide pour enlever les appareils plâtrés. — Le collargol dans la fièvre typhoïde. — Le collargol dans les cystites. — Les albuminuries d'origine génitale. — Le lactate de chaux contre les hémorrhagies post-partum. — Une pommade à la quinine contre la coqueluche.

La *narcose intraveineuse*, qui, par sa simplicité pourrait *à priori* séduire les chirurgiens, n'est pas un procédé inoffensif. La pratique personnelle de KUTTNER (Breslau), ainsi que les 23 cas de BURKHARDT sont là pour le démontrer : on risque d'observer des embolies et des infiltrations dans le parenchyme pulmonaire. C'est également l'avis de CLAIRMONT et DENK (de Vienne) qui ont vu les mêmes accidents se produire dans leur expérimentation sur les cobayes et les chiens. (*Zentralbl. f. Chirurgie*, n° 7, 1910 ; *Wien. klin. Wochens.*, n° 8, 1910.)

O. BONDY (de Tübingen) a pratiqué 1000 *anesthésies par la voie lombaire* pour des opérations gynécologiques ou obstétricales faites, soit par le vagin, soit par l'abdomen, et c'est en se basant sur les résultats de son expérience qu'il étudie les *suites opératoires* de cette méthode.

Les vomissements, dit-il, sont bien plus rares qu'après la narcose générale ; dans 9 % des cas, on observe de la céphalée, et encore celle-ci est-elle légère. Chez aucune opérée, semble-t-il, une élévation de température n'a été imputable à l'anesthésie. Bondy cite onze cas de paralysies post-opératoires, d'ailleurs passagères. Sur 40 décès, un seul est dû à l'emploi de la stovaïne.

Quant aux suites opératoires éloignées, en ce qui concerne les localisations pulmonaires, on note 3,9 % de bronchites, 2 infarctus hémorrhagiques, 3 broncho-pneumonies. Il y eut au total 13 thromboses ou embolies, dont 3 mortelles.

Pour enlever très rapidement les appareils plâtrés, STRANSKY a décrit un procédé très simple et facile à expérimenter, n'exigeant qu'un peu de vinaigre et un simple couteau, voire même un simple couteau de poche.

On se contente d'imbiber la future ligne de section du plâtre au moyen d'un tampon d'ouate imprégné de vinaigre ; au bout d'une minute, le couteau peut sectionner le pansement complètement ramolli à cet endroit sans éprouver la moindre difficulté et sans causer de douleur au patient.

Ce procédé semble de beaucoup préférable à celui de la cisaille de Liston ; il permet d'enlever en une minute et demie un appareil plâtré constitué par 80 tours de bande et suffisant pour immobiliser une fracture de cuisse. (*Medic. klin.*, 30 janvier 1910).

MIRONESCU vient d'expérimenter le *traitement de la fièvre typhoïde par les lavements de collargol*. Il a traité 17 typhiques par le collargol, à raison de deux lavements par jour contenant chacun 5 grammes de collargol pour 100 parties d'eau ; quelques malades seuls, furent en plus soumis à la balnéation froide, quand leur température atteignait 39°.

Cet auteur a traité parallèlement 17 autres malades par la méthode ordinaire, et il attribue à l'influence du collargol la suppression des hémorrhagies intestinales ; la substitution d'une leucocytose normale à la leucocémie habituelle du début de la fièvre typhoïde ; enfin le raccourcissement de la durée de la maladie. (*Berl. klin. Woch.*, 1909.)

En résumé, Mironescu estime que le traitement de la fièvre typhoïde par les lavements de collargol est supérieur au traitement par les bains froids, avec lesquels il peut d'ailleurs être combiné, et que, dans tous les cas, c'est le traitement de choix quand les bains froids sont contre-indiqués.

Tout récemment GRAMENITZKY (de Saint-Pétersbourg) a recommandé le *collargol pour la guérison des cystites* (*Russk. Wratsch*, 1909). Cet auteur lave d'abord soigneusement la vessie avec de l'eau boriquée à 3 %, puis il y injecte 100 cent. cubes d'une solution de collargol à 1 %, que les malades s'efforcent de garder jusqu'à l'apparition de l'envie d'uriner. Le même traitement a été appliqué à toute une série de catarrhes vésicaux graves, d'origine variable, ayant résisté à la thérapeutique ordinaire ; il a été employé également dans les tuberculoses vésicales, dans les hémorrhagies consécutives à des tumeurs de la vessie et de la prostate.

Seuls, deux malades atteints de catarrhe vésical chronique, avec une sensibilité particulière de la vessie, n'ont pu supporter que 50 cmc. de la solution de collargol.

Les résultats ont dépassé toutes les espérances : le collargol ne serait pas seulement l'égal du nitrate d'argent, mais il se montrerait supérieur à lui dans un grand nombre de cas.

Le collargol influence favorablement presque toutes les inflammations vésicales à condition que le processus soit limité à la vessie ; il semble également efficace dans la tuberculose vésicale ; enfin son action hémostatique le met au premier rang des préparations à base d'argent.

Certaines *albuminuries d'origine génitale*, qui présentent le caractère d'être transitoires, peuvent être confondues avec d'autres albuminuries également passagères, « albuminuries à minima », qui comprennent les albuminuries dites physiologiques, fonctionnelles, orthostatiques, cycliques, nerveuses, prétuberculeuses, etc.

Or, il importe, au premier chef, de les distinguer de ces dernières, car elles comportent un pronostic essentiellement différent.

Ces albuminuries génitales sont d'origine prostatique ou séminale.

Pour en faire le diagnostic, il faut faire l'examen chimique de l'urine pour reconnaître la qualité de l'albumine, et *surtout son examen microscopique*, qui, tout en montrant l'absence de cylindres, révèle alors des spermatozoïdes, des cellules prostatiques, etc.

Ces albuminuries génitales surviennent après la défécation, après de violents exercices, parfois après une station debout prolongée. Elles sont peu abondantes et leur pronostic est bénin. Leur traitement ne réclame pas une grande surveillance ; le régime lacté n'est nullement nécessaire ; mais il faut traiter les lésions génitales et instituer une thérapeutique tonique et fortifiante.

Il est utile d'y penser au moment de la rédaction de contrats d'assurance.

Le *lactate de chaux* semble posséder des propriétés efficaces *contre les hémorragies post-partum* (Dr Auseins, *Nederl. Tijdsch. voor Geneesk.*, 2 octobre 1909), de même que les sels de chaux sont utiles dans la prophylaxie des hémorrhagies chirurgicales.

L'auteur, dans les observations qu'il nous fait connaître, a employé le lactate de chaux à la dose quotidienne de 3 grammes pendant quelques jours ou quelques semaines avant l'accouchement, chez des parturientes multipares, qui avaient eu, lors de leurs accouchements antérieurs des hémorrhagies plus ou moins abondantes d'origine diverse ; chez les parturientes ainsi traitées, l'accouchement ou la délivrance ne s'accompagna que de pertes insignifiantes. Quoique la question de coïncidence fortuite puisse être invoquée, il a semblé néanmoins que les pertes étaient d'abondance inférieure à la normale.

D'autres fois, dans des avortements, le lactate de chaux ne semble pas agir notablement contre l'hémorrhagie. Par contre, chez une fillette de 13 ans, atteinte de métrorragie rebelle, traitée sans succès par l'hydrastis et l'ergotine, le lactate de chaux arrêta les pertes en l'espace de 3 jours.

(D'après le *Journal d'accouch.*, 17 avril 1910).

La *quinine, en usage externe*, donne parfois des résultats remarquables dans le *traitement de la coqueluche*. L'insufflation de poudre de quinine dans le nez peut provoquer des quintes de toux ; aussi Berliner (*Munch. Med. Woch.*, 15 février 1910) préfère-t-il recourir à une *pommade* contenant, suivant l'âge de l'enfant, 1 à 2 gr. 50 de quinine pour 10 à 15 grammes d'axonge. On introduit 3 ou 4 fois par jour dans le nez (dans chaque narine, gros comme un pois) de cette pommade à l'aide d'une baguette de verre. On renverse l'enfant sur le dos pour que la pommade pénètre en arrière.

Parfois l'amélioration est immédiate ; en général, elle se montre considérable au bout de 3 ou 4 jours. Les quintes diminuent de nombre et d'intensité ; elles prennent les caractères de la toux ordinaire. Des récidives peuvent survenir, mais elles cèdent à la reprise du traitement.

La méthode est d'autant plus efficace que les enfants sont plus jeunes. Les convulsions généralisées, qui surviennent à la suite des quintes de coqueluche chez des enfants âgés de moins de deux ans disparaissent ordinairement dès que ce traitement, simple et facile, est commencé.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Responsabilité et Discipline médicales

Tel est le titre de la thèse que mon ami le Dr *Sicard* vient de soutenir brillamment devant la Faculté de Montpellier. Cette thèse très intéressante et très documentée, dont je recommande vivement la lecture à mes confrères, se termine par les conclusions qui résument les vues et les desiderata de l'auteur :

1° Institution d'une juridiction rationnelle pour la sauvegarde des médecins engagés dans des procès en responsabilité ;

2° Institution d'une juridiction disciplinaire impliquant la création de l'ordre des médecins pour la sauvegarde de la dignité du corps médical et de la sécurité publique.

Du premier point, je ne veux pas m'occuper aujourd'hui, me bornant à faire des réserves sur les avantages que pourrait avoir la substitution d'une juridiction médicale à la juridiction actuelle. Faut-il vraiment souhaiter l'avènement d'un tribunal d'exception qui serait bientôt aussi impopulaire que les autres, et ne présenterait peut-être pas plus de garantie pour le corps médical ? C'est au moins discutable.

Le second vœu, qui implique la substitution d'un ordre des médecins à l'état de choses actuel, c'est-à-dire d'une discipline obligatoire à une discipline facultative, m'a suggéré quelques réflexions que je voudrais soumettre aux lecteurs du *Concours* qui tous s'intéressent aux questions professionnelles. La thèse du Dr Sicard s'inspire d'ailleurs assez souvent de textes puisés dans la collection du *Concours médical*, pour être présentée aux lecteurs du journal.

J'avoue que les arguments donnés par notre jeune confrère sont très solides, et qu'on ne peut s'empêcher d'être de son avis sur plus d'un point.

Les Syndicats médicaux englobent, à l'heure actuelle, à peu près la moitié des médecins exerçant en France. Voilà déjà une cause de faiblesse, car s'il est des confrères parfaitement honorables et déontologiques qui, pour des raisons multiples, dont la principale est la crainte d'abdiquer cette fameuse « indépendance » dont nous sommes si fiers et qui pèse si peu, restent en dehors des Syndicats, il en est d'autres, malheureusement, qui ne veulent pas y entrer afin d'avoir leurs coudées plus franches. Contre ceux-là nous sommes désarmés.

« Les forbans de la profession se gardent bien d'entrer dans les syndicats, écrit le Dr D. Inutile de verser des flots d'encre pour se défendre contre les collectivités : il faut d'abord discipliner sa troupe et éviter d'être fusillé par derrière ». (*Conc. méd.* 1907. cité par le Dr Sicard).

Passons maintenant en revue les troupes syndicales : Nous y trouvons, dit l'auteur, toujours d'après le *Concours médical* :

Les satisfaits, qui ne veulent pas être troublés dans leur béatitude ;

Les méfiants qui broient toujours du noir ;

Les sceptiques souriants et désabusés qui haussent sans cesse les épaules ;

Les indifférents qui disposent de cette force paralysante, l'inertie ;

Les impatients qui n'entrent dans le Syndicat que pour en sortir aussitôt en faisant claquer les portes (*Conc. méd.*, 1908).

Les premiers, les satisfaits, sont les plus dangereux ; ceux-là surtout refusent de marcher, étant trop intéressés au maintien du *statu quo*. On rencontre parmi eux des médecins de mutualités, des médecins d'assurances, d'administrations, etc.

Si nous ajoutons que souvent les Comités des Syndicats ne sont pas non plus très emballés, et qu'on n'y trouve pas toujours, comme disent les Anglais « the right man in the right place », nous comprendrons aisément que l'on ne fasse pas plus de besogne et de progrès dans nos groupements professionnels.

Faut-il donc désespérer de leur avenir, et souhaiter, avec notre jeune confrère, l'avènement d'un ordre des médecins ? Ce cri d'alarme a été poussé depuis longtemps, et le *Concours* s'est fait, à différentes reprises, l'écho d'avertissements pessimistes. « Les syndicats sont à refaire », dit le Dr Viel (*Concours* 1907), et le Dr Bolliet : « Les syndicats, même les plus nombreux, tomberont, disparaîtront, s'ils persévèrent dans la voie actuelle qui mène à la faillite de leurs programmes et à la fonctionnarisation professionnelle (*Ib.*, *ibid.*)

La situation est-elle donc si désespérée qu'il n'y ait pas de remèdes à tenter ? Je ne le pense pas, et j'estime que si les syndicats veulent s'organiser sérieusement, s'ils savent mettre à leur tête des confrères décidés à aller de l'avant, s'ils introduisent dans leurs statuts des sanctions à l'égard des confrères coupables ; s'ils savent se défendre contre les mauvais confrères anti-syndicalistes et anti-déontologiques, par des mises à l'index par exemple, tout en assurant à leurs membres des avantages appréciables et une aide efficace, suivant la devise « Tous pour un, un pour tous », ils peuvent sortir de la crise qu'ils subissent aujourd'hui, plus forts et mieux armés pour la lutte contre les exploiteurs, quels qu'ils soient.

Crise de croissance ! nous dit le Dr Noir (dont nous déplorons la détermination prise de déposer le lourd fardeau du Secrétariat général de l'Union et qui emportera dans sa retraite les regrets unanimes de tous les syndicalistes). Souhaitons donc que ce ne soit qu'une crise passagère, et faisons des vœux pour qu'elle se termine au plus tôt par la guérison.

Quant à moi, je veux encore avoir confiance dans l'organisation syndicale, mais dans une organisation plus complète, plus serrée, mieux disciplinée.

S'il faut en arriver à un ordre des médecins pour sauvegarder la dignité et les intérêts de notre profession, que ce ne soit pas du moins sans avoir préalablement tenté un dernier effort syndical. A ceux qui douteraient encore de la nécessité de l'Union et de la discipline pour lutter contre tous nos ennemis (mais les lecteurs du *Concours* sont des convertis), je conseillerai de lire la thèse du Dr Sicard. Ils y trouveront l'exposé de certains procès retentissants infligés à plusieurs de nos confrères qui n'en sont pas toujours sortis indemnes, et ils pourront en déduire que nous devons nous défendre non seulement contre les collectivités, contre l'Etat, contre les rebouteurs, contre les mauvais confrères, mais aussi contre certains magistrats trop enclins, dans leur irresponsabilité, à juger sévèrement la responsabilité des malheureux médecins que la malchance a conduits devant leur juridiction.

Puisse-t-elle inspirer à ceux qui ne sont pas encore convaincus de salutaires réflexions !

Dr Foata.

CHRONIQUE SYNDICALE

Observations sur le projet-type de statuts pour les Commissions d'arbitrage formées entre assureurs et médecins syndiqués.

Paris, ce 29 juillet 1910.

A Messieurs les membres de la Commission nommée pour le projet de convention-type d'arbitrage entre les syndicats médicaux et les Compagnies d'assurances-accidents.

Mes chers confrères,

Vous engagez tous les médecins à vous envoyer leurs réflexions sur le projet de convention-type d'arbitrage entre les Syndicats médicaux et les Compagnies d'assurances-accidents.

Voici celles que que j'ai faites. Vous apprécierez si elles sont bien fondées.

1° Titre de la convention et articles :

La titre de la convention indique qu'il s'agit de « litiges portant sur le *quantum* des honoraires médicaux concernant les accidents du travail. »

L'article 4 précise que « seront soumis à la

Commission arbitrale, tous différends survenant..., *en tant qu'ils porteront sur le* QUANTUM des notes d'honoraires...». L'article 5 dit que la Commission jugera : « *d'après le tarif légal* ».

Et l'article 6 ajoute : « Chaque partie sera tenue de produire... et spécialement une note explicative et détaillée, avec *référence du tarif* légal... »

Or le tarif légal ne renferme pas toutes les interventions médicales qui peuvent se produire dans les accidents du travail ; et il ne sera jamais complet, puisque chaque année voit éclore de nouvelles méthodes (méthode de Bier ; rayons X ; rayons ultra-violets, etc.). qui peuvent trouver leur application dans la cure des sinistrés. (Il sera nécessaire quand sera faite la revision du tarif Dubief, d'y spécifier que les interventions qu'il n'énumère pas n'en sont pas moins dues, et seront appréciées par comparaison avec celles qui s'y trouvent énumérées.)

Il *s'ensuit qu'actuellement, certaines interventions* médicales se trouvent exclues de la convention.

Ainsi en est-il des radiographies. Je sais bien que plusieurs différends au sujet des radiographies ont été tranchés par la Commission d'arbitrage.

Mais il faut remarquer que les Assurances avaient intérêt jusqu'ici à ne pas décliner la compétence de la Commission d'arbitrage, puisque les juges de paix les condamnaient à payer les radiographies d'après le tarif du Syndicat des médecins électrologistes et radiologistes.

Il n'en est plus de même depuis qu'en mars, le Tribunal civil, jugeant en appel, a déclaré que les patrons ne sont pas tenus de payer ce qui ne figure pas au tarif Dubief et qu'ils ne doivent pas par conséquent les radiographies.

Les radiographes ne peuvent plus par conséquent, dans le ressort du Tribunal civil de la Seine, recourir aux tribunaux. Les Compagnies vont leur interdire de même d'avoir recours à la Commission d'arbitrage en invoquant le titre de la convention et les articles 4, 5 et 6, et en soutenant qu'il s'agit d'une question *de principe* et non pas d'une question de *quantum*.

Il est donc absolument urgent de rectifier dans le sens suivant : Au titre, supprimer le mot « *quantum* » ; dans l'article 4, supprimer les mots « *en tant qu'ils porteront sur le quantum* » ; supprimer complètement l'article 5 ; supprimer les mots « *avec références au tarif légal* ».

2° Article 1er. Dans le 3e alinéa, on lit : « Le Syndicat... nomme...les membres de la Commission arbitrale et leurs suppléants.»

En réalité il ne nomme pas tous les membres puisqu'il ne nomme pas les représentants des assureurs. J'aurais écrit : « Le Syndicat... nomme ses représentants à la Commission arbitrale et leurs suppléants ».

De plus, est-il utile de fixer par la Convention le mode de nomination de nos représentants, alors que les Compagnies d'assurances ne s'engagent pas à un mode de nomination désigné à l'avance, et que l'on se contente de dire : « De son côté, la Compagnie d'assurances désignera des représentants ? » Même réflexion au sujet de la durée du mandat de nos représentants qui est fixée dans la Convention, tandis que la durée de celui des assureurs ne l'est pas. J'ajoute que le paragraphe relatif à la durée du mandat de nos représentants ne me paraît pas clair, surtout dans sa première phrase.

En résumé, le mode de nomination des membres et de durée de leur mandat pourrait être indiqué en note, mais ne pas être inséré dans le texte de la Convention.

Je signalerai encore cette phrase : « Notification de cette élection sera faite aux intéressés dans la huitaine ». Quels sont les intéressés ainsi désignés ?— Les membres élus, ou la Cie d'assurances ? Je pense qu'il s'agit des assureurs, mais je ne vois pas que dans le texte, les assureurs s'engagent à nous notifier dans la huitaine le nom de leurs représentants.

Article 2. — Le 3e paragraphe dit : On fait deux parts « composées d'un nombre égal de cas, et autant *que possible de cas équivalents* ».

J'aurais intercalé les mots *si possible* après « nombre égal de cas », car il peut y avoir un *nombre impair de cas.*

C'est évidemment sous-entendu. Mais pourquoi ne pas essayer d'avoir un texte inattaquable, même dans ses détails ?

De même, écrivons :«... en cas d'empêchement d'un OU DE PLUSIEURS arbitres... » En effet si l'on ne permet de remplacer qu'un arbitre, il se pourrait que certains litiges ne soient jamais solutionnés.

Article 9. — Aucune sanction n'est prévue au cas où l'une des parties ne se conformerait pas aux décisions des arbitres.

Si on peut en fixer, ce sera préférable, à mon avis du moins.

Article 10. — Les droits d'arbitrage « seront recouvrés par prélèvement sur la somme due par la Cie, aussi bien pour la part lui incombant que celle incombant au médecin. »

Cette formule me semble très heureuse pour la majorité des cas.

Mais elle ne me paraît pas applicable quand la Cie, offrant zéro, aura gain de cause.

Ces droits serviront aux frais de correspondance, secrétariat, etc.

Qu'adviendra-t-il si les ressources ainsi réunies sont insuffisantes ou surabondantes ?

En vous transmettant ces observations, je vous prie d'agréer, Messieurs et chers confrères, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr A. CHARLIER,
39, rue d'Amsterdam, Paris.

COMITÉS DE PROPAGANDE
DU « CONCOURS MÉDICAL ».

Le Groupement des Bouches-du-Rhône.

Les membres du *Concours Médical* ou d'une de ses filiales, domiciliés dans les Bouches-du-Rhône, se sont réunis le 13 juin 1910, dans une des salles du café de la Bourse, à Marseille, et ont décidé de se constituer en un groupement départemental dont le but est indiqué par les statuts ci-dessous (1).

A la suite de l'adoption de ces statuts, le groupement a élu comme correspondants : pour l'arrondissement de Marseille, les docteurs Bagarry, A. Cotte et Monteux ; pour l'arrondissement d'Aix, les docteurs Casse et Foata ; pour l'arrondissement d'Arles, les docteurs Chassy et Urpar.

Les noms de ces confrères seront proposés à l'acceptation du Conseil de Direction du *Concours médical*.

Groupement départemental du « Concours Médical ».

STATUTS

Article premier. — Il est fondé entre les médecins domiciliés dans le département des Bouches-du-Rhône, membres de la Société civile du *Concours médical* ou d'une de ses œuvres filiales, qui adhéreront aux présents statuts, une association qui prend le titre de *Groupement départemental du « Concours médical »*.

Art. 2. — La forme légale de cette association est la Société civile. Son siège est à Marseille. Sa durée est illimitée ainsi que le nombre de ses membres.

Art. 3. — Ce groupement a pour objet :

1° De faire une propagande active en faveur du *Concours médical* et de ses filiales ;

2° De solutionner dans la mesure du possible les difficultés que peuvent rencontrer les membres du *Concours médical* dans la défense de leurs intérêts professionnels ;

3° De donner de la cohésion à la part que sont appelés à prendre les adhérents du département dans la marche générale du *Concours Médical* et de ses œuvres.

Art. 4. — Toute discussion étrangère à l'objet et au but du groupement est rigoureusement interdite.

Art. 5. — Sont de droit membres du groupement tous les confrères exerçant dans le département des Bouches-du-Rhône, qui font partie soit de la Société civile du *Concours médical*, soit d'une de ses filiales .

Art. 6.— Les ressources du groupement seront constituées :

1° Par une quotité minima facultative de 1 fr. par an ;

2° Par des dons et subventions.

(1) Le docteur Oudaille, du Canet, a bien voulu assister, à titre officieux, à cette séance.

Art. 7. — Le groupement départemental réuni en Assemblée générale nomme un *Comité* composé de *sept membres*, dont trois pour l'arrondissement de Marseille, deux pour l'arrondissement d'Aix, deux pour l'arrondissement d'Arles.

Ces membres sont élus pour trois ans et rééligibles ; ils prennent le titre et remplissent les fonctions de *Correspondants* du *Concours médical*.

Pour être élu membre du Comité, il faut, autant que possible, faire partie de toutes les œuvres du *Concours médical*.

Pour l'élection, on procédera de la façon suivante : le nombre de voix obtenu par chaque candidat sera multiplié par le nombre d'œuvres auxquelles il appartient : *Société civile*, *Sou médical*, *Amicale*, *Caisse de retraites*.

L'élection du Comité aura lieu au scrutin secret, et à la majorité absolue au premier tour, et immédiatement après, à la majorité relative si un second tour de scrutin est nécessaire.

Art. 8. — Ce comité nommera son président, son secrétaire et son trésorier.

Art. 9. — Le comité représente le groupement départemental et étudie toutes les questions ayant trait au but et à l'objet du groupement.

Il fournit un rapport annuel à l'Assemblée générale d'octobre.

Il représente d'office ce groupement à l'Assemblée ou aux Assemblées générales du *Concours médical*.

Art. 10. — Si pour une raison quelconque le nombre des membres du Comité était réduit à trois, il serait procédé dans le délai d'un mois à des élections complémentaires.

Art. 11. — Le Comité se réunit au moins tous les trois mois, et plus souvent si le Président ou deux de ses membres le jugent nécessaire.

Art. 12. — Le groupement se réunit en assemblée générale au moins une fois par an, quinze jours environ avant l'Assemblée générale annuelle du *Concours médical*. La convocation sera faite par lettre individuelle, adressée quinze jours à l'avance. Elle indiquera l'ordre du jour. Le Comité fixera cet ordre du jour.

Toute proposition émanant d'un membre du groupement devra être soumise au Comité au moins quinze jours avant la date de l'Assemblée générale.

Art. 13. — L'assemblée générale délibérera valablement, quel que soit le nombre des membres présents, sur toutes les questions portées à l'ordre du jour.

Elle sera présidée par le Président, ou à son défaut, par un membre du Comité.

Art. 14. — En cas de dissolution du groupement, l'emploi du fonds social sera déterminé par l'Assemblée générale qui prononcera cette dissolution.

Art. 15. — La dissolution du groupement ne pourra être prononcée que par une Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, et à la majorité des membres présents.

Art. 16. — Toute proposition de modification aux statuts devra être portée à la connaissance des membres du groupement en même temps que l'ordre du jour de l'Assemblée générale.

Art. 17. — Dans aucun cas le vote par correspondance ne sera admis. Nul ne pourra se faire représenter aux Assemblées générales.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Application du Tarif Dubief. Le prix de la visite ou consultation est déterminé par la résidence du médecin et non par celle du blessé.

JUSTICE DE PAIX DE DARNÉTAL
(Seine-Inférieure.)

25 *mai* 1910.

Attendu que par sa citation, le Dr Brasse, de Rouen, demande condamnation contre L., en payement d'une somme de 182 francs pour consultation et soins donnés par lui à B., ouvrier du défendeur, à la suite d'un accident de travail dont il a été victime le 19 avril 1909 ;

Attendu qu'en réponse à cette demande, L. soutient que le blessé ayant un domicile à Bihorel, commune de moins de 5.000 habitants, où il existe plusieurs médecins, et où le Dr Brasse avait un cabinet de consultations, le prix de la consultation due à Brasse doit être fixé à 1 fr. par application des articles 1er et 2 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 ; que par suite il offre à ce dernier une somme de 95 francs, se décomposant comme suit : 31 consultations à un franc, soit 31 francs ; un pansement, soit 2 francs ; un certificat médical, soit 2 francs ; une visite sur rendez-vous, soit 4 francs ; 28 massages à 2 francs, soit 56 francs ; soit ensemble 95 francs ;

Attendu que Brasse prétend au contraire qu'à la date du 19 avril 1909, il n'avait plus de cabinet de consultations à Bihorel, mais étant bien alors domicilié à Rouen, rue St-Gervais n° 45, son domicile fut transféré même ville, rue Orbe n° 79, et que les soins et consultations aussi bien que le certificat médical initial ont été donnés par lui à Rouen et non à Bihorel ; que, par suite, le prix afférent aux consultations est celui fixé pour Rouen à 2 francs, conformément à l'article 2 de l'arrêté ministériel sus-visé ; qu'au surplus pour le cas ou la matérialité des faits serait contestée, il demande à les établir par témoins ;

Attendu qu'en présence des dires contraires des parties, il était de toute nécessité d'élucider préalablement ce point ; qu'en conséquence, nous avons ordonné qu'il serait procédé à l'enquête sollicitée préalablement par le demandeur et acceptée par le défendeur ;

Attendu qu'à notre audience du 4 mai, l'unique témoin de l'enquête, le sieur B., victime de l'accident, a affirmé avoir choisi lui-même son médecin, avoir reçu de ce dernier à Rouen, rue Saint-Gervais, le certificat médical initial, puis tant à ce premier domicile du docteur qu'au second rue Orbe, même ville, toutes les consultations et tous les soins et massages nécessaires ;

Attendu qu'à cette dernière audience L. a déposé de nouvelles conclusions tendant à nous faire dire et juger que le prix de la consultation étant fixé par l'arrêté ministériel sus-visé à 1 franc pour les communes de moins de cinq mille habitants, Brasse doit être reconnu comme mal fondé à calculer ses consultations sur un taux plus élevé pour des soins donnés à un blessé domicilié à Bihorel, commune n'atteignant pas ce chiffre, qu'en conséquence la note d'honoraires médicaux de Brasse dut être ramenée à 95 francs ;

En droit :

Attendu que les lois du 9 avril 1898 et 31 mars 1905 sur les accidents du travail ont mis à la charge des chefs d'industrie les frais médicaux et pharmaceutiques en raison des soins donnés à leurs ouvriers victimes d'un accident du travail ;

Attendu que l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, dispose que le patron ne peut être tenu des frais médicaux que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite ;

Attendu que l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 dispose que la victime peut faire choix elle-même d'un médecin ; que dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux *que jusqu'à* concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément au tarif qui sera établi par un arrêté du ministre de commerce ;

Attendu qu'aux termes de l'article premier de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, pris en exécution de l'article 4 de la loi du 31 mars précédent, le prix de la visite fixé d'une manière générale à deux francs, est élevé à deux francs cinquante centimes : 1° à Paris ; 2° dans les localités où il serait reconnu, après enquête, qu'antérieurement à 1901, le prix courant de la visite, pour les ouvriers traités dans les dites localités, était égal ou supérieur à 2 fr. 50 ;

Attendu que la désignation de ces localités a été faite par un arrêté ministériel du 26 juillet 1906 ; que pour la Seine-Inférieure, les seules villes de Rouen et du Havre y sont indiquées, les syndicats médicaux de ces villes ayant seuls revendiqué à leur profit les dispositions du paragraphe 2 de l'article 1er du dit arrêté dans les trois mois de sa publication ;

Attendu en conséquence que de la combinaison des articles 1er et 2 de cet arrêté il résulte que si le prix de la visite à Bihorel doit être fixé à un franc cinquante centimes, par suite celui de la consultation, inférieur de cinquante centimes à un franc seulement, en ce qui concerne Rouen le prix de la visite est bien de deux francs cinquante et celui de la consultation de deux francs seulement ;

Attendu de plus que les termes de la circulaire du 6 novembre 1905 sur l'application dudit arrêté sont très explicites ; « qu'il importe tout d'abord de remarquer, dit-elle, que pas plus que le tarif d'assistance médicale gratuite sous le régime initial de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, le nouveau tarif officiel ne s'impose, comme on a pu parfois s'y méprendre, aux médecins et aux pharmaciens. Ils restent en droit, comme

auparavant, entièrement libres de débattre la rémunération de leurs soins et le prix de leur fourniture. Le tarif a seulement pour but et pour effet, dans le cas où la victime d'accident a fait elle-même choix de son médecin et de son pharmacien, et si des contestations s'élèvent sur la quotité ou des protestations du chef d'entreprise à cet égard, de fournir une base préfixe aux décisions du Juge de paix appelé à arbitrer ces questions ;

Attendu que ce tarif, pas plus que celui fixé par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, n'est absolument obligatoire pour le médecin, lequel est toujours libre d'apprécier ses services et d'en réclamer le prix quand c'est le patron qui s'est adressé directement à lui pour les soins à donner ; que de plus, lorsque le patron ne s'est obligé vis-à-vis du médecin que jusqu'à concurrence du chiffre établi en prenant pour base les tarifs légaux sus-visés, quand la victime d'accident a fait elle-même choix de son médecin, celui-ci reste entièrement libre néanmoins de réclamer à l'ouvrier le montant total de sa note ou le surplus de cette note, sauf, bien entendu, le droit qu'ont les tribunaux de réduire la note selon les circonstances ;

En fait :

Attendu que B., habitant Bihorel, victime d'un accident du travail le 19 avril 1909, a de lui-même librement choisi comme médecin le docteur Brasse conformément à la faculté qui lui en était donnée par l'article 4 de la loi du 31 mars 1907 ;

Attendu qu'il est établi : 1° qu'à cette époque ce dernier ne possédait plus de cabinet de consultation à Bihorel, mais était définitivement fixé à Rouen ; 2° que le certificat médical initial ainsi que les consultations et soins ont été donnés par Brasse à Rouen, d'abord rue Saint-Gervais, n° 45, puis rue Orbe n° 79 ;

Attendu que L. objecte vainement que, ayant été blessé à Bihorel, et habitant cette commune, qui compte moins de 5000 habitants et plusieurs médecins, c'est le prix d'un franc, fixé par consultation pour le médecin des communes de cette catégorie par les articles 1 et 2 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, qui doit être appliqué ;

Attendu en effet que la loi du 31 mars 1905 en laissant à la victime d'un accident du travail le choix d'un médecin et en fixant le taux des honoraires de ce dernier, a cherché simplement à ne pas exposer les chefs d'entreprise et leurs assureurs aux incertitudes de tarifs indéterminés et de majoration sans limite, que c'est dans ce but qu'elle prescrit l'établissement d'un tarif officiel (Cassation, 21 décembre 1909) ; Attendu par suite que le médecin qui par sa demande reste dans les limites de ce tarif officiel, ne peut être astreint à voir sa note d'honoraires soumise à une réduction quelconque, puisqu'aucune majoration illicite n'y figure ;

Attendu en conséquence que le docteur Brasse habitant à Rouen, ville où les charges de l'existence sont plus lourdes qu'à Bihorel, et ayant donné des soins à la victime dans la dite ville de Rouen, il est incontestable que c'est le tarif prescrit pour les médecins de Rouen, en conformité à l'arrêté ministériel sus-visé, qui doit être appliqué ; qu'autrement, faisant supporter à la victime la différence existant entre le tarif applicable aux médecins de Bihorel et celui applicable aux médecins de Rouen, on irait à l'encontre de l'esprit même de la loi, en ce qui concerne le libre choix du médecin par la victime, la liberté de ce choix devenant tout à fait illusoire par l'obligation où elle se trouverait de payer un supplément d'honoraires ; que ce supplément d'honoraires ne peut incomber personnellement à l'ouvrier blessé que lorsqu'il est afférent à des honoraires supérieurs à ceux du tarif légal prévu par l'arrêté sus-visé, ce qui n'est pas le cas actuel ;

Attendu que si nous appliquons à la demande de Brasse le tarif prévu pour la ville de Rouen en conformité à l'arrêté du trente septembre 1905, nous arrivons à établir sa note d'honoraires médicaux ainsi qu'il suit : 31 consultations à deux francs (art. 1 et 2 du tarif officiel), soit 62 francs ; un pansement (art. 3), soit 2 francs ; un certificat médical (art. 9), soit 2 francs ; 1 consultation sur rendez-vous (art. 4), soit 4 francs ; massages à 4 francs (art. 10), soit 112 francs, soit au total la somme de 182 francs ;

Par ces motifs, statuant par jugement contradictoire et en dernier ressort, déclarons insuffisante l'offre de 95 francs, faite par L., et la rejetons ainsi que le surplus de ses conclusions ;

Condamnons L... à payer au Dr Brasse pour les soins donnés à B., victime d'un accident du travail alors qu'il était au service du défendeur le 19 avril 1909, la somme de 182 francs ; le condamnons en outre aux intérêts de droit et aux dépens.

CORRESPONDANCE

A propos de l'encombrement médical

Mon cher Confrère,

Je vous demande la permission d'intervenir à mon tour dans la discussion sur l'encombrement médical, après lecture des articles des Dr Smester (de Paris) et Dr Prunet (de Jars).

Le premier nie l'encombrement et accuse la mauvaise répartition d'être la cause des plaintes méritées ou imméritées des praticiens ; le second voit surtout l'encombrement, qu'il définit abondance de médecins avec diminution de malades.

Il me paraît qu'ils ont tort et raison tous les deux.

Le Dr S. pose en principe que tout individu rapporte un minimum de 5 à 10 francs par an au médecin. Ce chiffre est extrêmement exagéré : chacun n'a qu'à faire son petit calcul pour voir diminuer ce chiffre et passer à 1, 2 ou 3 francs au maximum.

Le Dr P. prétend que les malades ont diminué ; or, s'il est une chose certaine, c'est bien celle-ci que partout où se trouve un médecin le malade pousse ; je n'irai pas jusqu'à dire le médecin crée le malade ; mais peu s'en faut ; plus il y a de médecins, plus les soins médicaux diminuent de prix, plus la consommation tend à augmenter (je serais heureux d'avoir l'avis du vicomte d'Avenel sur ce sujet).

Par contre, il est bien vrai que, si le nombre de malades a augmenté, les médecins sont comparativement beaucoup plus nombreux : tous les annuaires sont unanimes à nous le dire.

Il est également indéniable que les médecins sont mal répartis : les grandes villes en retiennent beaucoup ; les rases campagnes sont un peu dépourvues. Cela tient, à mon sens, au besoin, créé par l'habitude chez l'étudiant, des distractions de toutes sortes plus faciles, plus accessibles à la ville (livres, théâtres, relations, voyages, jeux divers).

J'admets donc avec le Dr S. qu'il y a mauvaise répartition, mais avec le Dr P. je constate qu'il y a également pléthore.

Faut-il conclure que si la répartition était mieux faite, la pléthore disparaîtrait ; non, le résultat ne changerait guère, car les tarifs médicaux baisseraient dans les localités pourvues des médecins « de trop » des grandes villes, et si les malades augmentaient avec le nombre des médecins déplacés, les prix diminuant, le rapport individuel resterait à peu près le même par suite de la proximité du médecin.

Il reste un moyen pour faire disparaître ce malaise dont commence à se plaindre le corps médical : diminuer le nombre des médecins.

Au fond je crois que tous les confrères en sont là, et que tous désirent moins de co-partageant la clientèle dorée.

Ce moyen, quel sera-t-il ?

Déjà plusieurs efforts ont été faits dans ce but : en 1895, P. C. N. ; en 1910, 5e année d'études. Voilà la meilleure voie où il conviendrait de s'engager.

Limiter le nombre à l'entrée de la Faculté par un concours ? Et le piston? Quel boucan si le fils de tel grand pontife ou de tel grand zèbre était recalé à toujours — ou si, simplement, deux ou trois ans de suite il était empêché de commencer ses études !

Au bout de peu de temps de ce régime, il faudrait pouvoir montrer patte blanche pour pénétrer dans la phalange sacrée.

Et puis comment fixer le nombre de candidats à admettre ? Consulterait-on les municipalités ? La réponse de ces dernières est connue d'avance, il suffit de lire les annonces de nos journaux médicaux. Se baserait-on sur le nombre de médecins décédés l'année précédente ? Ce moyen serait plus sage et plus logique.

Au risque d'être taxé de partisan d'une liberté sans limites, j'avoue que je trouverais odieux un tel concours à l'entrée.

Limitons le nombre des futurs médecins non par un ou des concours, mais :

1° Par des examens sévères avec une seule et unique session par an ;

2° Par l'assiduité à l'hôpital rigoureusement nécessaire pour prendre l'inscription trimestrielle ;

3° Par la suppression des inscriptions rétroactives ;

4° Par l'addition d'une 6e année d'études ;

5° Diminuons la concurrence par la suppression du diplôme simple de chirurgien dentiste et au bout de dix ans l'affirmation du Dr Smester serait vraie : Toute population donnera au minimum 5 à 10 francs par an à son médecin ; on taxera même ce cher confrère de pessimisme, mais hélas ! il n'y a pas de danger que cela arrive.

Ch. FEYFANT.

Le libre choix s'étend-il aux médecins étrangers?

Tourcoing, le 18 juillet 1910.

Mon cher confrère,

Je n'ai tardé si longtemps à vous remercier de votre aimable lettre qu'afin de pouvoir vous annoncer que notre Syndicat a décidé, dans sa réunion du 16 juillet dernier, la fondation d'une commission locale d'arbitrage entre médecins et mutualistes. Par le même courrier, j'en informe le Dr Tourtourat, lui demandant des renseignements détaillés sur la marche à suivre. Et puisque le *Concours Médical* a été la cause de cette décision, permettez-moi d'abuser de votre complaisance et de vous demander un conseil pour une interprétation locale du libre choix du médecin dans les accidents de travail.

Le Syndicat de Tourcoing vient d'adopter à l'unanimité un vœu demandant le libre choix pour les mutualistes, les blessés du travail, et les assistés, et charge son bureau de faire les démarches nécessaires pour obtenir ces 3 choses. Vous me direz peut-être que nous sommes des retardataires dans le Nord, et que partout en France le libre choix est un fait accompli. Une discussion à ce sujet m'entraînerait trop loin et je n'aurais pas de peine à vous convaincre que nous n'étions pas les derniers et que des causes régionales devaient seules être incriminées dans cet état de choses. Bref, aujourd'hui nous marchons et on dit souvent que, quand le Nord bouge, il se remue bien.

Nous avons donc décidé, entre autres démarches, de visiter tous les industriels de Tourcoing et de leur faire part de la décision du Syndicat en les priant d'accorder le libre choix à tous leurs ouvriers. Mais ici, surgit une très grosse difficulté financière. Vous ignorez peut-être que le tiers ou tout au moins le quart de la population ouvrière de Tourcoing est fourni par des Belges qui passent la frontière matin et soir et habitent la Belgique. Les ouvriers blessés parmi cet énorme contingent étaient soignés jusqu'à ce jour par les médecins de Tourcoing, à qui les industriels les adressaient. C'est là pour nous une source légitime de bénéfices, attendu que nous payons des

impôts très élevés, et que nous subissons la loi générale de la cherté de la vie d'une ville industrielle propère où le genre de vie des patrons contribue dans de larges proportions à surélever le prix des objets de première nécessité. Nos voisins, les confrères de Belgique, paient des impôts beaucoup moins lourds et ont la vie beaucoup plus facile dans leur pays.

Or, si ces patrons donnent le libre choix à ces ouvriers, nul doute que les ouvriers belges ne choisissent leurs médecins de Belgique, et voilà le portefeuille médical de Tourcoing frustré d'une très forte somme, équivalent certainement à dix ou vingt mille francs.

Deux solutions peuvent être proposées : ou bien le patron pourra envoyer au médecin de son choix (à Tourcoing) les ouvriers belges. Et cette solution me paraît peu en rapport avec les sentiments d'indépendance et de dignité du corps médical ; elle laisse trop percer l'intérêt du corps médical de Tourcoing.

Ou bien les ouvriers belges auront le droit de choisir un médecin parmi le corps médical de Tourcoing seulement. Et alors nous nous demandons et c'est la question que je vous pose :

Les Médecins belges ne pourraient-ils pas avoir recours, dans ce cas, contre les industriels de Tourcoing qui auraient empêché leurs ouvriers de les choisir ? D'où atteinte au principe du libre choix du médecin.

Excusez, mon cher confrère, cette longue épitre ; elle est dictée par le désir d'arriver à une solution qui respecte les intérêts de tout le corps médical de Tourcoing.

En vous remerciant à l'avance, veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Elie Decherf,
Président du Syndicat médical
de Tourcoing et de ses cantons.

P. S. — Le syndicat vient d'obtenir la condamnation, pour exercice illégal de la médecine, d'une femme de Roucq, à 50 fr. d'amende, avec sursis et 1 fr. de dommages et intérêts.

Réponse. — Les patrons ne peuvent *interdire, sous les peines prévues à l'article* 30 *de la loi de* 1905, de s'adresser aux médecins belges. Il est aussi à retenir que le médecin français *choisi par le blessé* ne recevra, pour l'indemnité kilométrique, s'il soigne en Belgique, que celle due au médecin (belge ou français) le plus rapproché.

Malgré ces restrictions, l'application du libre choix avec Tarif Dubief est à mettre chez vous à la place du célèbre forfait à 15 fr. ou 30 fr. qui sent l'épicerie de malodorante façon, et viole la liberté des blessés à une époque où cela n'est plus permis.

Pouvoir, c'est Vouloir.

Wizernes, 27 juillet 1910.

Mon cher Confrère,

Prêtez-moi, je vous prie, quelques lignes du *Concours* pour faire part à mes confrères vos lecteurs de deux résultats que j'ai obtenus de Compagnies d'assurances, résultats dont ils pourront profiter à l'occasion.

L'une, après m'avoir payé pendant de nombreuses années le prix de 5 fr. pour chaque certificat demandé par le Président du Tribunal, s'avisa, un jour, de refuser ce paiement, qui, disait-elle incombait à l'ouvrier : je pris ma meilleure plume, avisai aussitôt le Président dudit Tribunal du fait, déclarant que dorénavant je refuserais tout certificat, l'ouvrier ne payant jamais, et que j'aurais ainsi le regret d'entraver malgré moi l'action de la Justice.

Le magistrat, avec une complaisance dont je m'empressai de le remercier, intervint auprès de la compagnie et obtint de celle-ci l'engagement de payer dorénavant.

Une autre Compagnie, me devait 110 fr. pour un accident ayant entraîné une incapacité permanente. Après le jugement et l'allocation d'une rente, le blessé présenta une esquille qu'il fallut enlever et quelques pointes de feu furent nécessaires. Coût : 12 fr., réclamés sur la note : refus de la Compagnie de payer ce supplément sous le prétexte que les soins avaient été donnés après la date de consolidation. J'entrai en pourparlers, je citai des exemples judiciaires, quelques douces menaces suivirent, la Compagnie paya.

Et nunc erudimini.

Votre bien dévoué.

Dr Declety.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'un médecin de campagne

Un homicide professionnel !

C'était un beau gars normand, un gars solide et râblé, dans toute la force de sa trentième année. Il exploitait avec son père et ses beaux-frères une petite propriété située sur un plateau boisé, au beau milieu d'un boqueteau très giboyeux, où, la nuit venue, il tendait des collets dont les victimes, lièvres et lapereaux, vendues clandestinement, apportaient quelque surcroît de bénéfices au maigre produit de la terre.

Or, cet hiver de 189.. avait été particulièrement rigoureux. La neige, tombée en abondance, s'était déposée en couche épaisse et résistante sur le sol où elle avait séjourné pendant plus de six semaines, formant un tapis d'une blancheur immaculée sur lequel les voies des animaux se faisaient plus apparentes, permettant de fructueuses embûches.

A passer à l'affût des nuits glaciales, il y avait gagné une pneumonie qui prit rapidement mauvaise tournure.

Appelé près de lui, je n'avais pas dissimulé à la famille la gravité de la situation, jusqu'au jour où, les phénomènes infectieux s'étant ac-

centués, je dus avouer que le cas me paraissait désespéré.

— Eh bien ! me dit une de ses sœurs, puisqu'il n'y a, selon vous, rien à faire, inutile de nous mettre dans les frais. Ce n'est donc pas la peine que vous reveniez. Si on avait besoin de vous, on vous le ferait dire.

Ce sont là mœurs courantes parmi nos campagnards, pour qui il n'est pas de petites économies, et, quoique jeune encore dans le métier, j'en avais déjà trop l'expérience pour m'en étonner.

Je suspendis mes visites, attendant qu'on vint me réclamer le certificat de décès que délivre habituellement le médecin traitant, et qui me paraissait le dernier terme inévitable de mon intervention dans cette circonstance.

Le neuvième jour, jour fatidique des fluxions de poitrine, au dire du populaire, se passa sans que j'entendisse parler de mon malade ; le dixième également. Je supposai qu'on avait appelé un autre confrère, et que je ne serais même pas requis de donner à mon client défunt — je le présumais tel — son passeport pour l'éternité. J'en pris d'ailleurs mon parti, avec la philosophie indulgente que donne à la longue la pratique de la clientèle et de ses infidélités.

Le onzième jour, au moment où je montais en voiture pour partir en tournée de visites, le père arriva chez moi.

— Tiens, pensai-je, je me suis trop pressé de formuler un jugement téméraire.

Et, interpellant le brave homme de paysan :

— Venez-vous pour le certificat ?

— Mais il n'est pas mort, me répliqua-t-il. Même je venais vous prier de revenir le voir. Et si c'était un effet de votre bonté, vous apporteriez en même temps une *portion* (*sic*), afin de nous épargner un nouveau dérangement. Vous devez bien savoir ce qu'il lui faut dans son état.

Pour souscrire au désir qui m'était exprimé, et aussi pour m'en tenir à quelque remède anodin, je fis préparer une banale potion de Todd, me réservant d'instituer ensuite une médication plus active si, contrairement à ce que je croyais, les circonstances le commandaient.

Quand j'arrivai auprès du malade, il était dans un piteux état et je jugeai du premier coup d'œil que sa fin était proche. Néanmoins, comme il fallait bien avoir l'air de faire quelque chose et que la potion était là pour être utilisée, je lui en administrai une cuillerée. Elle coula difficilement dans son gosier ; il fit quelques inspirations saccadées, puis il retomba sur son oreiller : il était mort.

— C'est vous qui l'avez tué, me jeta brutalement à la face la sœur du défunt.

— Comment ! c'est moi qui l'ai tué ? commençai-je à protester... Puis, domptant ce mouvement de légitime révolte :

— Je comprends votre sentiment et j'excuse votre accusation, lui dis-je plus doucement. La douleur vous égare. Mais, je suis bien certain que votre mari n'est pas de cet avis...

— Que si, interrompit-il violemment. C'est vous qui êtes cause de sa mort.

Cette fois, cela dépassait les limites permises.

— Puisque vous me rendez responsable de ce décès, vous trouverez bon que je me refuse à vous remettre le certificat d'usage. La justice interviendra ; elle ordonnera l'autopsie et l'on verra bien si j'y suis pour quelque chose.

Le lendemain, le pauvre père accourait chez moi.

— Il faut leur pardonner, me dit-il en répétant la parole évangélique, ils ne savent pas ce qu'ils disent. Je vous en prie, donnez-moi le certificat et ne nous faites pas d'histoire.

J'acquiesçai à sa demande. Aussi bien, ma colère était tombée et peu m'importait que ces paysans bornés m'aient fait une telle injure. J'avais ma conscience pour moi, cela me suffisait.

Or, à quelque temps de là, j'appris par hasard qu'ils étaient allés soumettre mes ordonnances à un confrère du voisinage pour savoir si je n'avais pas commis quelque erreur dont leur parent eût pu pâtir. Très loyalement, le confrère avait affirmé que je ne méritais aucun reproche et que mes prescriptions était absolument correctes et appropriées.

A part que je ne fus plus rappelé dans cette famille, la chose en resta là.

Ceci se passait il y a une quinzaine d'années. Il est présumable que, de nos jours, avec la tendance de plus en plus grande qu'ont les clients à rendre le médecin responsable des événements malheureux qui ne sont que la conséquence normale de l'évolution des maladies, je n'y aurais pas coupé, comme on dit vulgairement, d'une bonne petite poursuite en dommages-intérêts.

Aussi en tirerai-je la moralité suivante. A moins qu'il exerce dans un milieu sympathique et dont il ait la pleine et entière confiance, quelque scrupule qu'il éprouve à adopter la tactique des bras croisés, le médecin fera sagement en présence d'un moribond, de s'abstenir d'un geste quel qu'il soit, injection hypodermique, administration du médicament le plus anodin du monde... Il évitera ainsi, la mort survenant, que conséquence soit prise pour coïncidence, et qu'on l'accuse d'avoir provoqué par une manœuvre intempestive une issue fatale cependant attendue.

G. DUCHESNE.

N. D. L. R. — A la suite de la morale, plaçons un conseil : Adhérez au *Sou Médical* qui, pour 20 francs par an, vous couvrira pour 2000 francs contre la Responsabilité professionnelle, au cas où la famille, mal intentionnée, vous attaquerait en dommages-intérêts.

REPORTAGE MÉDICAL

Contrat entre médecins pour exploitation et vente de produits médicaux. — La conférence des avocats à la Cour d'appel, dans sa séance du 11 juin 1910, a discuté cette question :

« Le contrat de société intervenu entre des méde-

cins pour l'exploitation et la vente des produits médicaux dont ils sont susceptibles d'ordonner l'emploi et qui ne sont pas inscrits au Codex est-il nul, comme contraire à l'ordre public ?

La conférence a adopté la négative.

Cession de clientèle médicale. — La conférence des avocats à la Cour d'appel de Paris, dans sa séance du 28 mai 1910, a discuté cette question :

« La cession de clientèle médicale est-elle valable lorsqu'elle est réalisée non par le médecin, mais par ses héritiers ? »

La conférence a adopté l'affirmative.

H. JOBEMIN,
(*Jour. de méd. Int.*)

Service pharmaceutique de nuit. — On sait que les pharmaciens, pour satisfaire aux justes revendications de leur personnel, ont décidé d'avancer à 9 heures l'heure habituelle de la fermeture des officines.

Les syndicats pharmaceutiques patronaux, qui ont aidé à l'application de cette mesure, avaient pris, bien entendu, les dispositions nécessaires pour que le public puisse obtenir aussi facilement que par le passé les médicaments d'urgence.

Certains groupements d'employés ayant, pour des raisons mal définies, essayé de créer à ce sujet une inquiétude dans l'opinion publique, la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine nous a prié d'informer nos lecteurs que rien n'est changé dans l'organisation du service de nuit, tel qu'il résulte d'un accord intervenu depuis longtemps entre le conseil municipal, la préfecture de police et les pharmaciens de la ville.

Si le pharmacien habituel du malade ne peut, pour un motif accidentel ou permanent, répondre à l'appel de nuit, il suffira d'aller au poste de police le plus voisin pour obtenir le concours d'un agent et l'adresse du pharmacien de garde.

Dans plusieurs quartiers, les pharmaciens ont organisé entre eux un roulement de garde qui facilite au plus haut point le service ; dans ce cas, chaque officine adhérente porte sur sa devanture les indications nécessaires.

(*La Clinique.*)

Nous pouvons ajouter que deux officines du faubourg Montmartre se sont jusqu'à présent refusées à se conformer à la décision générale, sous prétexte que les nombreux accidents qui arrivent chaque nuit dans ce quartier leur font une obligation de demeurer prêtes à toute éventualité.

Nous ne pouvons que regretter que les pharmacies soient considérées comme des *postes de secours*, et nous réitérons le souhait que les vœux qui ont été adoptés au dernier Congrès des praticiens soient mis en pratique et que cet organisme essentiel dans une grande ville en général et à Paris en particulier soit créé et fonctionne conformément aux indications contenues dans les vœux susdits.

École d'enseignement médical. Cours de vacances. — L'école d'enseignement médical organise du 26 septembre au 8 octobre des *cours de vacances essentiellement pratiques* à l'usage des médecins praticiens et des étudiants avec examens cliniques de malades, applications thérapeutiques et démonstrations de méthodes opératoires. Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments et à la pratique des opérations courantes.

Ces cours de vacances comprennent les principales spécialités suivantes :

Dr d'Ayrenx, Ophtalmologie ; Drs Cauzard et Fasseuille, Oto-Rhino Laryngologie ; Dr Pierra, Pratique obstétricale ; Dr Le Fur, Maladie des Voies urinaires ; Dr Mayet, Chirurgie infantile et Orthopédie ; Dr Lenglet, Dermatologie et Syphilis ; Dr Laquerrierre, Electrothérapie ; Dr Fleig, Radiologie.

Droit d'inscription : 20 fr. pour chaque cours qui comprend de 8 à 10 leçons. On peut s'inscrire, 18, rue du Luxembourg, tous les jours de 2 à 5 heures, ou par correspondance près du docteur Le Fur (103, rue de la Boétie, Paris 8e), qui donnera tous les renseignements nécessaires.

Envoi du programme détaillé sur demande.

Exercice illégal de la médecine. — M. Jean Riotte, qui prend le titre de docteur en médecine, a une spécialité : il soigne les femmes neurasthéniques, qu'il guérit et qu'il rajeunit tout à la fois par télépathie et grâce aussi à un fluide vibro radiateur humain...

Le parquet poursuivait ces jours derniers M. Riotte devant la dixième chambre, sous l'inculpation d'exercice illégal de la médecine.

Le prévenu ne s'est pas présenté à l'audience.

Nombre de jeunes femmes fort élégantes ont été entendues comme témoins. Toutes ont affirmé avoir été guéries par le docteur Jean Riotte — que le tribunal, après réquisitoire de M. le substitut René Tortat, a condamné à mille francs d'amende.

(*Matin.*)

Bazars pharmaceutiques. — Nous citions dernièrement quelques maisons importantes en Amérique où les officines pharmaceutiques sont de véritables bazars chimiques ; mais on affirme que la plus grande pharmacie du monde existe depuis plus de 200 ans en Russie, à Moscou.

Elle est grande comme un ministère ! L'ancienne pharmacie Nikolska occupe le chiffre fantastique de 700 employés de toutes sortes ; ils se répartissent ainsi : 13 maîtres apothicaires, 1 docteur médecin, 106 gérants, 95 aides-pharmaciens, 18 élèves, 20 droguistes, 86 aides-ouvriers et 20 ouvrières.

Le chiffre des ordonnances dépasse 2000 par jour et atteint dans l'année le demi-million ! ! L'Amérique, terre féconde en excentricités et en... canards ne tient pas ce record ! !

(*Monde Thermal.*)

Une rivale de la pomme de terre. — La production annuelle de la châtaigne, nous dit la *Revue scientifique*, est d'environ 3 millions de quintaux. La châtaigne renferme, à poids égal, *moins de matières alimentaires que le pain ordinaire, mais elle en contient plus que la pomme de terre.*

Il y a dans un kilogramme de châtaignes plus de matières nutritives que dans un kilo et demi de pommes de terre. Lorsque les châtaignes sont à 0 fr. 15 le kilo, lorsque les pommes de terre sont à 0 fr. 10, il y a tout intérêt à préférer les premières. Il faut convenir qu'elles ne sont pas moins savoureuses que le fruit de Parmentier, au contraire.

Souhaitons que la culture du châtaignier soit reprise, tant pour le reboisement des montagnes que pour préparer une alimentation saine et peu coûteuse.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
13, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 35 Dimanche 28 AOUT 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : **Le Conseil de Direction.** — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Mutualistes et médecins. Vers l'atténuation des conflits 747
Maladies professionnelles
Etude médico-physiolog que de la plongée des scaphandriers en ea . profonde 749
La semaine médicale
Les vomissements réflexes dus à un trouble utérin. — Paracentèse du péricarde. — Régime lacté et régime achloruré dans le mal de Bright. — Récidives précoces de la luxation de la hanche. — L'intervention précoce dans l'appendicite chez l'enfant 751
Revue de l'Etranger
Infusions salines et altérations rénales. — Le prolapsus génital est la conséquence d'une primiparite tardive. — Ataxie cérébrale aiguë au cours d'une diphtérie. — Sur la décortication des reins dans l'éclampsie. — La propagation de la fièvre typhoïde par les nourrissons 753
Formulaire raisonné
La noix vomique. — La strychnine 755
Pratique chirurgicale
Un appareil de marche pratique dans les fractures et affections de la jambe 756
Assurance sociale
A propos du nouveau projet de loi sur les assurances en Allemagne. Les maladies professionnelles 758
Chronique de la mutualité
Médecins et Mutualistes. Le conflit, ses causes et ses dangers 759
Comités de propagande du « Concours Médical »
Le « Concours Médical » et le « Sou Médical » dans le Calvados. Le comité départemental de propagande. — Comité départemental de Saône-et-Loire 759
Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel
L'œuvre parisienne de secours immédiat et d'assistance à la famille médicale. — Mutuelle médicale française de retraites 761
Correspondance
Vouloir n'est pas toujours pouvoir. — Le rattachement de l'enseignement médical au Ministère de l'Intérieur. — Je te soigne, vote pour moi ! Je vote pour toi, soigne-moi 762
Jurisprudence médicale
Honoraires des accidents du travail 764
Reportage médical 765

PROPOS DU JOUR

Mutualistes et Médecins.

Vers l'atténuation des conflits.

La série d'articles contradictoires entre mutualistes et médecins insérés par l'*Intransigeant*, la publication tardive, dans le *Journal* du 19 août, d'une interview datant de quelques mois, interview dans laquelle nous avions, notre collègue le Dr Tourtourat et nous-même, exposé à un mutualiste très distingué, M. Jean Hébrard, notre programme syndical à l'égard de la Mutualité, les tentatives de la Fédération médicale parisienne, qui, grâce à l'activité de son secrétaire général, le Dr Chapon, cherche à Paris à résoudre le conflit médico-mutualiste, comme il a été résolu par nos confrères lyonnais,— toute cette suite d'événements font de nos relations avec les sociétés mutuelles une question d'actualité.

Constatons d'abord que, du côté médical comme du côté mutualiste, on commence à envisager les choses avec sang-froid. Tant dans l'*Intransigeant* que dans le *Journal*, la discussion a pris une tournure de courtoisie qui ne saurait nous surprendre, étant données les personnalités qui ont pris la plume pour exposer leurs opinions sur le sujet. Il n'en a pas été toujours ainsi, et nous avouons que nous avons dû nous-même, en plus d'une circonstance, imprégner notre plume du fiel le plus amer pour répondre à certaines rodomontades mutualistes qui dépassaient la mesure. A ce jour, il semble que, tacitement, il est convenu de discuter et non de se disputer ; c'est évidemment le meilleur moyen d'arriver à se comprendre, sinon tout à fait à s'entendre.

Dans une lettre publiée par l'*Intransigeant* du 11 août, lettre écrite à la hâte et sans documents, au cours d'une villégiature, nous avons dit au public en toute franchise quel était notre but.

Ce but est d'arriver à établir le libre choix du médecin dans la Mutualité, d'obtenir le paiement à la visite avec indemnité kilométrique à un tarif sensiblement le même que le

tarif ouvrier minimum, de n'accorder de réduction que dans la mesure où les caisses mutuelles voudraient garantir les honoraires médicaux, en jouant à l'égard des médecins le rôle d'agents de recouvrements.

Ces conditions admises, nos Syndicats accepteraient un droit de contrôle sur le malade des caisses mutualistes qui assurent le paiement des honoraires médicaux, droit qu'ils ont toujours admis du reste, et seraient tout disposés à contribuer dans chaque département à la création de commissions mixtes médico-mutualistes, pour arbitrer les conflits et, d'un commun accord, empêcher les abus.

Voilà le but que nous nous sommes depuis plusieurs années proposé d'atteindre. Mais nous ne nous dissimulons pas les difficultés. Nous laissons à certains confrères, qui s'illusionnent, le rêve de tout résoudre en des conceptions simplistes. Les uns, partisans de l'action directe, sont convaincus qu'il n'y a qu'à décréter que la mutualité n'existe plus pour le corps médical. Les autres font appel à l'Etat, et demandent une modification de la législation qui mettra tout en place. Nous ne sommes ni de la première, ni de la seconde école.

Nous posons en principe tout d'abord que, dans le règlement des rapports des médecins avec les collectivités, mutualistes ou autres, il faut faire abstraction de tout sentiment et ne considérer que les intérêts.

Certes, nous croyons que le médecin doit faire acte d'humanité, de philanthropie, de solidarité, mais il ne peut exercer ces vertus, qui lui sont coutumières, que comme individu et à l'égard d'un autre individu. Il ne peut ni ne doit baser sur des sentiments la rédaction d'entente et de contrats qui, directement ou indirectement, engagent aujourd'hui d'autres personnes que lui, et peuvent même compromettre l'avenir.

Sur ce terrain solide de l'intérêt, peut-on, comme le conseillent certains partisans de l'action directe, ne pas reconnaître l'existence de la mutualité ? Evidemment, dans certaines régions et à certaines époques, mais non en règle générale. Que, dans une ville peu importante où tous les médecins ont établi une coalition solide, ceux-ci puissent refuser toute entente et imposer leur volonté, cela est fort possible, et les résultats de cette manière forte peuvent être excellents ; mais dans combien de cas le corps médical se trouvera-t-il dans ces conditions ? Et peut-on affirmer que même dans ce cas les choses iront toujours très bien ainsi ?

En outre, l'absence de toute entente peut parfois rejeter les mutualistes les plus pauvres, et de ce fait les plus intéressants, dans le domaine de l'Assistance médicale gratuite, et ce ne serait un avantage ni pour l'intérêt général, ni pour les mutualistes, ni encore pour les médecins.

D'autre part, faire régler par une loi les rapports des mutualistes et des médecins serait à notre avis une solution déplorable, même si la loi était faite en faveur des médecins, ce qui est loin d'être probable, l'élément mutualiste, au point de vue électoral, primant inévitablement l'élément médical. Des dispositions légales soumettraient inévitablement nos soins à un tarif officiel qui taxerait nos actes médicaux. Il s'ensuivrait, vu la difficulté de modifier les tarifs établis, des conflits sans nombre, une dépréciation générale des honoraires qui ne se limiterait pas à la seule mutualité, car le tarif mutualiste officiel deviendrait vite au contentieux le tarif normal qu'appliqueraient les tribunaux.

Nous croyons à ce propos que beaucoup de nos confrères se sont mépris sur la proposition législative faite au Congrès des Praticiens par notre ami, le Dr Bolliet.

Ce n'est pas la réglementation légale des rapports médico-mutualistes qu'il a demandée. C'est le refus, notifié dans la loi, de faire bénéficier des avantages de l'approbation, les Sociétés qui, par le fait de l'insuffisance manifeste de la cotisation, sont dans l'incapacité d'assurer le libre choix du médecin et de payer les honoraires de ce dernier. Il considère (et il a raison à mon avis) que le législateur a le devoir de ne pas favoriser le développement d'associations qui trompent leurs adhérents, en leur promettant des avantages qu'elles ne sont pas en mesure de tenir.

Ce respect de la liberté de confiance imposé par la loi et tel que le demande le projet de loi Dubuisson pour l'Assistance médicale gratuite, devrait s'appliquer à la mutualité. Pareil projet de loi est une mesure libérale, une sorte de corollaire de la déclaration des Droits de l'homme. Une fois voté, ce projet empêcherait en somme de violer une des fractions les plus importantes de la liberté individuelle.

Mais là nous voudrions voir limiter toute intervention législative, car nous savons, nous médecins, plus que tout autre groupe de citoyens, ce que vaut réellement la protection de l'Etat et surtout ce qu'elle coûte.

Il est donc utile de discuter de toutes ces questions avec les mutualistes et nous voudrions échanger nos idées non seulement dans la Presse, mais dans un Congrès où se rencontreraient médecins et mutualistes. A ce Congrès, prendraient part non seulement ceux qui étudient les problèmes et dirigent les mouvements, mais aussi les praticiens qui soignent les mutualistes, et les vrais membres participants des

Sociétés de secours mutuels. Sans doute ce Congrès ne solutionnerait pas d'emblée la question, mais la discussion instruirait les deux camps, détruirait maints préjugés et ruinerait maintes utopies ; il en résulterait un progrès réel, un grand pas vers l'entente sérieuse, équitable et durable.

En attendant, il nous semble qu'on ne peut conseiller dans toute la France une unité complète d'action des médecins syndiqués à l'égard de la mutualité ; cette action doit varier selon les régions, les circonstances et les intérêts.

Notre programme en principe doit rester : l'application du libre choix, le paiement des honoraires à la visite avec indemnité kilométrique, atteignant ou se rapprochant le plus possible du tarif ouvrier de la région, la reconnaissance du droit de contrôle des Sociétés, contrôle qui doit se borner à la constatation de la nécessité pour le malade de garder le repos, et le règlement des conflits par des Commissions départementales d'arbitrage médico-mutualistes, si les Sociétés de secours mutuels consentent à assurer le paiement des honoraires médicaux.

Tous les efforts des Syndicats devraient viser à l'application de ce programme ; mais comme il est un idéal, que nous poursuivrons peut-être encore fort longtemps avant de le généraliser, nous ne devons pas, en attendant, nous enlizer dans l'inaction. Nous devons accepter tous les progrès et ne dédaigner aucun avantage. S'il est des régions, comme la région parisienne, où d'autres intérêts que ceux des mutualistes s'opposent aux réformes, où un nombre notable de confrères médecins de mutualités, se croyant menacés par une transformation rapide, se montrent les adversaires résolus du libre choix, il est de notre devoir, avant d'engager contre eux la lutte, de chercher s'il n'est pas possible de trouver un terrain d'entente, et de poursuivre la réalisation de notre programme sans sacrifier des intérêts en somme respectables.

Aussi dans un prochain article nous exposerons comment, à notre avis, il serait sans doute possible de progresser vers notre but, sans porter aux médecins actuels de mutualités le plus petit préjudice.

J. Noir.

Le balayage à sec dans les hôpitaux. — Le syndicat des agents non gradés des hôpitaux et hospices de la Seine fait un referendum auprès des médecins parisiens pour leur demander de se prononcer contre le balayage à sec.

Consulté, comme président du Syndicat des Médecins de la Seine, nous n'avons pu qu'exprimer notre très grande surprise que pareille question puisse encore être posée à Paris.

J. N.

MALADIES PROFESSIONNELLES

Etude médico-physiologique de la plongée des scaphandriers en eau profonde (1).

Les grands travaux nécessités par le passage des lignes du métropolitain sous la Seine, et, plus récemment, la catastrophe du *Pluviôse* et les efforts des scaphandriers pour remettre à flot cette malheureuse épave, ont fait des travaux sous l'eau et de leurs dangers une question d'actualité.

Il y a quelques semaines, le secrétaire du syndicat des terrassiers venait me demander d'assister à l'autopsie d'un ouvrier mort à la suite d'un travail qu'il exécutait dans un caisson sous le lit du fleuve. J'acceptai, mais pendant les deux ou trois jours qui précédèrent l'autopsie, je fis des recherches pour me documenter sur les lésions et les signes de mort causée par les travaux dans l'air comprimé des caissons.

Je ne trouvai aucun travail sérieux sur la question, mais j'appris qu'il y a deux ans, l'Amirauté anglaise avait nommé une commission d'ingénieurs et de médecins pour étudier cette question. J'espérais trouver au moins une analyse du rapport de cette commission dans les bulletins des diverses sociétés de médecine légale, où écrivent les médecins experts qui ont publié de nombreuses communications pour établir que l'hystéro-traumatisme, la sinistrose, la traumatose, etc., etc., ne devaient pas être indemnisés comme conséquences des accidents du travail, ce qui aurait été bien fâcheux pour la cause de ces malheureuses Compagnies, ruinées par les ouvriers simulateurs et leurs médecins marrons.

Mais j'ai été fort surpris de ne pas trouver la moindre allusion au rapport des médecins et des ingénieurs anglais, qui décrivent des signes à l'aide desquels on peut établir que la mort a été causée par le travail dans les caissons. Inutile de dire que les Compagnies d'assurances n'ont pas cherché à divulguer ces travaux.

J'ai pu cependant me procurer le texte du rapport de la commission anglaise. Un excellent confrère, le Dr René Martial, a bien voulu nous le traduire et nous en donner une analyse.

Je puis donc aujourd'hui réparer l'oubli des médecins experts français et des médecins des Compagnies d'assurances, et offrir aux lecteurs du *Concours médical* la primeur de ce travail.

Divernerese.

***

I°

Il y a deux grands obstacles principaux à vaincre dans la plongée en eau profonde : 1° lors-

(1) Rapport de la Commission nommée par l'amirauté anglaise pour étudier la question de la plongée en eau profonde, Wyman and Sons. Fetter Lane E. C. Londres 1907. — Traduit et analysé par le Dr R. Martial.

qu'on descend à plus de 15 toises (1), la respiration devient très difficile, les mouvements du scaphandrier et sa puissance de travail deviennent de plus en plus limités, bien que des hommes d'une adresse et d'une endurance exceptionnelles aient réussi à dépasser 30 toises ; 2° peu de temps après le retour du scaphandrier au jour, des phénomènes physiologiques peuvent se produire amenant la mort, et surtout, le plus souvent, la paralysie des membres inférieurs et de la vessie.

Pour étudier et résoudre ces deux difficultés, la Commission a fait de très nombreuses expériences en mer, à terre, dans un puits artificiel construit spécialement dans ce but ; des analyses d'air expiré et inspiré par les scaphandriers, des essais d'étanchéité des casques, des pompes, ont été effectués au laboratoire de physiologie d'Oxford, ainsi que des expériences de hautes pressions sur l'homme et les animaux. Ces expériences ont été reprises et contrôlées au « Lister Institute » de Londres, dans une chambre à décompression en acier. Dans la dernière série d'expériences, deux officiers ont réussi à descendre et à travailler par 35 toises de fond (67 mètres), ce qui constitue actuellement le record.

L'appareil qui sert dans la marine anglaise est le scaphandre de Siebe, Gorman and C°, dans lequel la valve d'échappement de l'air est placée un peu derrière l'oreille droite du casque et est doublée d'un robinet d'échappement pour le cas de surélévation de pression. Divers dispositifs particuliers avaient été ajoutés au casque et au scaphandre pour faciliter les expériences, et notamment les prises d'air durant la plongée. Avant la plongée, le scaphandre est vidé d'air jusqu'à la poitrine, car, déjà à un pied sous l'eau la pression sur le casque est considérable et le plongeur devrait dilater ses poumons pour contre-balancer l'effet de la pression, manœuvre très pénible. Les expériences relatives à la pression des gaz sous le casque sont d'ailleurs très dangereuses : hémo tysies, suffocation, arrêt du cœur, peuvent s'ens vre. C'est le Dr J. Haldane qui s'y soumit. Non seulement la valve règle la pression de l'air, mais aussi la stabilité. Sa place est habituellement derrière l'oreille droite, mais la respiration demeure assez fatigante et n'est aisée qu'au moment du coup de pompe qui envoie l'air. En déplaçant la valve vers les parties inférieures du scaphandre, la respiration devient de plus en plus facile, mais lorsqu'elle est placée plus bas que la poitrine, le plongeur perd sa stabilité. Un plongeur exercé doit savoir placer sa valve d'échappement ou même la supprimer, quand il veut marcher au fond à 4 pattes, par exemple. Autrement, il risque d'être enlevé brusquement à la surface, accident très dangereux lorsqu'il revient des grandes profondeurs. La position la plus commode pour le travail est la position couchée, valve grande ouverte. L'épistaxis est un phénomène assez fréquemment observé chez les plongeurs non exercés, lorsque, dans la période d'activité, ils ne ferment pas assez la valve. Lorsqu'un plongeur veut soulever un poids en tirant sur une corde, il peut à peine soulever les bras si sa valve est ouverte, tandis qu'il le fera sans peine en fermant presque entièrement sa valve.

La difficulté respiratoire ne provient pas de la profondeur — les pressions jusqu'à 40 toises même sont bien supportées — mais elle est due à l'augmentation de la pression de CO^2 dans l'atmosphère du casque. J. Haldane et Priestley (1) ont démontré qu'au repos complet, l'individu règle lui-même la pression de CO^2 à l'intérieur de la cellule pulmonaire, et que sa proportion est de 5 à 6 %. Le pourcentage est variable d'un indivdu à l'autre, mais constant chez un même individu. S'il augmente, même très peu, la respiration devient plus profonde par compensation ; s'il diminue, la respiration devient faible ou suspendue, jusqu'à ce qu'il revienne à la normale. Pendant un travail musculaire modéré, la valeur de CO^2 devient 3 ou 4 fois plus grande ; cette dernière quantité peut être doublée pendant un travail dur. Si, de plus, l'air inspiré est vicié, le volume d'air inspiré devient si considérable que le contenu de l'alvéole pulmonaire reste à un pourcentage presque normal.

Quand la pression atmosphérique est anormale, cette loi est détruite. Ce qui reste constant, ce n'est pas la quantité de CO^2, mais la pression absolue exercée par CO^2 dans l'alvéole et représentée par le pourcentage, multiplié par la pression atmosphérique totale.

A 765 m/m de pression, il y a 6, 01 % de CO^2.

A 1260 m/m de pression, il y a 3,53 % de CO^2, alors que les quantités absolues correspondant à ces pressions de CO^2 et déterminant une vapeur aqueuse dans l'air alvéolaire étaient de 5,65 et 5,68 %. A 2/3 d'atmosphère, l'air alvéolaire contient 8,25 % de CO^2 et à 6 atmosphères (28 toises d'eau de mer) 0,92 %. Ces faits ont été vérifiés dans les expériences de plongée ; un air avec 5 % de CO^2 cause une grande oppression à la pression atmosphérique ; à 35 toises de fond, il suffit de 0,68 % de CO^2 pour produire le même effet.

Donc, quelle que soit la pression supportée par le plongeur, il doit recevoir le même volume d'air à cette pression même. Un plongeur à 210 pieds ou 7, 4 atmosphères aura besoin de 7,4 fois plus d'air en poids et en volume qu'à la surface. Le travail nécessaire pour pomper l'air nécessaire devient donc très rapidement plus considérable.

De plus, comme le plongeur n'inspire pas seulement dans son casque, mais qu'il y expire aussi, il respire de nouveau plus ou moins du CO^2 qu'il produit, et par suite, il faudra qu'il respire beaucoup plus souvent et beaucoup plus profondément que normalement. L'accumulation de CO^2 dans le casque peut conduire à la perte de conscience, et il arrive que des plongeurs sont remontés dans cet état. Haldane et Priestley ont constaté qu'avec une augmentation de 2 % d'atmos-

(1) Une toise = 1 mètre 915 millim. ; un pied = 0 mètre 304 millim.

(1) *Journal of Physiology*, vol. 32, p. 225, 1905.

phère de CO^2, la quantité d'air frais absorbé par la cellule pulmonaire est de 70 %, augmentée ; à 3 %, de 100 %; avec 4 %, de 200 %; avec 6 %, de 500 %. Dans ce dernier cas, l'oppression est grave ; les maux de tête apparaissent. Avec 10 %, tendance à la perte de conscience ; avec 25 %, un animal meurt. Le Dr J. Haldane s'est soumis à des expériences de ce genre, dans le puits artificiel, afin de déterminer et les diverses proportions de CO^2, et le nombre des coups de piston à faire donner par la pompe.

Les expérimentateurs ont dressé un tableau de résultats de multiples analyses d'air prélevé dans le casque à divers profondeurs, le nombre des coups de pistons, le nombre des cylindres fonctionnant, la quantité d'air envoyée par minute et par pied cubique, ainsi que les différentes remarques sur le repos, le travail, la position de la valve, etc. De ce tableau ressortent les principales indications suivantes :

Quelle que soit la profondeur, le travail est facile si la proportion de CO^2 est moindre que 4 % ; il devient rapidement impossible au-dessus. La production de CO^2 par minute permet de savoir la quantité d'air à fournir suivant la profondeur. Pour celui des expérimentateurs qui est descendu le plus profondément, la production de CO^2 au repos était de 0,013 par minute ; la pression de l'oxygène était 7, 3 fois celle de la normale ou 153 % d'une atmosphère ; le sujet respirait 7, 3 fois plus d'oxygène, mais ses oxydations n'étaient pas augmentées puisque la production de CO^2 demeurait la même dans le puits artificiel ou à 35 toises de fond. En revanche, pendant le travail, la production de CO^2 est beaucoup plus forte. Un des sujets donna jusqu'à 0,079 pied cubique de CO^2 par minute à 7 toises de fond ! C'est-à-dire que la production de CO^2 était 8 fois plus grande qu'au repos.

Pour formuler une règle de ventilation, il faut choisir une pompe tournant à une certaine vitesse et qui ait été éprouvée ; elle doit fournir la ventilation convenable sans interruption. La vérification des pompes du service des plongeurs s'imposa et ne fut pas sans donner quelques alertes aux expérimentateurs et à l'expérimenté. Un détail important dans la construction de ces pompes est d'éviter l'échauffement de la machine et de l'air injecté. Le corps de pompe doit être entouré d'un manchon d'eau circulante.

Voici, par exemple, le type des données résultant de ces expériences faites à bord d'un torpilleur :

Profondeur de plongée : 33 toises.
Air par minute : 10 pieds cubiques.
Nombre de cylindres : 6.
Nombre de tours par minute : 23.
Puissance de compression par minute : 43.000.
Nombre d'hommes pour chaque séance de travail : 18.

(*A suivre.*)

LA SEMAINE MÉDICALE

Les vomissements réflexes dus à un trouble utérin

De tout temps, les médecins ont observé la fréquence des vomissements au début et même pendant le cours de la grossesse. Ces phénomènes, lorsqu'ils surviennent au début, sont généralement de minime importance et l'évolution même de la grossesse les calme peu à peu. D'ailleurs, point n'est besoin d'une grossesse pour provoquer des vomissements chez beaucoup de femmes, et l'un de nos assidus lecteurs, M. le Dr Guillon, de La Tremblade (Charente-Inférieure), nous adresse au sujet de l'étiologie des vomissements réflexes utérins, une série de remarques, qui nous paraissent fort judicieuses :

« Les femmes vomissent souvent dans les premiers mois de la gestation, dit-il, parce que tout changement dans la forme, dans la position, dans le poids de l'utérus retentit sur les fonctions de l'estomac. » Par conséquent, une simple augmentation de volume, un simple déplacement de l'utérus, suffit pour amener des vomissements réflexes tenaces et désespérément longs, en dehors de toute éventualité de grossesse.

M. Guillon cite, entr'autres exemples de vomissements réflexes utérins, le cas suivant : « Il y a quelques années, venait s'échouer à ma petite Station balnéaire, Ronce-les-Bains, une demoiselle de trente ans, d'excellente famille, qui venait chercher sur nos rives une amélioration à l'état lamentable de son estomac, amélioration vainement demandée depuis longtemps aux praticiens les plus renommés, et à tous les traitements connus.

« Après examen complet de l'appareil digestif, et connaissance de tous les traitements suivis, je passai à l'appareil génital.

« Elle était bien réglée, sans leucorrhée, ni souffrance aucune de ce côté ; de plus, elle était vierge.

« Tout cela ne me convainquit pas. Je persistai, faute d'autre explication, à chercher de ce côté.

« Lasse de souffrir depuis dix ans, réduite à l'état de squelette, elle se résigna à mon examen.

« Je détruisis donc la précieuse membrane, et mon exploration prouva la justesse de mon diagnostic.

« L'utérus était basculé complètement, le museau de tanche en haut, maintenu dans cette position par des brides péritonéales très solides. La malade se rappela alors avoir commencé à vomir après une fièvre typhoïde accompagnée de péritonite, contractée à l'âge de vingt ans.

« Des manœuvres à double action, avec les deux mains simultanément intra et extra, un massage énergique, des douches, etc., en ramenant l'uté-

rus peu à peu à sa situation normale, amenèrent d'abord une amélioration rapide, et au bout de deux mois, la guérison complète et définitive.

« Combien de femmes ayant essayé inutilement tous les traitements directs contre des vomissements incoercibles, ont été guéries par un traitement gynécologique approprié ? »

Méfions-nous donc des affections de l'estomac qui résistent à tous les traitements classiques, surtout lorsqu'il y a des vomissements tenaces. Chez les femmes, c'est l'appareil génital qu'il faut incriminer ; un examen approfondi s'impose donc formellement.

Paracentèse du péricarde.

M. le Dr Alph. Gras a étudié, au Laboratoire d'anatomie de Clermont-Ferrand, la technique de la paracentèse du péricarde ; nous trouvons les résultats de ses recherches dans sa thèse de doctorat.

1° Les injections variées de la cavité péricardique, faites avec une pression moyenne, ont démontré que le cœur ne tombe pas au fond du liquide injecté, mais surnage.

Rarement, l'injection recouvre toute l'étendue de la face antérieure du cœur ; dans tous les cas la couche y est relativement mince. Souvent une partie de cette face antérieure — correspondant au quatrième espace intercostal, à la cinquième côte et au cinquième espace intercostal gauche — est à nu et en contact direct avec le péricarde.

2° La paracentèse du péricarde faite par la partie la plus interne du cinquième espace intercostal gauche (procédé de Baizeau, de Delorme, de Mignon) — outre qu'elle n'évite pas toujours la plèvre — conduit habituellement sur une région non injectée de la cavité péricardique. Le trocart tombe sur la face antérieure du cœur et parfois, non loin d'une sinuosité de la branche artérielle cheminant le long du sillon interventriculaire antérieur.

3° La paracentèse du péricarde à gauche et à une certaine distance du sternum (procédé de Huchard et surtout de Dieulafoy) conduit fatalement à la blessure de la plèvre.

4° La paracentèse du péricarde à droite est donc préférable.

5° La paracentèse faite par les troisième et quatrième espaces intercostaux droits (procédé de Schaposchnikoff) détermine assez souvent la traversée de la plèvre.

6° La paracentèse de choix dans les épanchements moyens — à plus forte raison dans les grands — se fera dans le sixième espace intercostal droit. On rasera le bord droit du sternum en dirigeant le trocart vers l'aisselle gauche. La plèvre n'est jamais intéressée. Le péricarde est ouvert dans la région où l'épanchement est considérable, à la hauteur du bord inférieur du cœur ou un peu au-dessous.

7° Dans les petits épanchements, il est vrai qu'alors la paracentèse est rarement nécessaire, et, quand il y aura impossibilité à passer par le sixième espace intercostal droit, on pourra utiliser le cinquième espace intercostal droit. On dirigera le trocart vers le mamelon gauche. On n'est pas à l'abri de la traversée pleurale ; elle est cependant assez rare. On atteindra le péricarde à l'union du bord inférieur et du bord droit du cœur dans une région où l'épanchement est suffisamment considérable.

8° Les injections ont établi que le liquide pénètre partout dans la cavité péricardique, que tous les culs-de-sac existant au niveau de la ligne de réflexion de la séreuse sont distendus. Seul le cul-de-sac de Haller semble recevoir très peu de liquide.

Régime lacté et régime achloruré dans le mal de Bright.

M. le Dr Joseph Dury a fait dans sa thèse la comparaison du régime lacté et du régime achloruré dans le mal de Bright. Voici les résultats de ses observations :

Le régime lacté absolu donne généralement de bons résultats dans le traitement des accidents du mal de Bright. S'il n'est pas maintenu trop longtemps, il ne semble pas qu'il puisse être nuisible.

Le régime achloruré donne, lui aussi, des résultats favorables. Si l'on a soin de prendre certaines précautions, il n'est nullement dangereux.

Le régime lacté absolu est indiqué chez tout brightique en poussée aiguë, en instance d'urémie, avec ou sans œdème (en cas de grande urémie, diète hydrique). Mais il n'est qu'un régime d'exception transitoire, qu'il ne faut pas prolonger au-delà du strict nécessaire.

Le régime achloruré est surtout indiqué en cas de poussée œdémateuse au cours du mal de Bright. Mais même en l'absence d'œdème, il est bon de l'essayer après la diète lactée. La viande n'entrera dans sa composition qu'après une période végétarienne.

Il convient d'individualiser la diététique du mal de Bright. Chaque malade réclame un régime qui lui est personnel. Donc, pour un cas donné, essayer successivement chaque régime ; l'expérience clinique montrera celui qui est le mieux adapté aux conditions du sujet et aux diverses phases de sa maladie.

Récidives précoces de la luxation de la hanche.

De même que la luxation de l'épaule, la luxation traumatique de la hanche peut récidiver peu de temps après sa réduction.

Les lésions osseuses, articulaires, inflammatoires ou autres, musculaires, paraissent peu susceptibles de la produire ; les mouvements qui mettent le membre dans une position voisine de celle qu'il occupait quand la luxation

s'est produite, paraissent être la cause efficiente du déplacement.

En ce qui concerne la luxation iliaque, le mouvement d'adduction et de flexion semble le plus propice à la reproduction de la luxation. La conséquence pratique de cette étude sera la suivante :

Nécessité de ne pas abandonner à elle-même une luxation de la hanche réduite.

Une contention soignée immobilisera le membre dans l'axe du corps et empêchera la flexion pendant un certain temps.

L'intervention précoce dans l'appendicite chez l'enfant.

M. le Dr VIGNARD, chirurgien de Lyon, a fait à la Société médicale des hôpitaux, une communication sur le diagnostic et la nécessité de l'intervention précoce dans l'appendicite chez l'enfant. La *Pédiatrie pratique* a rapporté tout au long cette intéressante étude :

« De nombreux exemples montrent que l'intervention précoce donne d'excellents résultats chez l'enfant. Il y a donc nécessité de faire un diagnostic précis de bonne heure. Pour ce diagnostic, l'auteur insiste sur deux particularités, que l'on retrouve dans beaucoup d'observations : le début en deux temps de la crise, et la douleur épigastrique.

« Plusieurs fois, on a pu noter qu'il y avait eu pendant vingt-quatre ou trente-six heures des douleurs abdominales vagues, de l'inappétence, parfois même des signes plus accusés, tels que douleur au point de MAC BURNEY et vomissements, puis tout était rentré dans l'ordre pendant un jour ou deux et, à ce moment, avaient éclaté, plus caractérisés, plus impérieux, les signes pathognomoniques de l'appendicite confirmée. C'est, en effet, une notion capitale à retenir : l'appendicite est avant tout une maladie chronique très polymorphe, et traversée par des crises aiguës qui amènent seules le malade au chirurgien.

« Le deuxième point à signaler, c'est la localisation épigastrique et spontanée, très fréquente dans l'appendicite et qui fausse souvent les données de l'examen.

« Chose curieuse, cette douleur paraît fréquemment liée à un état pathologique des organes de la fosse iliaque droite. Dans une communication au Congrès de Chirurgie de 1901 sur le cancer du cæcum, M. GOULLIOUD insistait déjà sur les douleurs et les troubles gastriques, accompagnés une fois d'hématémèse, qui avaient fait prendre quelques malades pour des cancéreux gastriques.

« A l'Académie de médecine de 1906, HUCHARD apportait un exemple du symptôme signalé plus haut, d'autant plus frappant et d'autant mieux étudié qu'il s'agissait d'un confrère chirurgien, qui fut opéré par la suite. L'observation mentionne que l'appendice, très adhérent, fut d'une dissection très pénible. L'auteur en a lui-même observé un exemple entre bien d'autres, très typique, chez un malade dont la région épigastrique était plus douloureuse que la fosse iliaque droite à chaque crise. On aurait peut-être pu songer chez lui à une localisation anormalement haute de l'appendicite. Chose paradoxale, il fit un énorme abcès pelvien, qui fut vidé par le rectum.

« FOWLER, dans son *Traité de l'Appendicite* paru à Philadelphie en 1900, insiste beaucoup sur cette localisation douloureuse, et rapporte que dans un cas où BACON, de New Haven, enlevait l'appendice à froid sous anesthésie cutanéo-musculaire à la cocaïne, il remarqua que le patient accusait une douleur très vive dans la région ombilicale au moment où il saisissait et écrasait l'organe avec une pince. En résumé, le diagnostic est facile, et l'intervention dans les 24 heures donne de bons résultats : c'est le contraire lorsqu'on attend au 3e ou au 4e jour. »

REVUE DE L'ÉTRANGER

Infusions salines et altérations rénales. — Le prolapsus génital est la conséquence d'une primiparité tardive. — Ataxie cérébrale aiguë au cours d'une diphtérie. — Sur la décortication des reins dans l'éclampsie. — La propagation de la fièvre typhoïde par les nourrissons.

KAWASOYE (de Formose), ayant observé dans deux cas de néphrite gravidique une aggravation suivie de la mort après des infusions salines, eut l'idée de rechercher par l'expérimentation sur le lapin de quelle façon le *parenchyme rénal, sain ou malade, était capable d'éliminer le chlorure de sodium* apporté par une infusion saline. De ses recherches (*Zeitsch. f. Gynecologæ. u. Urologie*, Bd. I, H. 6), il résulte que :

1° Le parenchyme rénal sain élimine rapidement le chlorure de sodium qui se trouve dans le sang ;

2° Le parenchyme rénal sain n'est ni irrité, ni altéré par l'infusion saline elle-même ;

3° Le rein malade n'est pas capable d'éliminer complètement le chlorure de sodium qui se trouve dans le sang, de telle sorte qu'il se produit une rétention de chlore dans le sang. Il est contre-indiqué de faire des infusions salines sous-cutanées quand le rein est malade.

D'après la statistique clinique, établie par FETZER (*Münch. Med. Wochens.*, n° 2, 1910), il apparaît que le *prolapsus génital est surtout une conséquence de la primiparité tardive.*

Les femmes, qui pour la première fois accouchent avant l'âge de 20 ans, sont exceptionnellement exposées à une lésion organique permanente due au traumatisme obstétrical. La primipare précoce acquiert d'autre part la faculté d'accoucher ultérieurement sans risques.

Plus est retardé le premier accouchement, plus sont grandes les chances d'un prolapsus génital ultérieur, et la courbe de ces chances s'élève d'une manière régulière et progressive jusqu'à la 27e année environ. Après cet âge, les chances subissent d'année en année un accroissement notable, et bientôt elles prennent la valeur d'une quasi-certitude.

Le nombre des accouchements n'exerce, d'après l'auteur, aucune signification étiologique spéciale.

Bruckner (*Berl. Klin. Wochens.* 1909, n° 34) relate un cas curieux d'ataxie, observé chez un enfant de 4 ans, atteint de diphtérie et croup sans manifestations toxiques. Au cours du second septénaire de la maladie, il constata un léger déficit intellectuel, une ataxie statique et motrice très prononcée sans paralysie ni troubles sensitifs ; il existait en même temps des troubles de la parole, qui était aphone, lente et scandée. Ultérieurement, il put voir s'établir une paralysie passagère de la vessie et du rectum. Après quelques mois, la guérison survint.

Au début de la maladie, les réflexes rotuliens étaient exagérés. Le syndrome observé ressemblait à celui qui a été tout d'abord décrit par Westphal et qui a ensuite reçu de Leyden le nom d'ataxie cérébrale aiguë. Il répond, au point de vue anatomique, d'après ce dernier auteur, à une encéphalo-myélite disséminée, et doit être soigneusement distingué du pseudo-tabès d'origine périphérique.

Stoeckel (de Marbourg) considère que la *décortication des reins dans l'éclampsie* est indiquée chaque fois que les crises consulsives deviennent plus graves, malgré la délivrance, la diaphorèse et la saignée ; elle est indiquée, quel que soit l'état, bon au mauvais, de la diurèse.

Eisenreich (de Munich) règle la nécessité de cette intervention sur la durée de l'anurie et de l'oliguric, que l'état général s'aggrave ou qu'il reste stationnaire après la délivrance, si les crises convulsives ou le coma persistent.

D'après Sippel (de Francfort), la décortication améliore la circulation dans les territoires capillaires des reins. Toutefois, dès qu'elle est indiquée, elle doit être pratiquée, c'est-à-dire avant que ne se produise une nécrose totale de l'épithélium rénal. Sur 46 femmes opérées, 30 restèrent en vie. D'après les travaux publiés, il semble que cette opération ne soit pas encore assez connue dans ses résultats ; aussi d'autres auteurs observent-ils dans leurs appréciations une plus grande réserve que Sippel. (*Zeitsch. f. Gynek. Urologie*, 1910, Bd. II, H 2).

Nous citons ci-dessous une observation clinique, qui nous montre d'une façon claire suivant quel mode les *nourrissons peuvent servir à la propagation de la fièvre typhoïde,*

L'organisation systématique de la prophylaxie de la fièvre typhoïde (au moyen des laboratoires bactériologiques régionaux, d'équipes volantes de bactériologues, etc.) avait déjà permis en Allemagne d'établir toute l'importance du rôle joué par les enfants dans la propagation de cette maladie de maison à maison : les enfants pouvaient, en effet, présenter des infections typhiques si légères qu'elles n'étaient pas diagnostiquées ; aussi constituaient-ils des facteurs de propagation qui échappent parfois aux investigations de l'épidémiologiste.

Ces idées se confirment facilement de jour en jour davantage ; si les enfants propagent facilement le typhus abdominal, ce n'est pas qu'ils sont plus souvent atteints que les adultes, mais que chez eux, l'évolution plus bénigne de la maladie rend le diagnostic plus difficile. De plus, on sait maintenant que les nourrissons sont encore plus dangereux que les enfants plus âgés, étant donné qu'ils présentent des symptômes objectifs difficiles à comprendre, peu caractéristiques et que la subjectivité chez eux entre à peine en ligne de compte. A cet égard, l'observation suivante de Rommeler (*Munch. Med. Wochens.*, 1910, n° 18) montre qu'une infection typhique latente du nourrisson peut déterminer toute une série de fièvres typhoïdes graves :

« Le 29 novembre 1909, entrait à l'hôpital une femme qui présentait de l'hyperthermie et des symptômes généraux de nature indéterminée ; huit jours plus tard, on portait le diagnostic de fièvre typhoïde. Le nourrisson de cette femme, âgé de 18 mois environ, avait été allaité par elle jusqu'au jour de son entrée à l'hôtal ; il avait ensuite été recueilli par une famille amie. Dès le premier jour, sa mère adoptive s'était aperçue qu'il avait un peu de diarrhée ; elle y attacha d'autant moins d'importance que le petit enfant venait d'être sevré. Or, 14 jours plus tard (incubation normale), cette mère adoptive présentait tous les signes de fièvre typhoïde ; le 4 janvier 1910, c'était le tour de sa fille de 6 ans ; le 6, celui d'une nièce âgée de 3 ans, qui chaque jour venait jouer avec sa cousine. Le 18 janvier, le propre nourrisson de la mère adoptive et une de ses autres filles, âgée de 15 ans, prenaient encore la fièvre typhoïde.

Puisque toute la famille était malade, on prit une parente âgée de 20 ans de venir donner les soins nécessaires aux patients ; mais le 2 février, celle-ci prenait elle-même la fièvre typhoïde et mourait au bout de six jours ».

Si l'on pouvait garder quelque doute sur le rôle de propagateur joué par ce nourrisson pour ces 6 cas de fièvre typhoïde, on serait définitivement convaincu par les résultats des examens bactériologiques ; en effet, le 19 janvier 1910, la réaction de Gruber-Widal montra que le sérum du nourrisson agglutinait au titre de 1/100 ; et de plus, les 21 et 26 janvier, le bacille d'Eberth fut décelé dans ses selles.

Ce nourrisson était donc bien atteint de fièvre typhoïde, malgré ses troubles intestinaux insignifiants.

Instruit par cet exemple, Rommeler donne les conseils suivants : quand une mère, qui allaite elle-même son enfant, prend la fièvre typhoïde, il est instamment recommandé d'envoyer en même temps à l'hôpital la mère et l'enfant ; ca,

malgré une bonne santé apparente, ce nourrisson d'une typhoïdique peut propager la fièvre typhoïde.

Dr Fiser.

FORMULAIRE RAISONNÉ

La noix vomique.

Par le Dr André Lombard.

La Strychnine (*Suite*).

Qu'il s'agisse d'adynamie, de tendance au collapsus, de bronchoplégie, d'asthénie nerveuse ou musculaire, il y a souvent avantage à substituer la méthode par injection à la méthode par ingestion pour l'administration de la strychnine. On formulera alors :

Sulfate de strychnine.....	cinq milligr.
Eau de laurier-cerise.....	2 cmc.
Eau distillée bouillie.....	8 cmc.

dont 1 cent. cube contient un demi milligr. d'alcaloïde ; on en peut faire deux à quatre injections d'un cent. cube. On peut faire aussi bien une solution d'un centigr. dans 10 cent. cubes. On utilisera surtout les injections dans les polynévrites d'origine infectieuse ou toxique ; elles sont, d'après M. Raymond, très utiles pour exciter les centres médullaires qui commandent la nutrition des nerfs et des muscles dégénérés ; l'injection quotidienne d'un milligr. doit être longtemps prolongée, et interrompue seulement en présence de phénomènes d'intolérance, puis reprise après une période de repos. Une injection locale d'un ou deux cent. cubes dans la névralgie sciatique fait quelquefois disparaître la douleur.

Dans les cas où la spartéine est indiquée aussi, on formule :

Sulfate de strychnine.....	un centigr.
Sulfate de spartéine...	0 gr. 30, 0 gr. 40 ou 0 gr. 50
Eau distillée bouillie.....	10 cmc.

dont on injecte un, deux ou trois cent. cubes par jour, selon la quantité de spartéine et selon l'indication (fièvre typhoïde, grippe, pneumonie, œdème pulmonaire). Il est bon aussi d'injecter un milligr. de strychnine et trois centigr. de spartéine aux malades atteints de coma, chez qui la congestion céphalique coïncide avec de l'hypotension dans le reste du système circulatoire.

Si l'on doit employer le sérum physiologique, dans les états adynamiques, on injectera 20 à 50 cent. cubes de :

Sulfate de strychnine.....	deux milligr.
Sulfate de soude.....	0 gr. 30
Chlorure de sodium.....	0 gr. 50
Eau distillée bouillie.....	100 gr.

(Debove, Pouchet, Sallard.)

Voici une autre solution qui peut être utilisée dans les cas de débilité, de convalescence :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 002 milligr.
Méthylarsinate sodique.....	0 gr. 05
Glycérophosphate de soude..	0 gr. 10
Eau distillée.....	1 cmc.

(Vadam.)

On en injecte 1 cent. cube par jour pendant dix jours. « Cette solution doit être stabilisée par un équilibre de saturation permettant, d'une part, la stérilisation, d'autre part, assurant par une neutralité convenable, la qualité indolore du médicament ». (Vadam). On pourrait remplacer le méthylarsinate par le cacodylate.

L'*arséniate de strychnine* est souvent prescrit à la place du sulfate, à la dose de deux à trois milligr. Dans l'asthénie musculaire, le tabès, on fait prendre matin et soir une cuillerée à soupe de :

Arséniate de strychnine.....	deux centigr.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	60 gr.
Eau distillée.....q. s. p.	300 cmc.

On peut aussi le donner en gouttes, comme le sulfate, du reste, dans l'anémie, l'anorexie, les convalescences :

Arséniate (ou sulfate) de strychnine.....	quatre centigr.
Eau de laurier-cerise....	10 gr.

dont cinq gouttes contiennent un milligramme de strychnine ; à prendre dans un peu d'eau, de bière, ou une infusion amère avant les repas.

Dans la grippe hyperthermique, la fièvre typhoïde à forme sudorale, où les bains froids ou frais sont plutôt contre-indiqués, on peut utiliser l'action antithermique du pyramidon et corriger ses effets dépressifs en faisant prendre, dans l'après-midi, un cachet avec :

Arséniate de strychnine....	deux milligr.
Caféine.....	0 gr. 10
Pyramidon.....	0 gr. 20

en 1 cachet, n° 6.

Si l'on recherche plutôt une action cardio-tonique, on injectera un ou deux cent. cubes de :

Arséniate de strychnine.....	un centigr.
Sulfate de spartéine	0 gr. 40
Eau distillée bouillie.....	10 gr.

C'est dans l'alcoolisme chronique, pour lutter contre l'état de prostration, d'adynamie, d'anorexie, qui suit les crises de delirium tremens que la strychnine (sulfate ou arséniate) trouve un emploi intéressant ; en injection ou en ingestion, par prises d'un demi-milligr. renouvelées quatre à huit fois par jour, elle rend de grands services, et son emploi n'est contre-indiqué que par des lésions graves du foie et des reins.

Cacodylate de strychnine. — Voir *Concours médical.* — 1910, p. 21.

Dans la neurasthénie, les convalescences, on

associe fréquemment son action à celle des glycérophosphates ; on peut injecter chaque jour un cent. cube de la solution suivante :

Cacodylate de strychnine.....	0 gr. 01 à 0 gr. 02
Glycérophosphate de soude ...	1 à 2 gr.
Glycérine.	3 gr. 5
Eau distillée bouillie.....	q.s.p 10 cmc.

laquelle pourra être mise en ampoules d'un cent. cube.

La *strychnine* est quelquefois utilisée pour l'usage externe ; on fait faire matin et soir une onction avec la pommade suivante :

Strychnine.....	1 gr.
Lanoline.....	30 gr.

M. S. A.

sur la colonne vertébrale, dans le tabès ; sur les membres, dans la paralysie infantile, quand d'autres traitements n'ont point donné de résultats, et surtout pour ne pas paraître inactif en présence d'une affection chronique.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Un appareil de marche pratique dans les fractures et affections de la jambe ;

Par le Dr Paul Rousseau (du Caire),
Médecin de l'hôpital de Darb-el-Ahmar.

J'ai voulu réaliser un appareil simple, non fragile, un véritable *appareil de marche*, à la portée de tous les praticiens, et qui déjà m'a donné les résultats les meilleurs. Il tient un peu, naturellement, des appareils de cuisse ou de jambe qui l'ont précédé (tuteur de Am. Bonnet et tuteur de Taylor). Il se compose de deux pièces principales : 1° une guêtre de cuir épaisse et forte, mais assez souple pour épouser un peu les dépressions et saillies musculaires de la cuisse sur laquelle elle se lace, et à laquelle elle adhère bien du fait de sa rugosité, du fait de la légère pression des lacs, et de ce fait aussi que la cuisse pouvant être comparée à un tronc de cône à grande base supérieure, cette guêtre poussée de bas en haut par la résistance du sol opposée au poids du corps adhère davantage, ne pouvant remonter. Cependant de chaque côté de la guêtre et intimement adhérente à cette guêtre est fixée une glissière de cuir épaisse et rigide : cette glissière sera la gaine où s'engageront les tiges de l'étrier, qui buteront à l'orifice supérieur cousu solidement (fig. 1).

2° Une barre de fer brut (demi-rond 7/14) ; de section, de forme et de grosseur d'une petite tablette de chocolat (1) coudée deux fois à angles arrondis (étrier), de branches inégales dont la surface aplatie est tournée en dedans c'est-à-dire côté cuisse. La branche externe (plus longue) entre à frottement dans la gaine de la guêtre et monte, appuyée sur le fascia lata et passant un peu en avant du grand trochanter jusqu'à la crête iliaque : là, elle est au fond de la gaine. En ce point un bouton métallique fixe les deux chefs d'un sous-cuisse qui *chausse* bien le pubis, partageant, décomposant, et le poids du corps et les lignes de forces sur les différents points de l'appareil. La ceinture fixée au même endroit assure la contention de l'appareil et la solidité du tout. De sorte que le malade, sa jambe étant suspendue entre les deux tiges de l'étrier, où quelques tours de bande la maintiennent sans vaciller, marche avec une sûreté absolue, et peut même vaquer à certaines occupations. (J'ai vu des paysans vaquer aux petits soins de la ferme, et des enfants aller à l'école.) Le blessé marche évidemment dans la même attitude qu'un malade pourvu d'une jambe de bois après amputation de cuisse.

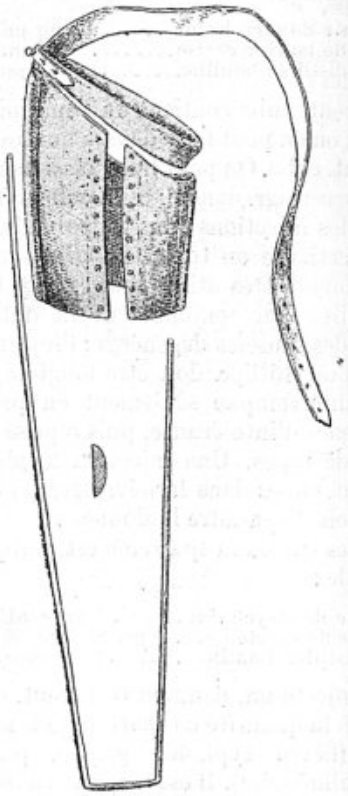


Fig. 1. — Pièces constituant l'appareil. Guêtre munie de la ceinture et du sous-cuisse. Etrier à tiges inégales, fait d'une seule barre de fer coudée deux fois. Section de la barre de fer.

Je ne décrirai pas plus longuement, les dessins ci-joints permettant une conception facile de l'appareil et plus explicites toujours qu'une fastidieuse rédaction (figures 2, 3 et 4).

Donc, dans une fracture de jambe, si l'on arrive assez tôt, réduction, et si pas de contre-indication formelle, plâtrer sans attendre l'œdème qui, du reste, si la fracture est bien réduite et bien plâtrée, se manifeste peu, obéit à la conten-

(1) Peu importe l'élégance ou la richesse de la comparaison, pourvu qu'elle soit « signifiante », comme disait Montaigne.

tion et disparaît. L'œdème est-il survenu avant l'arrivée du médecin, on réduit et on fait un plâtre bivalve de contention, et suivant l'augmentation ou la régression de l'œdème, des bivalves successifs, ce qui est très simple.

Après le plâtre fait, on applique un appareil et le malade marche aussitôt.

Si la fracture est ouverte, faire un plâtre fenêtré (fig. 2) ou univalve postérieur, comme la gouttière de l'appareil de Reclus, ou univalve latéral avec semelle, suivant les circonstances.

Il ne s'agit, bien entendu, que de plâtres bien faits, par la méthode circulaire, la seule, et non pas de plâtres à la mode ancienne, taillés, découpés approximativement, jamais très précis. En résumé, il faut des plâtres-moulages, et s'efforcer vers la perfection d'un Calot.

Pour les tuberculoses de la jambe (genou, pied) où l'immobilisation est absolument requise pendant de longs jours, cet appareil permet au malade de se mouvoir, de se promener, avantages qu'on ne peut apprécier vraiment à leur juste prix que lorsqu'on a vu de près l'ennui des pauvres malades condamnés à l'immobilité exaspérante, et la désespérance dans les yeux des enfants qui regardent les autres jouer.

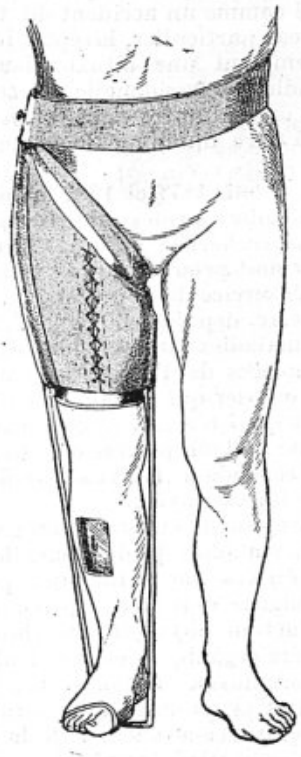


Fig. 2. — Appareil en place et plâtre fenêtré pour fracture compliquée à surveiller (ou plâtre bivalve). La tige interne de l'étrier n'est pas tout à fait assez haute ; elle doit arriver presque au contact du sous-cuisse.

Il va sans dire que dans les cas de tuberculose du genou, le plâtre monte un peu plus haut (4 ou 5 travers de doigt au dessus du bord supérieur de la rotule). Si des soins sont nécessaires, on fait un plâtre bivalve ; ainsi pour le pied ou le tibia, ce qui permet de surveiller, de panser, et d'immobiliser ensuite avec fermeture hermétique des valves par enroulement de bandes silicatées ou de tarlatane gommée simplement.

Le grand avantage de cet appareil est donc d'être *amovible, tout entier ou en partie.*

— Veut-on mettre le malade au lit pour le repos de la nuit, il suffit de délacer la guêtre de déboutonner ceinture et sous-cuisse fixés au même point.

— Veut-on seulement mettre le malade sur une table de pansement pour un instant, il suffit de tirer l'étrier qui sort facilement à la moindre traction.

— Le pansement fait, on replace l'étrier (cette sorte de coulisse de trombone, dirai-je) et le malade est debout et marche.

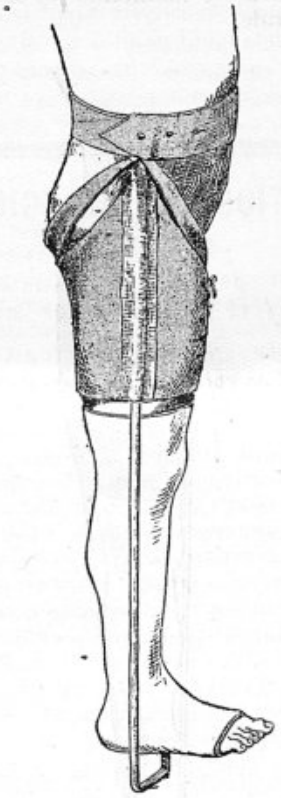


Fig. 3. — Appareil en place et vu latéralement.

Cet appareil est simple, très peu coûteux, commode, pratique et amovible. Simple puisqu'il ne se compose que d'une gaine de cuir, d'une barre de fer et d'un plâtre ; commode, puisque dans la campagne la plus perdue, on a toujours sous la main ces objets de première nécessité, et un cordonnier et un maréchal-ferrant capables en quelques minutes de construire l'appareil en question ; pratique, puisqu'il peut être appliqué par n'importe quel médecin, et qu'il donne les meilleurs résultats. Enfin et surtout, avons-nous dit, il est amovible.

En outre, il évitera les complications qui accompagnent parfois les fractures. Il évitera

aux vieillards les congestions pulmonaires dues au long séjour au lit : il préviendra, chez les blessés ayant subi de grands chocs, les pleurésies et les pneumonies traumatiques.

Tireront grand profit de mon appareil les ouvriers, qui marcheront, prendront l'air, au lieu de voir s'en aller leurs forces et fondre leur musculature au lit d'hôpital, et qui seraient de ce fait incapables de travailler utilement le jour de l'exéat, atrophiés et débilités qu'ils seraient par de longs jours d'immobilité. En ville encore, il y a des assurances, des mutuelles permettant des soins consécutifs, des massages ; mais non à la campagne où l'immobilisation complète, l'incapacité de travail ou de surveillance d'un seul peut causer l'embarras dans la ferme. La jambe, seule, sera légèrement atrophiée (ce qui est inévitable et vite réparé), mais, par l'appareil de marche, aura été maintenue et sauvegardée la santé générale.

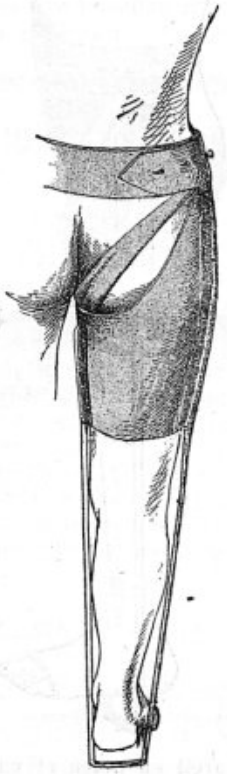


FIG. 4. — Appareil en place, vue postérieure. La musculature de la cuisse est exagérée, comme dans la fig. 2. S'il en était ainsi sur le malade, il ne faudrait pas couder la barre même légèrement, d'où perte de sa rigidité, mais la faire entrer dans la gaine un peu plus haut dans la ligne d'aplomb ; la gaine par conséquent étant cousue un peu moins bas sur la guêtre qui, elle, conservera sa longueur normale pour garder son maximum de surface adhésive.

Grâce à cet appareil pourront marcher les malades atteints de traumatismes, de plaies, de maladies cutanées, de *varices* (dans ce dernier cas la jambe et le pied seront bandés, et dès l'extrémité des orteils, par une bande extensible, perméable à l'air et qui fasse une compression progressivement décroissante de bas en haut), enfin et surtout les malades atteints *d'entorses* (et, du fait de la déclivité de la jambe suspendue, se trouvera assurée la stase veineuse de Bier).

Cet appareil de marche est donc indiqué, semble-t-il, dans la plupart des affections de la jambe.

ASSURANCE SOCIALE

A propos du nouveau projet de loi sur les assurances en Allemagne. Les maladies professionnelles.

Le nouveau projet de loi sur les assurances vient d'être remanié et soumis, dans son nouveau texte, au Parlement allemand. Un des reproches principaux que lui fait Ewald WALTHER (*Deutsch. med. Wochens.*, 1909, page 1530), c'est qu'il ne comprend pas les maladies professionnelles. Quoi de plus injuste, puisque généralement un seul dommage, brusquement survenu, est considéré comme un accident du travail, et que, dans le cas particulier, la répétition de dommages déterminant une intoxication chronique, la maladie professionnelle en somme, est conçue dans un tout autre esprit et peut tout au plus servir à faire diminuer la rente d'invalidité ?

En Suisse, depuis 1877 et 1881 la loi reconnaît certaines maladies professionnelles ; mais, en réalité, le but recherché n'est pas atteint, puisque l'ouvrier doit prouver que la maladie est le résultat de l'exercice de sa profession.

En Angleterre, depuis 1906 et 1907, la loi reconnaît 26 maladies professionnelles donnant droit aux bénéfices de l'assurance ; malheureusement tout ouvrier qui s'embauche doit certifier par écrit qu'il n'est, à sa connaissance, atteint d'aucune maladie professionnelle, de telle sorte que, si cependant il en est atteint, aucune indemnité ne lui est payée.

L'auteur propose de classer en un groupe spécial certaines maladies professionnelles qui seraient caractérisées par ce fait, que pour elles, l'action morbigène doit être répétée et qu'elle repose sur l'action physique ou chimique de corps étrangers organiques ou inorganiques, envahissant l'organisme humain. Ces maladies professionnelles proprement dites seraient rattachées à l'assurance-accidents. De la sorte, les règles de justice seraient respectées, et la fréquence des maladies les plus importantes diminuerait puisque les patrons chercheraient à les éviter par des mesures de précaution plus sérieuses, ainsi que par un choix meilleur des ouvriers.

Dr FISER.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Médecins et Mutualistes

Le conflit, ses causes et ses dangers.

L'année dernière, au Congrès Mutualiste tenu à Nancy, de graves paroles furent prononcées. On osa dire que les Médecins pourraient, à leur gré, se plaindre, s'irriter même, de la façon dont ils sont traités, mais que leurs plaintes resteraient vaines, car la Mutualité, ayant l'argent, détient la force. Habitués toujours à plus de déférence et souvent à plus de reconnaissance, de nombreux Médecins se sont émus de ces paroles menaçantes. Parmi eux, il en est qui appartiennent à la Mutualité. Il en est d'autres qu'elle ne connaît pas. Réunis pour se livrer à une étude rigoureuse, impartiale, des rapports entre Médecins et Mutualistes, c'est exclusivement dans ce but qu'ils ont créé la *Fédération des Médecins de la région parisienne.*

Ce groupement, à peine constitué, comprend déjà plus de *trois mille Médecins parisiens*, décidés à leur tour à être la force, pour mettre un terme à certains agissements qui ont trop longtemps duré.

Il est infiniment triste, en effet, de constater que dans quelques sociétés où fonctionne le système dit « à l'abonnement », les honoraires médicaux ne dépassent pas 0.50 centimes.

Sans s'arrêter plus qu'il ne convient à ce chiffre réellement déconcertant, il est permis toutefois d'affirmer que nos honoraires sont presque toujours fort réduits, sinon dérisoires, et il est à craindre que les soins ne se ressentent parfois d'une aussi invraisemblable parcimonie. Or, ceci est indigne de nous, indigne des Mutualistes qui, pour la plupart, ne sont pas des indigents. Aussi, avons-nous la volonté bien arrêtée de fournir un effort continu pour faire modifier ces conditions devenues inacceptables. D'abord, le système à l'abonnement doit être condamné sans appel ; il est illogique, inadmissible, car il faut établir nos honoraires sur des réalités et non sur des probabilités. Nous espérons également que le jour viendra, où le libre choix du Médecin par le Sociétaire sera possible. Tout démontre que le Mutualiste aspire à ce droit, que lui confère le paiement de sa cotisation.

C'est avec une inlassable obstination, mais sans hâte, que nous étudierons les moyens d'aboutir. Nous ne voulons, en effet, rien détruire ni rien bouleverser, nous avons à la fois le souci des budgets mutualistes et le respect indiscutable, absolu, des situations que les Médecins ont acquises ; aussi médiocres, aussi peu enviables que soient ces situations, il ne nous appartient pas d'adresser à certains Confrères le reproche de les apprécier, car, à coup sûr, ils nous aideront à les améliorer. Si nous savons bien que la dure obligation du fonds commun inaliénable rend indisponible une grosse part des ressources dont disposent les Sociétés, nous savons aussi qu'il est opportun de suivre la Loi économique et de songer à une majoration des cotisations. Cette majoration devenue désormais nécessaire, inévitable, serait extrêmement minime, ainsi que nous le démontrerons quand le moment sera venu.

D'autre part, il semble difficile d'imposer brusquement le libre choix du Médecin, sans porter atteinte aux situations acquises. C'est donc par étapes successives qu'il faudra procéder. L'extinction, les démissions spontanées, constitueront, avec le relèvement préalable des honoraires, un moyen rationnel et peu subversif d'obtenir une réforme attendue de tous, et que plus de *trois mille Médecins* vont poursuivre.

Le Corps Médical a donné maintes preuves de son désintéressement. S'il se révolte enfin, c'est qu'il est menacé par la Mutualité envahissante, et que, comme les autres, il est soucieux de ses intérêts les plus pressants et de ses plus légitimes aspirations.

Il a décidé de se défendre, mais les exemples resteront nombreux, où le Médecin, appelé auprès d'un malheureux *dont la misère est obscure* et fière, prodiguera à ce déshérité ses meilleurs soins, en ajoutant une obole que sa pitié aura laissée. C'est dans cette charité seule que nous voyons un *sacerdoce impérissable.*

Certes, nous nous glorifions d'avoir souscrit à l'idée généreuse qui a créé la Mutualité. Nous ne voulons pas détruire une œuvre admirable qui nous doit sa prospérité, et qui, sans nous, perdant jusqu'à sa raison d'être, s'écroulerait aussitôt. Mais il est singulier, profondément injuste, que les seuls sacrifiés, les seules victimes soient précisément les meilleurs artisans de cette prospérité.

Aujourd'hui, en effet, la Mutualité, avec ses *cinq millions* d'adhérents, nous impose de trop lourds sacrifices. Il y a là, pour son avenir ou pour le nôtre, un réel danger que nous dénonçons. Il faut aviser, mais nous agirons méthodiquement, énergiquement, sans violences, comme il sied à des hommes qui, réprouvant les représailles irréfléchies, veulent demeurer aussi sages que résolus.

Docteur L. CHAPON,
Secrétaire général de la *Fédération des médecins de la région parisienne.*

COMITÉS DE PROPAGANDE
DU « CONCOURS MÉDICAL ».

Le « Concours Médical » et le « Sou Médical » dans le Calvados.

Le Comité départemental de propagande.

Nous étions en fête, à Caen, le dimanche 3 juillet dernier. Convoqués à l'Hôtel-de-Ville par nos amis du *Concours Médical*, pour l'organisation dans le Calvados d'un Comité de propagande, nous avons eu le plaisir de revoir et d'entendre,

MM. les Drs Maurat, Président du « Sou médical » et Jeanne, Directeur du *Concours Médical*, venus tout exprès chez nous pour répandre la bonne parole et nous faire connaître ce que sont les filiales du *Concours*, et les services que chaque jour elles rendent aux praticiens.

Après avoir tenu à laisser la présidence de la réunion au Dr Rachet, qui venait de diriger avec tant d'autorité les travaux de la Fédération, le Dr Jeanne prit la parole pour nous expliquer le but et le fonctionnement des œuvres du *Concours*.

Laissant à dessein un peu de côté le rôle de propagande que poursuit avec un succès toujours croissant, depuis plus de trente ans, le *Concours Médical*, il insiste surtout sur l'intérêt que présente pour nous jeunes, l'affiliation à l'une des combinaisons de l'*Amicale maladie*.

Ces combinaisons sont diverses et permettent à tout confrère, moyennant une cotisation aussi minime que possible, de s'assurer contre la maladie et de se garantir ainsi contre l'un des risques les plus terribles de notre profession.

Par la combinaison A, un confrère âgé de 30 ans, moyennant une prime annuelle de 53 francs, peut s'assurer 10 francs par jour pendant deux mois en cas de maladie ou d'accident. Il reçoit, au-delà de deux mois, 100 francs par mois.

Par la combinaison C et pour un confrère âgé de 30 ans, la prime annuelle de 163 francs donne les mêmes avantages que ci-dessus, et lui assure en plus une retraite de 1.200 francs à 65 ans.

Enfin, par des combinaisons diverses, A D et A C D, tout confrère peut, moyennant des primes variables, jouir des mêmes avantages que ci-dessus, c'est-à-dire indemnité maladie seule, indemnité maladie et retraite, ou encore, en cas de décès, une pension de 600 francs à la veuve, aux orphelins ou aux ascendants.

Que les confrères imprévoyants réfléchissent ! N'est-ce pas une nécessité absolue que de se faire inscrire à l'une de ces combinaisons de l'Amicale ?

Sait-on jamais de quoi sera fait le lendemain ?

Notre ami Jeanne nous présente ensuite le dernier né, le *Sou médical*, bien différent, comme but et comme organisation, de fondation plus récente, mais peut être encore plus intéressant pour l'ensemble du Corps Médical, parce qu'il s'adresse à tous, riches ou pauvres, jeunes ou vieux. A notre époque, il n'est pas simplement utile, mais indispensable à tout praticien de s'y affilier.

Chaque jour, ne voyons-nous pas le médecin aux prises avec les responsabilités professionnelles de toute sorte ?

Quand on pense que pour 20 francs par an, un peu plus d'un sou par jour, des hommes tels que Jeanne, Maurat, Gassot, etc., ont pu, à force de travail, de persévérance et d'énergie, créer une Société se chargeant de nous donner des consultations juridiques de maîtres spécialisés dans les questions médicales, de nous soutenir, quand notre cause est bonne, et de prendre tous les frais de nos procès professionnels, et par-dessus le marché, de nous assurer pour une somme de 2.000 francs contre les risques de notre responsabilité civile, on est en droit de ne pas plaindre le confrère imprévoyant le jour où il se trouvera perdu dans le maquis de la procédure où presque toujours il sombrera.

Et pourtant, Confrères, savez-vous combien nous sommes dans le Calvados qui connaissons et avons su apprécier les avantages que nous donne le « Sou » ? Hier encore nous n'étions que 18 sur 180 dans notre département. Heureusement que demain nous y entrerons tous, parce que, je le répète, aucun de nous n'est à l'abri de poursuites judiciaires plus ou moins justifiées.

Les exemples sont nombreux et récents autour de nous de Confrères inquiétés et condamnés, alors que bien souvent, grâce au « Sou » et parce que mieux défendus, ils auraient pû être acquittés ou tout au moins n'auraient pas eu à leur charge tous les ennuis et les charges d'un procès onéreux.

Comme nous le disait le Dr Maurat, le sympathique Président du « Sou », « si la justice est gratuite en France, la procédure ne l'est pas » et, c'est par beaucoup de billets de mille que se solde chaque année la note de papier timbré distribué aux membres du Corps médical ; note naturellement acquittée par le « Sou » pour ses adhérents.

Je suis heureux de constater que nos Confrères parisiens n'ont pas prêché dans le désert, et l'entrain que les membres présents mettaient à venir signer le registre d'adhésions que leur présentait le Dr Maurat prouvait aisément qu'ils étaient convaincus.

Quant aux autres, les absents, ceux qui, malheureusement trop nombreux, n'avaient pu répondre à la convocation de nos confrères du *Concours*, qu'ils me permettent d'insister auprès d'eux pour ne pas différer un seul instant leur adhésion au « Sou », et qu'ils sachent bien que pour tout praticien, l'inscription au « Sou médical » devrait se faire en même temps que l'inscription de leur diplôme à la Préfecture, c'est-à-dire aussitôt leur installation.

Et puisque nos amis Jeanne et Maurat étaient venus pour créer un Comité départemental de propagande, et que ce Comité est chose faite, qu'ils s'adressent aux délégués de leur arrondissement pour tous renseignements utiles. Ceux-ci seront heureux de se mettre à leur disposition pour leur fournir toutes les explications nécessaires à leur adhésion.

Le soir, un dîner tout intime réunissait au restaurant Chandivert les Confrères venus tout exprès pour applaudir nos amis du *Concours*.

En plus de la gaîté habituelle et des toasts qui accompagnent toujours nos banquets confraternels, qu'il me soit permis d'ajouter que la conversation qui suivit nous démontra une fois de plus l'utilité de ces réunions confraternelles où chacun apprend à se connaître, et où bien souvent des malentendus regrettables s'effacent. A l'heure actuelle, la cohésion doit plus que jamais être complète dans le corps médical ; tous unis, telle doit être notre devise.

En terminant, je crois être l'interprète de tous les confrères du Calvados, en remerciant sincèrement les Drs Jeanne et Maurat d'avoir bien voulu venir nous exposer si clairement la merveilleuse organisation des « Œuvres du *Concours Médical* ».

Je suis certain que la réunion du 3 juillet aura de très heureux effets, et que, grâce à elle, le Corps médical réussira à vaincre deux de ses ennemis les plus acharnés : l'imprévoyance et l'indifférence, et c'est pourquoi, en disant encore une fois merci à nos amis du *Concours*, je me permets aussi de leur dire : au revoir.

Voici la constitution du Comité de propagande du *Concours Médical*, nommé à la réunion du 3 juillet 1910 :

Arrond. de Caen : MM. CHARBONNIER, OSMONT, NOURY, GIDON père, VIGOT (Caen).

Arrond. de Pont-l'Evêque : MM. RACHET (Honfleur), CHEVILLOT (Pont-l'Evêque), LAINÉ (Touques).

Arrond. de Bayeux : MM. DAVY, CHODOROUSKI (Bayeux).

Arrond. de Vire : MM. LEPELLETIER (Vire), TROLLET (Condé-sur-Noireau), AUPOIS (Vire).

Arrond. de Lisieux : HUE (Orbec), MADELEINE (Saint-Pierre-sur-Dives), OUVRY, DEGRENNE (Lisieux).

Le Délégué départemental,
Dr CHARBONNIER,
(de Caen).

Comité départemental de la Saône-et-Loire

Le 31 juillet, nous avons assisté à la réunion du Syndicat de Saône-et-Loire, à Chalon-sur-Saône — réunion importante, car il s'agissait d'élucider une question de procès syndical. Ce fut pour nous l'occasion de montrer que les Syndicats, avec leur cotisation trop souvent minime, sont réduits à l'impuissance, qu'ils ne peuvent et n'osent pas aller de l'avant et qu'ils sont prêts à tout abandonner, poursuites et procès, dès que l'état de leurs finances est sérieusement menacé.

Combien différente est l'attitude des Syndicats dont tous les membres sont statutairement affiliés au « Sou » ! Ils agissent, ils poursuivent, ils ordonnent, car ils sentent derrière eux les avocats conseils du « Sou » et surtout son coffre-fort.

Mais, tirer 20 frs par an de l'escarcelle du médecin, c'est somme énorme, même lorsque ces 2) frs ont un but utilitaire au premier chef.

Ah ! s'il s'agissait de donner pareille somme à une Société de pompiers, une fanfare, ou à toute autre Société de Secours Mutuels qui nous exploite, pour le seul avantage d'être inscrit comme membre honoraire, l'hésitation ne serait plus permise. Mirage fallacieux qui laisse croire à la reconnaissance de ces Sociétés !

Quoi qu'il en soit, nombre de jeunes Confrères (ceux-là seuls sont les ardents), se sont inscrits d'emblée au « Sou médical », pour être à l'abri des ennuis de nos procéduriers adversaires.

Puis nous fîmes une conférence, ou plutôt la causerie habituelle pour démontrer l'utilité de toutes les œuvres de défense et de prévoyance confraternelles. En partant, nous avons eu le plaisir de constater que le *Concours* était considéré comme un conseiller, un ami, auprès duquel les médecins pouvaient trouver aide et assistance.

Ont été désignés comme membres du Comité départemental de la Saône-et-Loire :

Dr Armand, de Mâcon ;
Dr Beaupère, de Salornay-sur-Guye ;
Dr Boquin, d'Autun ;
Dr Latouche, d'Autun ;
Dr Bauzon, de Chalon ;
Dr Boutavant, de Mercurey ;
Dr Gauthier, de Charolle ;
Dr Guimet, la Varenne-St-Sauveur ;
Dr Léculier, Louhans.

Dr Paul BOUDIN.

Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel

L'Œuvre parisienne de secours immédiat et d'assistance à la famille médicale.

Le conseil d'administration provisoire de cette œuvre est ainsi composé :

Mme Berruyer ; MM. Bucquoy, Butte, Chancel, Darras ; Mme Deligant ; MM. Dignat, Ducor, Granjux, P. Guillon, Labady, Lucas-Championnière, Plessard, Recht, Sebillotte, de Spéville, Vimont.

Le bureau provisoire :

Le trésorier, Dr Butte, 40, rue Saint-Placide ; le secrétaire-général, Dr Granjux, 18, rue Bonaparte ; le président, Dr Lucas-Championnière, 3, avenue Montaigne.

Extraits des Statuts

But (III). — L'Œuvre a pour but de secourir toutes les misères survenant dans une « famille médicale » française de la région dite parisienne (départements de la Seine, Seine-et-Marne et Seine-et-Oise), qu'il s'agisse du médecin lui-même ou de sa veuve, ou de ses orphelins ou de ses ascendants.

Par exception, l'Œuvre peut agir de même à l'égard d'une famille médicale dont le chef ne serait pas de nationalité française ou n'exercerait pas dans la région parisienne.

Composition (IV). — L'Œuvre est constituée par l'adhésion des médecins, des membres de leur famille et des groupements médicaux de la région. Elle est ouverte aux médecins de la guerre, de la marine, des colonies et à leurs familles. Elle comprend des membres titulaires, des membres bienfaiteurs.

Les membres titulaires sont pris exclusivement parmi les médecins et leurs familles.

Administration (VII). — L'Œuvre est administrée par un « Conseil d'Administration » com-

posé de 18 médecins et de 12 dames patronesses élu pour trois ans. Le renouvellement du Conseil d'administration se fait par tiers tous les ans. Les premiers sortants sont tirés au sort. Les membres sortants sont rééligibles.

Ressources (IX). — Les ressources de l'Association se composent du fonds de réserve, des recettes annuelles et de dons.

Le « fonds de réserve » comprend : 1° les sommes versées pour le rachat des cotisations ; 2° les dons avec indication de cette destination. (femmes, enfants, ascendants). Ils paient une cotisation minima de 1 franc.

Les membres bienfaiteurs peuvent comprendre : 1° des groupements médicaux professionnels ; 2° des personnes étrangères à la famille médicale. Le chiffre de la cotisation pour les membres honoraires ne peut être inférieur à 20 francs.

Les cotisations peuvent être rachetées : celles des titulaires moyennant 100 francs ; celles des bienfaiteurs moyennant 500 francs.

Pour être membre titulaire, il faut adresser une demande au président et justifier que l'on remplit les conditions énoncées au paragraphe 2 de l'article IV. La demande indiquera la somme que le candidat s'engage à payer annuellement comme cotisation.

Le non-paiement de la cotisation pendant trois mois entraîne de droit la radiation.

Action (V). — L'Œuvre agit par un « secours immédiat », mais essentiellement temporaire, destiné à prendre fin quand l'« assistance » est réalisée, soit par le travail s'il s'agit d'adultes. soit par le placement, s'il s'agit de malades, d'infirmes, de vieillards ou d'enfants.

Moyens d'action (VI). — L'Œuvre comprend : 1° une caisse de secours immédiat ; 2° un comité de Dames patronesses.

La « Caisse de secours immédiat » est alimentée : *a*) par un prélèvement sur les ressources de l'Œuvre déterminé par l'Assemblée générale ; *b*) par les dons faits à cette caisse.

Le « Comité des dames patronesses » est élu par les dames faisant partie de l'Association, soit comme titulaires, soit comme bienfaitrices. Il ne peut comprendre qu'un quart de bienfaitrices.

Le fonds de réserve est placé suivant les décisions du Conseil d'Administration.

Les « recettes annuelles » se composent : 1° des cotisations ; 2° des subventions qui pourraient lui être accordées par l'Etat, les départements, les communes ou toute autre collectivité ; 3° des revenus de ses biens.

Un projet de budget sera établi chaque année et approuvé par l'Assemblée générale.

Fédération (XII). — L'Œuvre donne son adhésion de principe au projet de « Fédération des Œuvres régionales de Secours immédiats et d'Assistance à la Famille Médicale » et de constitution d'un « Conseil central ».

Mutuelle Médicale Française de Retraites

Nous rappelons à nos lecteurs la *Mutuelle Médicale Française de Retraites,* œuvre purement philanthropique fondée pas le Syndicat Médical de l'arrondissement de Saumur, approuvé par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'Association des Médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les Médecins de France et à leurs femmes et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après 60 ans d'âge et 20 ans de participation), soit proportionnelle (après 5 ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée — pour une cotisation annuelle de **60 francs.**

Au 1er juin dernier, le nombre des Sociétaires (hommes et femmes) s'élevait à 661 ; l'avoir social à 175.622 frs 46.

La veuve d'un Sociétaire (y ayant droit) est retraitée à 375 pour l'année 1910.

Un sociétaire infirme à 450 et une autre veuve à 600 fr.

S'adresser au secrétaire, Dr Terrien, à Varennes-sur-Loire, pour tous renseignements.

CORRESPONDANCE

Vouloir n'est pas toujours pouvoir

G. 9 août 1910.

Mon cher Confrère,

J'ai lu avec attention dans le dernier numéro du *Concours*, la communication du docteur Sexe sur les œuvres de mutualité médicale et je lui donne mon entière approbation.

Cependant je reste perplexe et je me demande comment un débutant, après avoir paré aux premiers frais, absolument nécessaires, de son installation, frais toujours élevés, je me demande, dis-je, comment ce débutant pourrait encore sacrifier la somme nécessaire à son affiliation à toutes les œuvres excellentes dont il devrait faire partie.

Cela se comprend à la rigueur pour le jeune homme appartenant à une famille fortunée, mais pour celui dont la famille s'est déjà sacrifiée pour arriver à lui faire obtenir ce titre de docteur si envié de quelques-uns, cela me paraît un tour de force absolument impossible à réaliser.

Bien souvent, en effet, le débutant peu fortuné est obligé, pour s'installer, d'engager l'avenir et pour peu que la fortune lui soit contraire, il lui sera impossible pendant bien longtemps de distraire la plus petite partie de ses maigres revenus pour faire œuvre de prévoyance, alors qu'il en aurait le plus de besoin.

Pourra-t-on plus tard lui en faire un grief ?

Non, et si l'adversité continue à s'acharner sur lui, il deviendra cependant une victime de la profession obligée de recourir à la commisération de ses confrères.

Il ne suffit pas, en effet, de connaître les œuvre de la solidarité et de prévoyance, il faut encore avoir les moyens d'en faire partie, et je suis persuadé que parmi les abstentionnistes, beaucoup ne possèdent pas ces moyens.

Appartenant moi-même au prolétariat médical, j'envie ceux qui peuvent faire œuvre de prévoyance, je blâme ceux qui, le pouvant, ne le font pas, et je plains ceux qui comme moi le voudraient et ne peuvent pas.

Depuis mon installation, qui remonte à dix ans, je fais partie : 1° Du syndicat local : 18 fr. par an ; 2° De l'A. G. 12 fr. par an ; 3° Du *Concours médical* (abonné) : 10 fr. par an.

Mes ressources jusqu'à présent ne m'ont pas permis de faire davantage, et si je ne fais pas partie des divers groupements du *Concours*, ce n'est pas l'envie qui me manque, mais les moyens.

Dr L.

Le rattachement de l'enseignement médical au ministère de l'Intérieur.

Châtel-Guyon, le 19 juillet 1910.

Mon cher confrère,

Je lis toujours avec un vif intérêt vos articles de défense professionnelle dans le *Concours Médical*, dont je suis membre, et ceux que vous publiez avec l'habituelle énergie et conviction ailleurs.

Je crois comme vous qu'il faudrait rattacher les affaires médicales au Ministère de l'Intérieur.

Cette idée rationnelle et logique est d'ailleurs sur le point d'être résolue dans le même sens en Allemagne. C'est précisément pour cela que je vous écris ces lignes.

Voici ce que je viens de lire dans la *Munchener Medicinische Wochenschrift*, du 12 juillet 1910, page 1527, sous la rubrique « Nouvelles du Jour » :

« Le transfert du département des affaires médicales du Ministère des Cultes de la Prusse au Ministère de l'Intérieur est maintenant de nouveau certain puisque le nouveau Ministre de l'Intérieur a approuvé ce transfert.— On avait un peu douté de ce fait par le changement du Ministre. »

Vous voyez que votre idée saine est déjà mûre pour la Prusse ; pourquoi ne serait-elle pas applicable en France ?

Croyez, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments confraternels.

V. Kolbé.

Je te soigne, vote pour moi ! Je vote pour toi, soigne-moi !

Telle semble être, d'après l'examen des élections de cette année, la nouvelle formule, qui assurera désormais : aux uns, des votes intéressés, et aux autres, des soins gratuitement dévoués.

J'ai, en effet, vainement cherché une élection qui n'ait eu un médecin comme premier sujet ou comme impressario, sans parler de ceux qui font la claque. Depuis ma lettre parue au *Concours* du 17 avril dernier, la maladie s'est aggravée, notre Conseil général compte 2 médecins de plus, ce qui fait un total de 13 médecins sur 28 membres. J'ai reçu quelques lettres d'encouragement, les bonnes volontés se sont manifestées, timides, mais impuissantes ; personne ne m'a contredit ; personne ne m'a dit que j'avais tort de soulever cette question subversive ; je suis donc convaincu jusqu'à preuve du contraire d'avoir raison et je continuerai à protester contre ces tendances nouvelles qui asservissent notre profession et l'avilissent, qui veulent faire de tout médecin un courtier en politique et en élections, et que l'on paye avec des bulletins.

Le corps médical ne doit certes pas se désintéresser des graves questions de l'heure présente, mais il devrait être, par destination, l'interprète du bon sens, du calme et de la raison, le régulateur des folles chimères, et ce n'est pas, de sa part, faire œuvre saine que de s'inoculer de gaieté de cœur toutes les passions et toutes les fièvres sociales, en trafiquant de notre profession, au point de n'en faire, pour ceux qui veulent en vivre en travaillant, qu'un métier de dupe, de chien et de crève de faim.

Quel est le Syndicat vraiment digne de ce nom, qui saura, en face de ce vaste et anonyme Syndicat de clients toujours prêt à saisir l'occasion d'un marché avantageux et d'une gratuité agréable, organiser une défense loyale et légitime des intérêts de notre prolétariat ? Car il y en a un parmi nous, comme dans les autres classes.

Il faudrait oser, éliminer les politiciens parasites, les amateurs de réunions publiques, les beaux parleurs et les blagueurs. Il n'aurait malheureusement d'autre ressource que l'énergie et la bonne volonté de ses adhérents, mais il ferait une œuvre utile et bienfaisante, il rendrait l'espoir à ceux qui peinent, loin des cercles, des comités, des honneurs et des décorations faciles, à tous ceux qui sont plus près de l'ouvrier que la plupart des élus d'aujourd'hui, parce qu'ils sont ouvriers eux-mêmes, que leur travail est leur gagne-pain, et qui n'auraient plus à leurs côtés les faux frères, faisant derrière une urne, avec de grands gestes généreux, de la concurrence au rabais.

Dr F. Jacquier,
Roquefort (Landes).

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Accidents du travail. —Honoraires médicaux. — Le juge peut établir sa conviction sur la nature et l'importance des soins par les affirmations en justice du médecin considérées comme équivalant aux indications des livres et carnets de visites. — Condamnation à des dommages-intérêts pour refus injustifié de paiement constituant un abus de défense en justice. — Frais de timbre et d'enregistrement faits à tort mis à la charge de la partie qui les a exposés.

JUSTICE DE PAIX DE LUXEUIL-LES-BAINS
(Haute-Saône)

2 avril 1910.

Attendu qu'il n'est pas dénié que, le 21 octobre dernier, M. C., ouvrier imprimeur, âgé de 15 ans, demeurant à Luxeuil au service de M. P., défendeur, a été, sur les ordres de ce dernier, conduit à M. le Dr Bornèque, demandeur, afin de recevoir les soins que comportait la blessure que cet ouvrier venait de se faire en accomplissant son travail chez le défendeur ; que le docteur a immédiatement prodigué ses soins à la victime de cet accident du travail ;

Attendu qu'il résulte de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 que le demandeur a une action directe pour le paiement des honoraires à lui dus contre le chef d'entreprise, M. P., défendeur ;

Attendu que le Dr Bornèque a toujours affirmé qu'il y avait fracture du médius et de l'annulaire de la main droite de la victime, C., dont les deux doigts, lors de la présentation de l'ouvrier blessé au docteur, tombaient, dit ce dernier, affirmation qu'en notre audience du 19 mars dernier, le demandeur a répétée devant M. le Dr Paul Causeret, lequel, sous la foi du serment, a textuellement déposé ce qui suit :

« J'ai délivré un certificat constatant qu'il existait une plaie des doigts par écrasement avec arrachement des parties molles et des ongles.

« Il existait pour chaque doigt un pansement antiseptique et deux attelles pour la consolidation, une attelle pour chaque doigt. Il n'y a pas eu de faute lourde de la part du Dr Bornèque. Je ne puis pas certifier s'il y a eu fracture, mais l'appareil était placé comme on le fait pour tout appareil concernant une fracture, j'estime que pour chaque pansement il y a droit à un honoraire spécial et, alors, s'il y avait deux fractures, il devrait y avoir deux honoraires spéciaux, un pour chaque fracture. Il y avait deux doigts de blessés, il devait donc y avoir deux pansements antiseptiques et, alors, en plus, la consultation dans le cabinet est due conformément au tarif.

« Le jour que le blessé m'a été amené je n'ai pas pu voir s'il y avait fracture ; M. le Dr Bornèque pouvait mieux se rendre compte que moi.

« Je n'ai rien trouvé d'anormal aux soins du Dr Bornèque et j'ai continué à soigner le blessé ; mon traitement a duré 30 à 40 jours. »

Attendu qu'il résulte de la doctrine et de la jurisprudence que le juge peut, en raison et des usages et de la nature particulière de l'art médical, établir sa conviction pour fixer le nombre de visites réclamées par le médecin au moyen des livres et carnets tenus par ce dernier (Répertoire Pandectes françaises, tome 40, page 613, n° 467 ; Tribunal Libourne, 13 janvier 1887. S. 89. 2.45, cité dans Répertoire Pandectes françaises tome IX, page 67, numéro 340) ; que, par analogie, il y a lieu de décider que le juge peut établir aussi sa conviction sur la nature des soins donnés tant par les affirmations en justice du médecin demandeur qui équivalent bien à des notes prises sur des carnets, surtout, lorsque, comme dans le cas actuel, ces affirmations ne sont pas contredites par les déclarations qui sont faites par un autre docteur en médecine appelé comme témoin par la défense et qui affirme que les soins donnés, que les appareils placés correspondaient bien à la nature de la blessure indiquée par le médecin réclamant ;

Attendu qu'il a été même décidé que le client qui ne paie pas comptant les visites de son médecin peut être présumé s'en rapporter aux notes de celui-ci pour constater le nombre des visites faites et que, par suite, si le client conteste le nombre, c'est à lui qu'incombe la charge de la preuve (Répertoire Pandectes françaises, tome 40, page 613, n° 468, qui cite : Tribunal Lille, 13 décembre 1894 ; *Gazette du Palais* 1895, suppl. 12 ; Tribunal Mâcon, 10 juillet 1895 ; *Le Droit* du 25 juillet 1895, tribunal paix Reims, 23 novembre 1895 ; Pandectes françaises, per. 1896.2.26 ; Bordeaux 14 et 16 février 1900. *Jour. an. Bordeaux*, 1900.1.222 ; S. 1900) ; qu'il doit en être de même en ce qui concerne la nature de la blessure traitée et des soins donnés ;

Attendu que, loin d'infirmer les déclarations du Dr Bornèque relativement aux blessures qu'il affirme avoir constatées, la déposition de M. le Dr Paul Causeret les confirme plutôt, que le défendeur ne fait pas la preuve contraire et qu'il a abandonné le moyen de préciser par cliché radiographique ;

Attendu que, de tous ces faits, il résulte la présomption de l'exactitude des affirmations du Dr Bornèque concernant la réalité des fractures des deux doigts de la main droite, médius et annulaire, du sieur C ;

Attendu, relativement au nombre des honoraires réclamés et de leur montant ;

Premièrement :

En ce qui concerne le nombre : qu'il est de toute équité qu'un médecin soit rémunéré selon l'importance, le nombre et la nature des soins par lui donnés et qu'il serait injuste de décider, ainsi que le prétend la défense, « que le nombre de blessures ne doit pas intervenir dans le détail des soins donnés par le médecin, mais que le blessé doit être considéré comme ayant nécessité *in corpore* des soins, massages ou pansements quelconques ; »

Qu'il a été décidé par le tribunal de la Seine, suivant jugement en date du 15 février 1909, quatrième chambre, troisième section : « que le

traitement d'une plaie exigeant dans une même visite plusieurs soins ou opérations donne droit, en sus de la visite, aux honoraires afférents à chacun de ces soins ou opérations, à moins qu'il ne s'agisse de quelques opérations spécialement désignées dans la note « in fine » de l'article 10, alinéa B de l'arrêté de 1905, où ne sont compris ni les massages ni les ventouses ; attendu en conséquence qu'il échet d'accorder au docteur Divernoresse, etc. » ;

Enfin que M. le Dr Paul Causeret, lors de sa déposition, a déclaré lui-même ce qui suit, reproduit textuellement :

« J'estime que, pour chaque pansement, il y a droit à un honoraire spécial et, alors, s'il y avait deux fractures, il devait y avoir deux honoraires spéciaux un pour chaque fracture ; il y avait deux doigts de blessés, il devait donc y avoir deux pansements antiseptiques et, alors, en plus, la consultation dans le cabinet est due conformément au tarif ;

Secundo :

En ce qui concerne leur montant :

Attendu que le blessé ayant été conduit chez le Dr Bornèque sur les ordres du chef d'entreprise, le docteur avait le droit d'appliquer non le tarif fixé par l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, dit « tarif Dubief », mais au moins le tarif local, tarif plus élevé que celui fixé par l'arrêté ministériel sus-énoncé, ce que le Dr Bornèque n'a pas fait, ne réclamant que le tarif minimum ;

Attendu que la résistance injustifiée opposée par M. P. à la juste réclamation du demandeur qui, avant toute action en justice, lui avait adressé sa note d'honoraires et l'avait ensuite invité à comparaître en l'audience de petites conciliations du 8 janvier dernier, constitue un abus de défense en justice et par suite une faute qui rend recevable et fondée l'action en indemnité intentée par le demandeur en réparation du préjudice à la fois matériel et moral qu'il éprouve de ce chef ;

Attendu que nous trouvons dans la cause les éléments suffisants pour fixer le montant des dommages-intérêts dus à cet égard par P. au Dr Bornèque ;

Attendu, en ce qui concerne la demande reconventionnelle de 500 fr. à titre de dommages-intérêts formée par le défendeur contre le demandeur, que cette demande n'est nullement fondée, que le Dr Bornèque en réclamant ses honoraires et des dommages-intérêts tels qu'ils sont fixés par l'exploit introductif d'instance du 9 février dernier ne faisait qu'user de son droit et n'a causé aucun préjudice au défendeur ;

Attendu, en ce qui concerne les frais, que, conformément aux prescriptions de l'article 130 du code de Procédure civile, les frais doivent être supportés par la partie qui succombe, sauf les frais ou débours inutiles restant à la charge de la partie qui les a occasionnés ;

Attendu, en ce qui concerne le ressort, que la demande reconventionnelle de 500 francs de dommages-intérêts formée par le défendeur étant fondée exclusivement sur la demande principale, nous avons le droit de connaître en dernier ressort cette demande conformément aux articles 10 et 11 de la loi du 12 juillet 1905 ;

Par ces motifs, statuant contradictoirement et en dernier ressort :

Vu les lois des 9 avril 1898, 31 mars 1905 et 12 juillet 1905, condamnons M. P., défendeur, à payer à M. le Dr Bornèque, demandeur :

1° La somme de 22 francs 50 pour soins par lui donnés à M. C., ouvrier employé au service de M. P., somme se décomposant ainsi, etc. ;

2° La somme de 20 francs à titre de dommages-intérêts pour démarches, déplacements, perte de temps occasionnés au Dr Bornèque par suite de l'action en justice occasionnée par la résistance injustifiée de P., ainsi qu'il est dit plus avant ;

3° Les intérêts de droit des deux sommes à compter du jour de la demande ;

Rejetons comme non fondée la demande reconventionnelle en 500 francs de dommages-intérêts formée par le défendeur contre le demandeur ; l'en déboutons.

Et condamnons M. P. en tous les dépens, à la seule exception des frais de timbre et d'enregistrement exposés en la présente instance contrairement à l'article 29 de la loi du 9 avril 1898, frais de timbre et enregistrement restant à la charge du demandeur.

REPORTAGE MÉDICAL

Journalistique. — La Revue de Psychothérapie et la Revue hospitalière. — La *Revue de l'Hypnotisme* que dirige avec talent notre distingué confrère M. le Dr E. Bérillon vient de prendre le nom mieux adapté à sa rédaction de *Revue de psychothérapie et de psychologie appliquée.*

D'autre part nous venons de recevoir le premier numéro de la *Revue hospitalière*, journal d'Assistance publique et privée paraissant le 1er de chaque mois. Le Directeur de cette nouvelle publication, M. Bourneville, nous apprend qu'il a voulu faire revivre l'Ancienne *Revue de l'Assistance Publique* fondée en 1891 par le regretté Albin Rousselet à l'instigation du Dr Bourneville, Revue à laquelle nous avons eu l'honneur de collaborer.

Cette Revue qui, en matière d'assistance, fut parfois très intéressante et ne manqua pas de hardiesse, passa en 1901 entre les mains du Dr A. Marie, qui en fit l'organe de l'Assistance familiale. Déviée de son but primitif, la Revue petit à petit périclita. M. M. Bourneville, dans la *Revue Hospitalière*, tente de la relever, nous lui souhaitons sincèrement le succès et espérons qu'il y adoptera les idées larges, philanthropiques et médicales qu'avaient jadis défendues son père, le Dr Bourneville, notre regretté maître, et notre ami A. Rousselet. Nous l'en félicitons d'avance, car le meilleur moyen d'honorer les morts, c'est de tenter de faire revivre leurs idées et de réaliser leurs projets. J. Noir.

Syndicat de Médecine Sociale. — Le Syndicat de Médecine Sociale est définitivement installé à la Bourse du Travail, rue du Château-d'Eau.

A partir du 1er octobre 1910, sa permanence sera

ouverte les lundi, mercredi, vendredi, de 5 heures à 7 heures, à la Bourse du travail, 2e étage, cabinet no 17.

Substitution de médicament dans une potion. — Un pharmacien de Paris ayant jugé à propos de remplacer, dans une potion formulée par un médecin, 0 gr. 50 de musc par de la teinture de musc, le signataire de l'ordonnance a fait la preuve de la substitution et poursuivi le pharmacien responsable. Voici les principaux considérants du jugement rendu par la 8e chambre du Tribunal correctionnel de la Seine :

« Attendu qu'au mépris le plus élémentaire des règles de la profession, X... a remplacé le musc par la teinture de musc n'ayant pas, et à beaucoup près, les mêmes propriétés :

« Qu'il a ainsi, arbitrairement, dénaturé l'élément principal du médicament ordonné, de manière à pouvoir le livrer à un prix beaucoup inférieur à celui qu'auraient pu demander d'autres pharmaciens ; « Qu'il est défendu aux pharmaciens, non seulement de délivrer un médicament sans ordonnance, mais qu'il leur est absolument *interdit de substituer une drogue à une autre,* ou même de modifier arbitrairement soit la nature, soit les proportions des éléments devant composer le médicament ; « Par ces motifs, « Condamne R... (le pharmacien) et L. H... (l'élève) à chacun 500 francs d'amende. « Les condamne en outre aux dépens. » (*Province Médicale.*)

Un legs à l'Institut-Pasteur. — On annonce que Mme Catherine Schumacher, veuve du marquis Armand de Guerry de Beauregard de Maubreuil d'Orvault, a institué légataire universel l'Institut Pasteur, auquel elle laisse la somme d'un million.

Elle a fait, en outre, les legs suivants : Académie des sciences morales et politiques, 100 000 fr., et en outre, pour l'œuvre de Mme Carnot en faveur des veuves, 100.000 fr. ; Société générale de l'œuvre des orphelins et des veuves des pêcheurs de toutes les côtes de France, 200 000 ; ville de Paris, pour servir au dégagement des petits gages et hardes déposés par les indigents, 100 000 ; hôpital d'Ormesson pour les tuberculeux, 50 000 ; hôpital de Villepinte pour les filles tuberculeuses, 50 000 ; hospitalité de nuit, 25 000 ; Société de secours aux blessés militaires, 15 000 ; Société des victimes du devoir, aux pompiers de la Ville de Paris et aux agents de police. 50 000 ; Assistance par le travail, 50 000 ; Société protectrice des engagés volontaires des maisons correctionnelles, 15 000 ; Société des pauvres honteux, 25 000 ; Société protectrice des enfants martyrs, 10 000 ; œuvre de Mlle Chupin, 5000 ; Société d'encouragement au bien, 5000 ; œuvre de l'asile Sainte-Germaine pour les jeunes filles pauvres et infirmes, 25 000 ; Société des jeunes ouvrières 1000 ; Société des inventeurs-artistes industriels, 10 000 ; pauvres de Paris, 10 000. (*Le Temps.*)

Esculape au théâtre. — Notre camarade, le Dr Duchesne, vient de faire représenter avec le plus grand succès sur la scène du théâtre de Châtel-Guyon un *A Propos Féerie* en vers intitulé : *Faust à Châtel-Guyon.*

C'est une ingénieuse adaptation de la légende de Gœthe aux réalités locales. Faust, neurasthénique et constipé, vieilli avant l'âge par la maladie, se lamente de n'avoir trouvé nulle part de remède à ses maux, et sur le point de s'empoisonner pour *de ses jours trop nombreux, terminer la course,* lance une suprême imprécation à Satan. Celui-ci paraît et, mis au courant de la situation du malheureux, lui offre complaisamment de venir à son secours. Hésitation de Faust. Insistance du diable inspiré par la généreuse pensée de rendre pour une fois un service gratis, et qui fait paraître aux yeux charmés de son interlocuteur la Source Marguerite de Châtel-Guyon.

Sans entrer dans le détail des péripéties, Faust se trouve transporté dans le Parc de la Station d'Auvergne, et le baiser qu'il échange avec la Source suffit à le guérir et à le rajeunir.

L'originalité de la conception et la correction de la forme, les mots amusants, les saillies drôles, toujours en situation, les envolées poétiques, font de cette œuvre sans prétention quelque chose de très réussi et digne de retenir un instant l'attention (1).

Un médecin peut-il délivrer à un tiers des séries d'ordonnances rédigées sur le vu de réponses écrites par les malades ? — Il est de jurisprudence constante que le médecin qui prête son concours à un individu exerçant la médecine sans diplôme, ou qui s'associe avec cette personne dans le but de couvrir de son nom et de son titre les actes de cette dernière, sans diriger le traitement que subissent les malades, se rend coupable du délit d'exercice illégal de la médecine. En est-il de même pour le médecin qui, parfois, dirige lui-même le traitement, mais qui, le plus souvent, moyennant une faible rémunération, délivre à un tiers des séries d'ordonnances rédigées sur le vu des réponses écrites par les malades ?

Un arrêt de la Chambre correctionnelle de la Cour de Paris, rendu le 20 avril dernier, a décidé que le docteur en médecine qui consent à assister de la sorte un individu sans diplôme tombe sous le coup de l'article 16, paragraphe 3, de la loi du 30 novembre 1892. Nous détachons de cet arrêt les considérants qui visent cette espèce :

« En ce qui concerne le docteur X..., prévenu d'exercice illégal de la médecine :

« Considérant qu'il résulte de l'instruction et des débats, et des propres aveux de l'inculpé, que celui-ci, muni d'un diplôme régulier de docteur en médecine, a, de la fin de 1907 aux premiers jours de 1908, c'est-à-dire après le départ du faux docteur Y..., rédigé une centaine d'ordonnances sur le vu des réponses écrites par les malades aux questionnaires lancés dans le public au nom de la prétendue Œuvre.... moyennant 0 fr. 50 centimes pour chaque consultation ;

« Considérant que si, pour quelques-uns de ses malades, X... a pris lui-même la direction du traitement, le plus souvent, il s'est contenté de remettre ses consultations, basées uniquement sur les réponses de correspondants inconnus de lui, à Z..., qui faisait ensuite parvenir aux intéressés contre paiement ces consultations comme émanant du directeur de l'Œuvre, c'est-à-dire de lui même ; que, dans ces conditions, c'est à bon droit que le tribunal a déclaré que X... était sorti des attributions que lui confère son titre de docteur en médecine, en prêtant son concours à Z..., qui exerçait illégalement la médecine, à l'effet de soustraire ce dernier aux prescriptions de la loi sur l'exercice de cette profession et qu'il avait ainsi commis le délit prévu et puni par l'article 16, paragraphe 3, de la loi du 30 novembre 1892 ». (*Prog. méd.*)

(1) En vente, 1 fr. Pour les membres du *Concours*, 0,75. S'adresser à l'auteur, 1, rue Rossini, Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 36 Dimanche 4 SEPTEMBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Avis..... 767
Propos du jour
Les situations acquises : Les médecins de mutualités. 767
Maladies professionnelles
Etude médico-physiologique de la plongée des scaphandriers en eau profonde..... 769
La semaine médicale
Les ferments lactiques et la reprise de l'alimentation dans la diarrhée infantile. — Le foie au cours de la colique de plomb. — La méthode de Ferrier contre la tuberculose..... 772
Revue de bactériologie
De la perméabilité des reins pour les bactéries. — Recherche des bacilles tuberculeux dans le sang circulant des phtisiques. — Recherche des spermatozoïdes dans les taches de sperme. — Recherche rapide du coli-bacille dans les eaux de boisson. — La ponction du poumon comme moyen de diagnostic. — Dyspnée menaçante avec collapsus après une injection de sérum..... 775
Formulaire raisonné
La Fève de Saint-Ignace..... 776
Tuberculose
Les troubles hépatiques inflammatoires chez les tuberculeux..... 777
Office central pour la répression de l'exercice illégal de la médecine..... 779
Comités de propagande du « Concours Médical »
Comités de la Nièvre, de l'Allier et du Puy-de-Dôme. 781
Correspondance
Quelques ennuis de la profession. — 1° Déclaration secrète de naissance. — Réponse. — 2° Soins aux victimes d'accidents du travail. — Réponse..... 782
Variétés
Opinion de pharmacien..... 784
Reportage médical..... 785
Nécrologie..... 786

AVIS

Il nous revient, de divers côtés, que certains représentants de la « Mutuelle médicale Belge » se présenteraient chez des médecins pour solliciter une assurance totale ou complémentaire de celle du « Sou » en s'autorisant de l'appui et du patronage du Concours Médical *et du « Sou médical ».*

Nous tenons à déclarer que nous n'avons pas à patronner cette Compagnie d'assurances et que si ces faits se reproduisaient, ils ne seraient nullement autorisés par nous ; nous aurions, de plus, intérêt à ce que nos confrères nous en informassent et nous fournissent les éléments pour faire cesser pareille chose et y donner la suite que de droit.

PROPOS DU JOUR

Les situations acquises : Les médecins de mutualités.

Rica raconte à Usbek, dans une des *Lettres Persanes*, combien il se divertit en la société de quatre femmes de tous les âges. La plus jeune, de vingt ans, se moquait tout bas de sa tante qui, à quarante ans, faisait encore la jolie et voulait avoir des amants. Cette dernière haussait les épaules en remarquant qu'à soixante ans, sa voisine passait plus d'une heure à sa toilette, et la femme de soixante ans trouvait ridicule que la plus vieille mît à quatre-vingts ans des rubans couleur de feu.

« Ah ! bon Dieu ! écrivait l'auteur de la lettre, ne sentirons-nous jamais que le ridicule des autres ! Et c'est peut-être un bonheur, ajoutait-il aussitôt, que nous trouvions des consolations dans les faiblesses d'autrui. »

Nous en dirons autant à notre tour en abordant l'examen de la question délicate des situations acquises. Le médecin de Chemins de fer hausse les épaules en parlant du médecin des Douanes, qui se moque lui-même du médecin gratuit de la Gendarmerie. Le médecin de l'Assistance trouve ridicule le médecin des Mutualités, qui qualifie à son tour d'odieuses les fonctions de médecin d'Assurances. Essayons de

ne pas tomber, nous aussi, dans la même travers.

L'origine des situations acquises, de ces sortes de monopoles médicaux, qui mettent les entraves les plus sérieuses à l'action de notre syndicalisme, n'est pas, avouons-le, toujours très pure et digne de tous les respects. Quelquefois ces situations ont été obtenues au prix de sous-enchères dégradantes ; parfois elles ont été arrachées à l'âpre concurrence de confrères au moyen de compétitions et d'intrigues assez louches ; le plus souvent elles sont le prix de services politiques, de sympathies familiales ou de la reconnaissance de personnages influents. Le mérite personnel entre rarement ici en considération. Ces situations acquises, prétendues prébendes médicales, si jalousement enviées et si hargneusement défendues, sont presque toujours d'un maigre rapport, si on établit la proportion entre les services exigés et les indemnités reçues, et c'est à notre avis le plus sérieux des reproches que les médecins qui n'en sont pas pourvus sont en droit de leur faire. Quoi qu'il en soit, ces situations acquises sont des faits, elles existent ; bien mieux, elles se perpétuent, et si on continue à en accepter le système sans modification, une foule de nos revendications subiront de ce fait des ajournements indéfinis.

Comment donc arriver à une solution ?

Puisque nous nous sommes attaqué, dans notre dernier *Propos*, à la Mutualité, contentons-nous d'examiner ce que nous pourrions faire à l'égard d'un groupe important de ces situations acquises, de celui qui concerne les Sociétés de secours mutuels.

Constatons d'abord que les médecins mutualistes diminuent progressivement, mais leur disparition est très lente, et dans certaines villes, ils sont encore fort nombreux.

Leur suppression n'est pas impossible. Il suffirait d'une sérieuse entente entre les médecins, suivie très rapidement ensuite d'une entente avec les Mutualités. Cette entente s'est admirablement effectuée à Lyon, grâce à la ténacité et au dévouement du Dr Bolliet ; elle a eu lieu à Montpellier ; elle se prépare, nous a-t-on dit, à Marseille.

Malgré ces progrès qui sont de bon augure, nous n'oserions affirmer qu'elle pourrait du jour au lendemain s'établir partout, notamment à Paris.

Il est des médecins mutualistes à qui leurs services de Sociétés rapportent de 1.500 fr. à 3.000 francs, et ceux-là même avouent sans vergogne qu'ils ne pourraient, sans ces sommes, équilibrer leur budget. En vain vous essayerez de leur démontrer qu'en renonçant au service mutualiste à prix réduits, ils récupereraient par le relèvement des honoraires les fixes qu'ils auraient perdus ; en vain, vous leur affirmerez que, sans sacrifice pécuniaire appréciable, en abandonnant le monopole de la Mutualité, ils s'épargneraient beaucoup de fatigues et jouiraient de plus d'indépendance. « Possible, répondent-ils, possible, mais

L'n *tiens* vaut, ce dit-on, mieux que deux *tu l'auras*.
L'un est sûr, l'autre ne l'est pas.

Et avec un doux entêtement, quand ce n'est pas une complète inertie, ils laissent entrevoir une chose dont nous sommes depuis de longues années persuadés, c'est qu'il ne faut pas s'attendre à les voir, dans une nuit du 4 août, déposer sur l'autel de la bonne confraternité leurs pauvres monopoles et leurs misérables privilèges. Nous n'oserions pas affirmer que les rarissimes qui, à l'heure actuelle, auraient la tentation de faire ce sacrifice, ne seraient pas considérés comme des imbéciles, ou comme des fous dangereux qui, par leur générosité, donneraient le mauvais exemple.

Nous avons eu la preuve que cette mentalité régnait à Paris chez les médecins des Sociétés de Secours Mutuels, lorsque la Fédération médicale de la région parisienne convia les plus importants, au nombre de 300, à venir étudier avec elle les moyens de modifier les rapports médico-mutualistes ; ce fut à peine si une douzaine répondit à l'appel. Encore eurent-ils la franchise de dire catégoriquement que, puisqu'on leur demandait leur avis, ils avouaient sans détour qu'ils n'avaient nullement l'intention de se sacrifier.

Les expropriations, les confiscations, comme les excommunications, sont à notre avis des mesures de mauvaise politique ; ces moyens doivent être l'*ultima ratio* que l'on ne doit employer que lorsqu'on ne peut absolument pas faire autrement. La meilleure guerre civile ne vaut jamais la plus pitoyable entente et quand on traite intérêt collectif il ne faut faire appel ni aux bons, ni aux mauvais sentiments.

Affirmons encore qu'en défense professionnelle, nous devons envisager le seul intérêt général, celui de tout le Corps médical. Or, le plus grand préjudice porté par la Mutualité à l'intérêt médical consiste dans l'insuffisance des honoraires ; c'est cette insuffisance seule, croyons-nous, que nous devons commencer à combattre.

Demandons, exigeons d'abord le relèvement des honoraires des médecins mutualistes ; tâchons d'obtenir que ces prétendus privilégiés le deviennent réellement et soient indemnisés en raison des services qu'ils rendent, et selon nos tarifs ordinaires, laissons-les sans jalousie profiter de cette aubaine.

Puis, quand les Mutualités auront appris à dé-

lier leur bourse et à honorer les médecins, il nous sera facile de leur démontrer que le libre choix ne coûte pas sensiblement plus cher et qu'elles auraient tout avantage à supprimer *par extinction* leurs services médicaux.

Comme mesure transitoire, nous pourrions demander en outre que dans chaque Mutualité pourvue actuellement d'un service médical, le libre choix du médecin serait autorisé à tout sociétaire qui en ferait la demande ; que, dans une mesure à déterminer, les frais pharmaceutiques seraient assurés au malade, et qu'une indemnité-maladie correspondant à la moitié ou au tiers de la note d'honoraires du médecin puisse lui être attribuée. Cette mesure restreinte, qui, d'ailleurs, se pratique déjà dans beaucoup de Mutualités, amènerait, nous en sommes convaincu, le développement très rapide du système du libre choix, et en quelques années, beaucoup d'administrateurs de Mutualités, qui envisagent avec appréhension cette transformation comme une révolution dangereuse, seraient convertis à nos idées les plus libérales.

Nous prévoyons bien des objections. De fougueux niveleurs nous reprocheront de vouloir favoriser ceux qui sont déjà pourvus. Nous leur répondrons que les forces de tous les médecins ont des limites, et que l'augmentation des honoraires provenant de la Mutualité rendra les médecins qui en bénéficieront moins âpres dans la concurrence pour la clientèle ordinaire. Nous leur rappellerons un dicton un peu trivial, que nos confrères députés et mutualistes voudront bien nous pardonner, dicton adapté à la politique par un paysan auvergnat : Comme on lui demandait pourquoi il votait toujours et systématiquement pour le député sortant : « Il est moins coûteux, répondait-il en se grattant l'oreille, d'entretenir une vache grasse que d'engraisser une maigre. »

Les mutualistes, de leur côté, et quelques jeunes médecins manquant de perspicacité, nous sortiront l'argument des services mutualistes permettant aux jeunes médecins d'assurer leurs débuts et de se faire une clientèle. Piteux argument pour le mutualiste, qui sera peu flatté de servir aux essais d'un débutant, argument plus piteux encore pour les praticiens qui peuvent facilement se rendre compte que la presque unanimité des médecins de Mutualités, pourvus de services importants, sont des hommes déjà âgés.

Qu'importent les objections ! Nous savons bien que nous ne contenterons jamais tout le monde. L'essentiel est de marcher vers la réalisation progressive du libre choix, et de progresser régulièrement en évitant de faire dans nos rangs des victimes.

J. Noir.

MALADIES PROFESSIONNELLES

Etude médico-physiologique de la plongée des scaphandriers en eau profonde (1).

(*Suite et fin*).

II

Danger que courent les plongeurs en revenant à la surface.

Lorsque les plongeurs reviennent à la surface, ils sont susceptibles d'être atteints d'attaques de dyspnée, de syncopes pouvant amener la mort en quelques minutes ou quelques heures, de paralysies motrices ou sensorielles, le plus souvent de paralysie des membres inférieurs et de la vessie, plus rarement de douleurs articulaires, surtout au niveau des jambes. Plus le plongeur travaille à une grande profondeur, plus grands sont les risques de décompression. La plupart de ces symptômes sont semblables à ceux de la maladie des caissons. Mais les travailleurs de caissons sont soumis à une pression beaucoup moins grande, tout en y travaillant de 4 à 6 heures par jour. Chez eux, les symptômes se développent généralement dans les quelques minutes ou dans l'heure qui suit la décompression. Le plongeur, au contraire, ne reste que très peu de temps exposé à une forte pression. Paul Bert a déterminé la pathogénie de ces accidents : *dissolution des gaz sous pression dans les tissus*, et en particulier dans le sang, *formation de bulles dans les tissus au moment de la décompression*. Hill et Mac-Leod ont montré ces bulles dans les capillaires d'une grenouille, et que, *par une rapide recompression, ces gaz se dissolvent à nouveau* dans le sang. En 1900, Mac-Kinlay, chirurgien de la flotte, eut l'occasion de faire l'autopsie d'un plongeur mort en quelques instants, 8 à 9 minutes après son retour d'une grande profondeur, en apparente bonne santé. Les vaisseaux cérébraux et en particulier ceux du plexus choroïde avaient un aspect perlé. Les poumons étaient normaux. Le péricarde contenait peu de liquide, mais les vaisseaux propres du cœur se dessinaient sous la séreuse avec un aspect perlé. En prenant le cœur entre les mains, on avait la sensation d'une vessie à moitié pleine de liquide, et en le pressant, on entendait un gargouillement, puis du sang noir, écumeux, sortait des sinus de la base du cœur. Lorsqu'on ouvrit le ventricule droit, l'air sortit avec bruit ; on y trouva du sang écumeux, mais pas de caillots ; le ventricule gauche était vide et les valvules parfaitement saines. Les vaisseaux du mésentère étaient remplis d'air ; le foie rouge sombre, engorgé, écumeux à la section ; la rate augmentée de volume, friable contenait du sang noir et de l'air ; le tissu cellulaire sous-cutané contenait des bulles d'air.

(1) Rapport de la Commission nommée par l'Amirauté anglaise pour étudier la question de la plongée en eau profonde. Wyman and Sons. Fetter Lane E. C. Londres, 1907. — Traduit et analysé par le Dr R. Martial.

Les auteurs rapportent aussi d'autres cas et citent les travaux de v. Schrötter, Hill et Ham, Hill et Mac-Leod, Hill et Greenwood.

Les plongeurs doivent être des hommes en bon état de résistance et âgés de moins de 45 ans.

Il y a deux manières de préserver l'homme au moment de la décompression : 1° limiter le temps de compression ; 2° ramener le plongeur très lentement. Dans les plongées très profondes, on emploie généralement la première méthode. Dans la pêche aux perles et aux éponges, le plongeur descend rapidement, reste au fond 2 ou 3 minutes et remonte rapidement. Lors de la catastrophe du destroyer *Chamois* tombé à 32 toises de fond à Patras, dans la Méditerranée, plusieurs plongeurs grecs et suédois descendirent en trois ou quatre minutes, remontèrent aussi vite et demeurèrent jusqu'à 10 minutes sous l'eau. C'est la plus grande profondeur à laquelle des plongeurs aient pu pénétrer et revenir sains et saufs. Il y a d'ailleurs des cas d'immunité à une décompression relativement rapide. Ex. : le célèbre plongeur Alexandre Lambert qui, ayant à sauver 70 mille livres en or à 27 toises, descendait 2 ou 3 fois par jour en deux minutes, remontait en 5 minutes, et restait 20 à 25 minutes sous l'eau. Lors de sa dernière descente, il resta 45 min., mais eut une attaque de paralysie une 1/2 heure après sa sortie, dont il ne se releva jamais complètement. Un autre plongeur célèbre dans le même cas est Erostarbe.

Danger que courent les ouvriers travaillant dans les caissons.

Dans la décompression pour les travailleurs des caissons, Paul Bert recommande 12 *minutes par atmosphère* ; Schröer 20 min. Quelquefois, il subsiste des douleurs après la décompression ; pour les éviter, il suffit de faire mouvoir les articulations et de masser la peau pendant la décompression.

Cependant, dans plusieurs constructions, en divers pays, et notamment à Argenteuil, près Paris, on a exécuté et recommandé la décompression rapide, sans accident, ou avec un très petit nombre d'accidents ; ceci ne surprend pas ceux qui sont habitués à la pratique des plongées.

Mais récemment, on revient à plus de prudence ; c'est ainsi que pour des travaux exécutés dans l'East River, à New-York, à 13 toises de profondeur, le temps exigé de décompression était de 15 minutes. Durant ces travaux, la mortalité fut de 1 pour 15.000 décompressions.

Les auteurs ont étudié la pression de l'azote, non seulement dans le sang, mais dans les divers tissus. Ils concluent que le danger de la formation de bulles ne dépend pas de la pression absolue de l'azote dans les tissus, mais de la différence relative entre la pression de l'air et celle de l'azote dissous. Cette différence doit être dans la proportion de 2 à 1 avant que des bulles se forment d'une manière appréciable, et la décompression aura lieu en sécurité si cette proportion n'est pas dépassée. Il s'ensuit que la décompression uniforme n'est pas la meilleure, outre qu'elle exige un temps très long. Lorsque, par exemple, un plongeur travaille à 15 toises sous l'eau, soit 3,8 atmosphères, on peut le ramener d'emblée à 5 toises et réduire la pression des 2/3 sans aucun risque, quelle qu'ait été la durée du séjour dans l'eau. Le reste de la décompression doit être fait lentement, de manière que la différence de pression entre l'air et le gaz des tissus n'excède pas la limite-sauvegarde : 2 à 1. Dans cet exemple, la décompression demandera 31 minutes au lieu de 124 (décompression uniforme).

Lorsqu'un homme est exposé au repos 5 minutes à 30 toises sous la mer, il n'aura pas en général saturé ses tissus d'azote, et son degré de saturation n'atteindra pas plus de 20 % de la pression à 30 toises. Mais, en travaillant, le plongeur active ses échanges, augmente la pression de CO^2 et peut accumuler en quelque point du corps, notamment dans la substance grise de la moelle, une pression, une saturation plus élevée rendant dangereuse une décompression rapide et augmentant les risques. Chez les plongeurs, les accidents sous-cutanés et du tissu conjonctif, ceux des articulations et des tissus nerveux sont assez rares. Ils souffrent surtout des paraplégies et des asphyxies.

Le plongeur doit descendre aussi rapidement que possible parce que, durant la descente, il dissout autant d'azote que durant son séjour au fond ; il doit être sain des oreilles et de la trompe d'Eustache. (Deux des expérimentateurs sont descendus à 35 toises en 2 minutes). Il doit remonter aussi vite que possible d'une haute pression à 12 toises, la pression est égale à la moitié de celle à 30 toises. Autrefois, on recommandait de revenir à 12 toises en 15 minutes. Cela expose le plongeur à un risque additionnel de 15 minutes de plus à 24 toises, ou de 12 minutes à 30 ; durant ce temps, les tissus continuent d'absorber de l'azote. Avec les anciennes prescriptions, il aurait mis 41 minutes pour descendre et autant pour monter, pour un séjour au fond de 10 minutes, par exemple. Il aura beaucoup de chance s'il échappe à une attaque de paralysie, en parcourant les 12 dernières toises en 20 minutes, dont 5 pour les plus superficielles. C'est ce qui arriva dans le cas observé par Mac-Kinlay.

Tous les travaux de la Commission ont concouru principalement à établir les durées-limites de descente, séjour et remontée aux différentes profondeurs. Ils ont établi un tableau donnant les limites de sécurité. Voici quelques exemples :

Un plongeur peut rester à 15 toises (3,7 at. de pression) 1 heure. En remontant, il doit stopper 5 minutes à 30 pieds, 5 à 20, 10 à 10, total du temps d'ascension : 22 minutes.

A 35 toises (7,4 at. de pression) séjour : 7 minutes. Remontée : stopper 5 minutes à 15 toises, 5 à 60 pieds, 5 à 40, 3 à 30, 5 à 20 et 10 à 10. Total du temps d'ascension : 44 minutes.

Durant chaque station, remuer bras et jambes.

Pour descendre à 35 toises, travailler et remonter à 15 toises : 3 minutes + 7 + 5.

Au premier arrêt, on modère l'envoi de l'air.

Pas plus d'une descente par jour. Les plongeurs de perles et d'éponges qui descendent 2 et 3 fois présentent souvent des troubles à la 3e plongée.

Durant l'expérience à 35 toises, le Dr Greenwood fut placé dans une chambre à compression ; il atteignit 7,4 atm. en 54 minutes seulement et la décompression exigea 2 heures 17 minutes. En sortant, il eut une attaque articulaire. Il semble donc qu'il ait subi une saturation d'azote plus avancée que le plongeur.

Traitement des accidents. — Pour les simples attaques de douleurs, il suffit de frictions locales, ou d'applications chaudes, ou de révulsifs, ou d'une petite dose de morphine. Pour les accidents plus sérieux, il faut recourir à la recompression. D'après l'expérience des caissons, on sait que tout accident est prévenu lorsque les travailleurs rentrent dans l'air comprimé. *En outre, il faut garder les travailleurs près de soi.* Par la recompression, en effet, on redissout l'azote dans les tissus et ensuite on libère les tissus de l'azote par une décompression très lente et très soigneuse. Le traitement réussit presque toujours à l'exception des cas extrêmes. Les chambres à recompression ne sont pas utilisables avec les plongeurs, mais il demeure possible de redescendre le plongeur d'autant plus que, d'habitude, il y a un intervalle entre sa sortie et le développement des symptômes : on a donc le temps de le soulever, de régler la valve du casque et de le renvoyer en bas. S'il a perdu connaissance, il est plus sûr d'ouvrir sa valve, de lui donner la communication avec le plein air et de le redescendre aussi profondément qu'il est nécessaire. Il reviendra probablement à lui au bout de quelques pieds, et un autre plongeur peut être envoyé près de lui. Dans les cas douteux, le plongeur restera dans l'eau à la surface, ou restera sur le pont tout habillé de façon à pouvoir redescendre rapidement.

Une autre méthode de traitement consiste à faire respirer de l'oxygène. Une partie de cet oxygène se combine à l'hémoglobine du sang et l'autre partie se dissout simplement. Cet extra-oxygène se trouve immédiatement utilisable pour les besoins physiologiques. Il facilite la disparition des bulles d'azote. Lors de leurs expériences, les auteurs avaient muni les casques d'un dispositif permettant d'adapter un ballon d'oxygène.

On a proposé de ponctionner le ventricule droit du cœur et d'aspirer l'excès d'air qui s'y trouvait. C'est un remède désespéré qui a réussi quelquefois chez les animaux.

Un autre danger réside dans l'accident du gonflement. Quand un plongeur reçoit trop d'air son costume se gonfle, il est enlevé du fond et plus il monte, plus sa pression extérieure diminue, plus il monte rapidement. Quand il arrive à la surface, il peut frapper violemment le bateau et se blesser ou déchirer son costume. Quand il remonte d'une grande profondeur son costume est distendu, il ne peut pas remuer les bras et il flotte désespérément sur l'eau, avec sa valve dans l'eau jusqu'à ce qu'on puisse le soulever. Le costume n'éclate pas, l'air s'échappant par les manchettes. La manœuvre pour se sauver lui-même est à peu près impossible, et le personnel du bord doit essayer d'atteindre aussi vite que possible la valve de son casque.

Toutefois un plongeur qui n'est pas à plus de 7 toises peut se gonfler lui-même pour remonter sans danger.

L'accident du gonflement survient surtout lorsque le plongeur se baisse et que l'air s'accumule dans le dos ; pour éviter cette éventualité, il est bon de lacer les jambes du scaphandre et de ne pas placer les plaques de plomb plus bas que le dos et la poitrine.

Une autre difficulté réside dans l'augmentation de la pression de l'oxygène à partir de la profondeur de 25 toises. Paul Bert a démontré qu'une pression de 3 atmosphères d'oxygène, correspondant à 15 atm. d'air, provoque chez l'animal des convulsions et très rapidement la mort. Une exposition de plusieurs heures à 2 atm. de CO^2 est également dangereuse. Lorrain Smith a montré récemment que l'oxygène à haute pression détermine la pneumonie.

Dans les scaphandres du type Rouquayrol et Denayrouze, on a cherché à remédier à cet inconvénient en leur adjoignant un réservoir d'air. Mais ce système offre de nombreux inconvénients d'ordre pratique. Une autre manière serait d'envoyer l'air proportionnellement à la quantité de CO^2 de façon à absorber ce dernier ; il suffirait d'envoyer un pied cubique d'air mesuré à la pression atmosphérique, chaque minute, par n'importe quelle profondeur. Ce système présente de telles complications pratiques que la commission l'a repoussé. Enfin, l'appareil de Fleuss (absorption de CO^2 par la soude caustique, n'est utilisable que dans quelques circonstances.

Le plus grand danger résidant en somme, dans la décompression au retour des grandes profondeurs (plus de 25 toises), on a proposé l'emploi d'une chambre à décompression submergée. Cette chambre aurait pour avantages : d'éviter au plongeur ascendant le froid aux mains qui le gêne souvent pour tenir la corde, de l'empêcher d'être entraîné au loin par les courants sous-marins et par suite d'être décomprimé subitement, de permettre la recompression immédiate, d'enlever au plongeur la fatigue de résister aux courants qui exercent une traction formidable sur le tuyau d'aération.

Enfin, un autre moyen, employé à Gibraltar depuis peu, consiste dans le vaisseau submersible comprenant chambre de travail et chambre de décompression.

Dans la période de décompression, l'oxygène pur destiné à réduire l'azote des tissus ne peut être envoyé au plongeur que lorsqu'il est parvenu à 40 ou 30 pieds ; cela permettra de réduire d'environ moitié les dernières stations sous l'eau.

. . . . . .

Dans les appendices, la Commission a insisté sur l'adjonction aux pompes, d'indicateurs permettant de connaître à quel niveau se trouve le plongeur ; elle a relaté les expériences sur les chèvres reproduisant les essais des plongeurs, et confirmé ainsi les temps de remontée. Le Dr Vernon, d'Oxford, a constaté que les tissus adipeux dissolvent 6 fois autant d'azote que le

sang et les autres tissus ; un plongeur gras sera donc plus long à saturer d'azote et plus long a désaturer. Il sera donc moins sujet à la maladie des caissons après un court séjour et plus exposé après un long séjour, toutes les autres conditions restant égales.

La précaution de remuer bras et jambes pendant les stationnements permet d'éviter les douleurs articulaires.

L'intervalle entre deux plongées doit être d'au moins deux heures ; sinon, le corps n'ayant pas eu le temps de se désaturer entièrement, le plongeur sera plus hautement saturé à la fin de la seconde plongée. Les risques de décompression seront donc plus grands ; il n'y a pas de précautions spéciales à prendre pour la première partie de la remonte, mais pour la seconde, il faudra augmenter la durée des stations.

Enfin, ces appendices comprennent les tableaux avec les chiffres et calculs dans les diverses séries d'expériences sur le matériel, les animaux et l'homme, et de fort belles et instructives illustrations photographiques. Ce rapport, d'un si haut intérêt pratique et d'une si grande actualité, sert de base à la publication d'un nouveau manuel de plongée qui sera distribué à la marine anglaise.

Nous résumerons en disant :

A mesure que l'on s'enfonce, il faut augmenter la pression de l'air qui refoule l'eau à l'extérieur des caissons. On compte 1 atmosphère de *suppression* par 10 mètres, ce qui fait deux atmosphères pour travailler à 10 mètres, 3 atmosphères pour 20 mètres, et ainsi de suite. *Les ouvriers* les plus entraînés ne peuvent supporter qu'exceptionnellement et pendant peu de temps une *pression de 5 à 6 atmosphères* ; et, à partir de 3 atmosphères, pression assez fréquemment employée, ils sont exposés à une affection grave encore mal connue, nommée *maladie des caissons* qui se traduit par la *raideur des articulations* et par des accès de *paralysie susceptibles d'amener la mort*. Affection d'autant plus difficile à expliquer, *a priori*, qu'elle frappe surtout les tubistes. Or, ces derniers travaillent rarement sous plus de 3 *atmosphères*, tandis que les scaphandriers, descendant souvent à 38, 40, parfois 50 mètres, supportent des pressions d'eau beaucoup plus fortes.

Voici cependant comment on peut expliquer cette anomalie apparente.

Tandis que l'*acide carbonique* et l'*oxygène* de l'air se dissolvent en très minime quantité dans nos tissus et que leur proportion dans le sang augmente peu pour des pressions fort différentes, l'*azote* s'accumule dans l'organisme, et le tissu adipeux peut en dissoudre dix fois plus que le sang. Cette dissolution est très lente ainsi que le dégagement qui se produit quand on revient progressivement à la pression normale. *Mais si le retour s'opère vite, l'azote s'échappe du corps en bulles précipitées qui désorganisent les tissus et troublent la circulation.* Les scaphandriers séjournant trop peu de temps sous l'eau pour emmagasiner un excès d'azote, on s'explique qu'ils soient moins *atteints que les tubistes enfermés plusieurs heures* de suite dans un caisson.

***

Deux moyens semblent s'offrir pour protéger la santé des ouvriers : 1° réduire le temps de séjour dans le caisson : 2° effectuer la décompression avec une extrême lenteur.

Le premier expédient est relativement simple. il nécessiterait seulement un roulement plus rapide des équipes, et peut-être la formation d'une équipe supplémentaire.

Le second augmente la durée de remonte des ouvriers, et le temps de la remonte est payé par l'entrepreneur, qui a intérêt à la raccourcir. Il sera donc difficile de faire accepter par les patrons l'un ou l'autre de ces procédés. Cependant on éviterait tout danger en opérant la la décompression en plusieurs temps ; on peut même agir brusquement, à la condition expresse de ne pas réduire la pression à chaque temps de plus de moitié. Dès lors, il suffit de deux décompressions à quelques minutes d'intervalle, trois dans les cas exceptionnels.

Cette découverte facilitera le recrutement, jusqu'ici fort difficile, des tubistes et des scaphandriers ; et, en même temps qu'elle augmentera pour les ingénieurs la facilité de réaliser leurs conceptions, elle épargnera bien des risques et des souffrances à une classe particulièrement intéressante de travailleurs.

Mais il faudrait que les entrepreneurs qui violent les règlements soient sévèrement punis ; or nous avons au début de cet article, expliqué les raisons pour lesquelles, au Ministère du Travail, on est si indulgent pour les fautes des patrons, et si sévère pour les prétendus manquements des ouvriers ou de leurs défenseurs.

Dr Divernerese.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les ferments lactiques et la reprise de l'alimentation dans la diarrhée infantile.

La diète hydrique constitue le plus efficace moyen thérapeutique à opposer à la diarrhée des nourrissons.

Mais, à la suite de ce traitement, un point reste délicat, c'est la reprise de l'alimentation. Très souvent, la reprise de l'alimentation lactée (sein ou biberon) ramène la diarrhée, et tout est à recommencer. On peut arriver par la patience, à force de précautions et de tâtonnements, à faire enfin digérer le lait convenablement stérilisé. Mais, n'y a-t-il pas un moyen plus rapidement efficace d'obtenir ce résultat ?

M. le Dr Boucard préconise l'emploi des ferments lactiques, sous forme de Comprimés, pour rétablir la digestion normale.

« Deux indications doivent être remplies : diminuer la quantité de caséine, et s'efforcer de modifier, le plus vite possible, le milieu intestinal.

« En modifiant le milieu intestinal, nous favorisons l'action des glandes digestives, nous favorisons aussi le développement d'une flore intestinale utile, nous désavantageons les microbes protéolytes nuisibles ; or, pour cela nous avons des moyens plus actifs ; nous pouvons introduire directement dans l'alimentation des bacilles bienfaisants, en employant les ferments lactiques.

« Chez les nourrissons et chez les jeunes enfants, il faut s'en tenir aux formes sèches, car l'acidité, d'ailleurs très variable, des bouillons de culture et du lait caillé provoquent des troubles gastriques, et les enfants refusent souvent ces préparations.

« Sous l'influence du ferment lactique, les selles sont désodorisées, mieux digérées et se régularisent ; l'état général s'améliore et la courbe de poids s'élève. On a rétabli dans l'intestin l'équilibre microbien normal et on peut ainsi réduire la durée de la diète.

« Voici comment on prescrira les ferments lactiques : 3 à 6 Comprimés par jour, délayés dans une ou deux cuillerées à dessert d'eau bouillie avant les biberons, une demi-heure de préférence. Quand les troubles intestinaux sont légers, cette médication suffit.

« Dans les cas plus sérieux, il faudra instituer la diète hydrique associée aux ferments lactiques, afin de modifier plus rapidement la flore intestinale, et surtout pour faciliter la reprise de l'alimentation. »

Le foie au cours de la colique de plomb.

M. Rostaine, de Paris, a fait dans la *Rev. des Hôpitaux* une étude des altérations du foie, dans le saturnisme, d'après la récente thèse du Dr Henry Bernard.

« L'étude du foie, au cours de la colique de plomb, a donné naissance à des opinions diverses. Potain remarqua le premier la diminution de hauteur de la zone de matité hépatique au cours de la colique : « Cette matité, disait-il, peut être réduite à 8, 7, 5 centimètres même sur la ligne mamelonnaire. Chez deux malades, on a trouvé la matité réduite à si peu de chose qu'elle devenait extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible à constater. »

M. Henry Bernard cite de nombreuses observations analogues ; il a vu des cas où la matité hépatique disparaissait complètement. Selon lui, « les modifications de la matité hépatique sont dues à l'interposition d'anses intestinales plus ou moins dilatées entre le foie et le diaphragme ; en effet, il est difficile de faire l'hypothèse d'atrophie spasmodique lorsque la disparition de la matité hépatique est complète ; d'autre part, le mouvement de bascule de bas en haut aurait pour effet d'appliquer l'extrémité inférieure du foie contre la paroi, et ferait disparaître la partie supérieure de la matité hépatique ; or, il n'en est rien, et c'est toujours la partie inférieure de cette zone de matité qui disparaît la première.

Il est beaucoup plus logique d'admettre que les anses intestinales s'insinuent entre le foie et le diaphragme, décollant pour ainsi dire peu à peu l'organe du muscle, arrivant même parfois à masquer toute la face antérieure.

C'est un fait analogue à celui de la disparition de la matité hépatique dans les péritonites ou dans l'ascite, et qui paraît lié à la parésie de l'intestin et à la constipation.

L'examen systématique de l'hypocondre gauche est venu renforcer cette opinion, en montrant dans presque tous les cas, une augmentation nette en étendue et en intensité de la sonorité gastro-colique. Cela est dû, semble-t-il, à un état parétique à peu près constant de l'estomac et de tout ou partie de l'intestin.

Les modifications physiques de l'organe hépatique ne sont pas les seules qu'il présente au cours de la colique de plomb ; on a signalé des troubles fonctionnels, momentanés et liés au syndrôme aigu lui-même. Tels sont : l'urobilinurie, à peu près constante ; la glycosurie alimentaire qui, d'après Brunello, existe dans la moitié des cas et disparaît pendant la convalescence ; l'hypoazoturie.

La cellule hépatique traduit d'ailleurs souvent son insuffisance par une légère teinte ictérique ; c'est un ictère rouge peu marqué, dû au passage dans le sang d'éléments anormaux de la cellule hépatique. Il est bien difficile de préciser la cause de cette insuffisance hépatique ; peut-être faut-il y voir une réaction du foie vis-à-vis du plomb qui, vraisemblablement, y est arrêté en plus grande quantité pendant la colique ; peut-être aussi s'agit-il seulement du retentissement sur le foie de l'état intestinal. »

La méthode de Ferrier contre la tuberculose.

M. le Dr Raymond Colin a étudié dans sa thèse les résultats sérieux obtenus contre la tuberculose par l'application stricte de la méthode Ferrier.

Nous empruntons à l'auteur la description de la technique de cette méthode :

« Le traitement comprend : 1° des *prescriptions générales*. Ne faire aucun usage de vin, bière, cidre, poiré, liqueurs, eau-de-vie, en un mot de tout ce qui contient de l'alcool.

Ni salade, ni mets vinaigrés, ni oranges, ni citrons, ni limonade, ni orangeade.

Ne manger de beurre, ni au repas du matin, ni à aucun repas, sauf la petite quantité qu'il est impossible d'éviter dans l'apprêt des légumes et des pâtes. Encore faut-il le remplacer le plus possible par la crème ou la sauce blanche.

Prendre le moins possible de sauces, et même les éviter absolument. Ne pas manger par jour plus de 200 à 300 gr. de pain, selon le poids de l'individu.

Comme légumes : pommes de terre, carottes, pois cassés, farines sous forme de pâtes (macaroni, nouilles, etc.). Eviter le fromage. Il est facile de suppléer à une partie du beurre au moyen de farine et de lait.

Ne boire uniquement que de l'eau bicarbonatée calcique : déboucher d'avance l'eau, afin de

lui faire perdre une grande partie de l'acide carbonique libre.

Pas d'autres repas que ceux qui sont prescrits.

En cas de sensation de faim à 4 ou 5 heures de l'après-midi, un verre d'eau bicarbonatée calcique, mais jamais de goûter.

Exercice modéré, de façon à développer un peu l'appétit.

Ne pas chercher à manger beaucoup pour augmenter de poids.

2° *Des prescriptions spéciales.* — A 6 h. 1/4 du matin, prendre 1 verre d'eau de Saint-Galmier.

A 7 heures : 2 œufs, 50 grammes de pain, 1 cachet de sels de chaux :

Carbonate de chaux.....	0 gr. 50
Phosphate tribasique de chaux.	0 gr. 20
Magnésie calcinée.....	ââ 0 gr.15
Chlorure de sodium.....	

pour un cachet.

A 11 h. 1/4 un verre d'eau de Saint-Galmier.

A midi, déjeuner : viande maigre, œufs, poissons (pas de maquereau, de hareng, de saumon), ris de veau, rognons, foie, jambon maigre non fumé. Quantité totale de viande : de 150 à 250 grammes. Un peu de légumes, 100 grammes de pain.

Un cachet de même composition que ci-dessus.

A 6 h. 1/4 du soir : 1 verre d'eau de Saint-Galmier.

A 7 heures ou 7 h. 1/2 dîner : potage au bouillon de viande dégraissé, avec pâtes d'Italie. Viande rouge ou blanche ; œufs ; quantité de viande de 150 à 250 grammes. Très peu de légumes. Dessert : surtout des fruits cuits non acides ; confitures en petite quantité, 50 grammes de pain, 1 cachet de sels de chaux.

Pour les enfants, la quantité de sels de chaux sera par jour de 0 gr. 30 pour la première année, et autant de fois 0 gr. 05 en plus, que d'années au-dessus de cet âge. Pour les enfants au sein, il suffit de faire prendre à la nourrice la dose de l'adulte, c'est-à-dire 2 gr. 10 par jour. Si la croissance de l'enfant est en pleine activité, la dose devra être en rapport avec ses besoins. A partir de quinze ans, il peut prendre la dose de l'adulte.

Si les sels de chaux donnent aux matières fécales une couleur grise, en entraînant une constipation pénible, il faut suspendre l'emploi des sels de chaux et donner après chaque repas, 1 gramme de magnésie calcinée.

Lorsque les sels sont tolérés (c'est le cas général), il y a peu d'inconvénients à en donner un léger excès, tandis qu'il serait nuisible de pécher par défaut. Il ne faudrait pas en conclure cependant que la dose importe peu, car certains sujets montrent une susceptibilité telle que l'on a été parfois obligé de diminuer la dose, surtout de phosphate, ou même d'en suspendre l'administration pendant quelque jours.

Les mesures habituelles en matière de tuberculose ne seront pas négligées : aération diurne et nocturne, frictions cutanées, révulsion seront d'un utile secours.

Dans le cas de cavernes ou de cavernules, cultivant le streptocoque ou d'autres pyogènes, on peut associer l'emploi des antiseptiques directs, en particulier les sels de la créosote, le thiocol.

En cas de fièvre trop élevée, il sera prudent d'envisager l'usage des antithermiques.

Quelques variantes ont été apportées à ce traitement.

C'est ainsi qu'on peut, par mesure d'économie, prescrire les sels de chaux en paquets au lieu de cachets.

D'autre part on a donné des formules qui diffèrent peu l'une de l'autre :

En cas de diarrhée, on peut supprimer la magnésie et augmenter la quantité de carbonate ; voici la formule que l'on peut employer dans la péritonite tuberculeuse :

Carbonate de chaux.....	0 gr. 65
Phosphate tribasique de chaux.	0 » 20
Chlorure de sodium.....	0 » 15 p. 1 c.

Voici d'autres formules qui ont été encore préconisées :

Carbonate de chaux.....	0 gr. 50
Phosphate tribasique de chaux	0 gr. 20
Magnésie calcinée.....	0 gr. 05

Pour 1 cachet.

(Letulle, *Presse méd.*)

Carbonate de chaux.....	0 gr. 40
Phosphate tribasique de chaux	0 gr. 20
Magnésie calcinée.....	0 gr. 05
Chlorure de sodium.....	0 gr. 10

Pour 1 cachet.

Carbonate de chaux.....	0 gr. 50
Phosphate tribasique de chaux	0 gr. 25
Chlorure de sodium.....	0 gr. 05
Magnésie calcinée.....	0 gr. 05

Pour 1 cachet.

Le régime lui-même peut subir quelques petites modifications ; il est souvent difficile de le faire accepter par les malades, et dans ce cas, il vaut mieux faire quelques petites concessions anodines : c'est ainsi que le Dr Courtellemont autorise une très petite quantité de vin, blanc de préférence, aux malades à goût délicat ; à ceux qui ont gros appétit et bon estomac, il permet un petit repas à 4 h. 1/2, précédé une demi-heure auparavant d'un verre d'eau de Saint-Galmier.

C'est au médecin qu'il convient de modifier, dans un sens ou dans l'autre, les prescriptions particulières, sans s'écarter cependant des idées directrices du traitement ; les données exposées ci-dessus lui permettront les additions :

Modèle d'ordonnance

1°	Carbonate de chaux.....	0 gr. 50
	Phosphate tribasique de chaux	0 gr. 20
	Magnésie calcinée.....	ââ gr. 15
	Chlorure de sodium.....	

Pour 1 paquet n° 30.

Mêler le contenu d'un paquet aux aliments à la fin de chacun des trois repas ;

2° Une demi-heure avant chaque repas, prendre 1 verre d'eau de Saint-Galmier ;

3° Aux repas, ne boire que de l'eau de Saint-Galmier.

Cette eau, ainsi que la précédente, aura été débouchée quelque temps à l'avance ;

4° Pas d'acides ; éviter les fruits acides, citrons, oranges, oseille, tomates, les confitures acides, le vinaigre ; peu de graisses ;

5° Alimentation substantielle : viandes grillées, rôties ou crues, purées, pâtes, bouillies, œufs.

Peu de pain : 200 grammes par jour ».

Ce traitement donne dans la tuberculose pulmonaire des résultats excellents, parfois inespérés. Les deux actions principales sont le relèvement des forces et la régularisation des fonctions digestives. Elles se manifestent promptement. L'action locale sur le poumon peut être curatrice aux périodes de germination, de conglomération et de ramollissement discret.

En cas de lésions avancées, sauf exception, elle paraît faible ; mais les modifications de l'état général et des fonctions digestives n'en sont pas moins nettes. En présence d'hémoptysies, il vaut mieux s'abstenir du traitement.

En cas de poussée tuberculeuse aiguë, il sera donné avec prudence.

Ce traitement est susceptible de s'appliquer avec succès à la péritonite tuberculeuse et à la pleurésie tuberculeuse. Il a donné également de bons résultats dans d'autres localisations tuberculeuses, telles que la laryngite, l'épididymite, etc.

Il s'associe aux préceptes hygiéniques habituels et à la cure d'air.

Il a le grand mérite d'être simple, peu coûteux et de pouvoir être réalisé dans tous les milieux sociaux.

Son mode d'action n'est pas bien connu. Il semble que les tuberculeux soient des décalcifiés ; cette décalcification met l'organisme en état d'infériorité pour résister à l'agent microbien ; le manque de chaux l'empêche en outre de recourir à ses moyens de défense ordinaires, la transformation fibreuse et la calcification des tubercules.

Le traitement de Ferrier récalcifie : 1° par la régularisation des fonctions digestives et la diminution des pertes en chaux qu'elles provoquent ; 2° par l'apport de chaux assimilable (eau) en admettant que les sels insolubles ne passent pas dans le sang : ceux-ci peuvent du reste être absorbés à l'état pulvérulent et exercer sur les leucocytes une action chimiotaxique positive, en même temps que leur dépôt dans les cellules lésées deviendrait possible.

Enfin, il semble qu'on puisse attribuer aux sels de chaux une action modératrice pour les échanges et par suite une réduction des combustions.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, les résultats obtenus dans la tuberculose pulmonaire et les autres manifestations tuberculeuses (notamment la péritonite) assurent à ce traitement une des premières places parmi les méthodes actuellement préconisées contre la tuberculose : il semble que dans bien des cas, il soit le traitement de choix.

REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

De la perméabilité des reins pour les bactéries. — Recherche des bacilles tuberculeux dans le sang circulant des phtisiques. — Recherche des spermatozoïdes dans les taches de sperme. — Recherche rapide du coli-bacille dans les eaux de boisson. — La ponction du poumon, comme moyen du diagnostic. — Dyspnée menaçante avec collapsus après une injection de sérum.

Des expériences faites par Rolly (*Münch.med. Woch.*, 1909), *sur la perméabilité des reins pour les bactéries*, il résulte que les bactéries injectées artificiellement dans le sang se retrouvent dans l'urine au bout d'un laps de temps variant entre 3 et 30 minutes. L'auteur, pour expliquer ce phénomène, admet qu'une petite quantité des microbes du sang traversent la paroi glomérulaire en même temps que la sécrétion et la filtration de l'eau urinaire ; *il en est ainsi, que les reins soient enflammés, altérés d'une façon quelconque, ou non.*

— *Pour déceler les bacilles tuberculeux dans le sang circulant des phtisiques*, Schmitter emploie la méthode suivante :

Il recueille une petite quantité de sang (0,3 à 2 cent. cubes) dans une dilution d'acide acétique à 3 pour cent, ce qui a pour résultat de produire une cytolyse des globules sanguins ; ce mélange est ensuite centrifugé, et c'est dans le culot de centrifugation que sont recherchés les bacilles tuberculeux par les méthodes ordinaires de coloration et par l'examen microscopique.

Au 3e stade de la maladie, Schnitter a obtenu un résultat positif dans la moitié des cas, au 2e stade dans un quart des cas, au 1er stade dans aucun cas. (Les recherches portent sur 34 sujets). La découverte du bacille dans le sang circulant est donc d'un pronostic fâcheux. Dans les cas douteux (septicémie, fièvre typhoïde), cette recherche est d'un secours précieux.

Tout récemment (*Deutsche med. Wochens.* 1909), l'auteur a perfectionné son procédé : il recueille 10 à 15 cent. cubes de sang dans de l'acide acétique à 3 pour cent ou dans de l'acide citrique à 2 ou 3 pour cent pour éviter la coagulation ; puis il centrifuge et traite le culot par de l'antiformine à 15 °/₀ afin de dissoudre tous les éléments cellulaires, les débris de cellules et les bactéries, sauf les bacilles de Koch ; enfin, il centrifuge une 2e fois, lave le culot et par la coloration d'un frottis recherche le germe de la tuberculose.

— Une nouvelle méthode décrite par Baecchi (de Modène) (*Deutsche med. Wochens.*, 1909, p. n°5) permet de découvrir facilement *les spermatozoï-*

des dans les taches de sperme. Le procédé est simple, rapide et sûr. Il suffit, que la tache soit fraîche ou ancienne, de tremper un filament du linge dans une *solution aqueuse concentrée de fuschine acide* et de décolorer d'abord par l'alcool acétique, puis par l'alcool absolu.

De la sorte, les fibres textiles apparaissent décolorées ou légèrement rosées, en tous cas transparentes, et sur celles-ci on reconnaît, même à un faible grossissement, des points rouge sombre, qui sont les têtes des spermatozoïdes. A un grossissement plus fort on voit leurs queues colorées d'une manière moins intense, mais cependant nette.

Il existe aussi d'autres colorations suffisamment bonnes, telles par exemple la solution aqueuse concentrée de bleu de méthylène ; mais elles sont inférieures à la fuschine. On obtient de très belles préparations en combinant le bleu de méthylène à la fuschine.

— La méthode que propose LACOMME (*Journ. de Phys. et de Path. gén.*, 1910) pour *la recherche rapide du coli-bacille dans les eaux de boisson* est une combinaison du procédé au neutralroth et du procédé d'Eijkmann. Tous les germes qui donnent une réaction positive doivent être considérés comme des coli-bacilles, ou tout au moins, comme des germes tellement voisins qu'ils indiquent sûrement une *pollution d'origine fécale.*

Voici la technique de la méthode :

Préparer d'une part une solution saturée à chaud de rouge neutre ; filtrer, stériliser. Préparer un bouillon composé de : eau, 1000 ; peptone de Witte, 100 ; glucose, 100 ; sel, 50. Le bouillon est réparti dans des tubes de 15 centimètres cubes.

Au moment de l'employer, on ajoute à chaque tube x gouttes d'une pipette, calibrée au 1/20 de centimètre cube, de la solution de rouge neutre. Le contenu de ces tubes ainsi préparés est mélangé à 100 cent. cubes de l'eau à examiner. Le tout est introduit dans des tubes à fermentation de dimensions appropriées qui sont mis à l'étuve à 45-46°.

Après 24 h., quelquefois après 48, la réaction est terminée.

Si le liquide ensemencé contient du coli, le bouillon est devenu fluorescent et il y a eu production de gaz. Seul cet agent est susceptible de donner lieu à ces deux phénomènes réunis : fluorescence et fermentation gazeuse.

— *La ponction du poumon* est indiquée dans les cas où la nature d'une induration pulmonaire n'est pas révélée par l'examen des crachats, dans les cas de bronchectasie, dans les cas d'abcès du poumon.

La *technique* est celle de la thoracentèse ; l'aiguille doit être d'un fort calibre et très acérée. On l'enfonce, montée sur la seringue, dans le tissu pulmonaire ; on fait le vide en retirant le poumon de 1 ou 2 centimètres ; on retire doucement le tout, en maintenant le vide. Au moment où l'aiguille quitte la peau, deux ou trois gouttes de liquide sanguinolent pénètrent dans le corps de pompe. Pour faire l'examen du liquide retiré, on aspire ensuite un peu d'eau salée stérile qui le dilue et en facilite la sortie de la seringue ; on examine sur lame et on cultive.

HORDE (*The Lancet*, 6 nov. 1909), en employant cette méthode, a pu, dans un certain nombre de cas, déterminer la nature de l'agent, cause des complications pulmonaires de différentes infections.

— Le cas rapporté par V. BESCHE (*Berl. klin. Wochens.*, 1909, n° 35) est un cas d'hypersensibilité très curieuse au sérum de cheval. Il s'agit d'un médecin de 30 ans, qui avait reçu sur le visage des produits diphtériques virulents et n'avait pu prendre immédiatement les mesures antiseptiques nécessaires ; il jugea opportun de se faire faire une injection préventive ; celle-ci, pratiquée suivant la technique habituelle et à la dose de 20 centimètres cubes de sérum, contenant 1000 unités antitoxiques, provoqua très rapidement une crise de dyspnée avec collapsus et menace de suffocation. Le malade guérit d'ailleurs rapidement. Chose curieuse, il avait toujours eu une susceptibilité particulière à l'égard de l'odeur du cheval et des excréments de cet animal, qui provoquait chez lui des phénomènes analogues à ceux de la fièvre des foins. Après l'accident relaté ci-dessus, cette susceptibilité disparut pendant trois mois pour reparaître ensuite.

Dr FISER.

FORMULAIRE RAISONNÉ

La fève de Saint-Ignace,

Par le Dr André LOMBARD.

La fève de Saint-Ignace jouit des mêmes propriétés que la noix vomique, mais contient trois fois plus de strychnine et un peu moins de brucine ; aussi la prescrit-on à doses plus faibles et moins fréquemment. C'est un tonique du système nerveux, mais surtout un excitant de la motricité gastrique, un apéritif. On la prescrit sous forme de poudre, de teinture et de *Gouttes amères de Baumé.*

La *poudre* se prend à la dose d'un à dix centigr. en cachets ; ainsi conseille-t-on, dans l'anorexie, d'avaler, une demi-heure avant les deux principaux repas, un cachet avec :

Poudre de fève de Saint-Ignace	0 gr. 03 à 0 gr. 05
Poudre de colombo	âà 0 gr. 25
Poudre de quassia	

en 1 cachet, n° 20.

Aux anémiques, aux neurasthéniques avec anémie, on fera prendre utilement deux fois par jour aux repas un des cachets suivants :

Poudre de fève de Saint-Ignace. ..	0 gr. 02
Protoxalate de fer.....	0 gr. 20
Magnésie.....	0 gr. 30

en 1 cachet, n° 30.

La *Teinture* (Codex, 1908), préparée à 1/10, avec de l'alcool à 70°, est généralement peu employée; on la prescrit à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr.30, soit cinq à vingt gouttes (cinquante-neuf gouttes pèsent un gramme). On conseille, dans l'hypopepsie, de prendre à chaque repas huit à douze gouttes de :

Teinture de badiane.....	6 gr.
Teinture de fèves de Saint Igna c.	4 gr.
Acide citrique.....	q. s. pour éclaircir.

On emploie plutôt les *Gouttes amères de Baumé* ou teinture composée de fèves de Saint-Ignace préparées en faisant digérer au bain-marie, dans de l'alcool, de la poudre de fèves de Saint-Ignace avec du carbonate de potasse et de la suie. Le rôle de cette dernière serait, pour les uns, d'ajouter à la préparation son amertume et son action antiseptique ; pour d'autres, d'empêcher les erreurs en donnant à la préparation un aspect particulier ; c'est, en effet, un liquide brun noirâtre, très amer ; il ne se trouble pas par addition de son volume d'eau distillée. La teinture composée du Codex de 1908, préparée avec de l'alcool à 70°, est *deux fois et demie moins active* que celles du Codex de 1884 ; aussi la prescrit-on maintenant à la dose quotidienne de cinq à trente gouttes. On en peut donner aux enfants deux gouttes par jour et par année d'âge en cessant la médication au bout de dix jours.

Assez souvent les Gouttes de Baumé sont prescrites seules ; mais on peut les associer à d'autres médicaments ; ainsi, dans l'atonie gastrique avec gastralgie, on fera prendre avant chaque repas une cuillerée à soupe de :

Gouttes amères de Baum é.....	XX à L gouttes
Bicarbonate de soude...	5 gr.
Elixir de pepsine.....	30 gr.
Eau de tilleul.....q.s.p.	150 cmc.

chaque cuillerée contient deux à cinq gouttes.

MM. Debove, Pouchet et Sallard donnent le type d'une formule à conseiller dans l'atonie gastrique

Gouttes amères de Baumé.... .	L gouttes
Teinture de coque du Levant....	XXX gouttes
Teinture de rhubarbe.....	40 gr.
Teinture de gentiane.....	70 gr

en prendre une cuillerée à soupe après les repas, dans un quart de verre d'eau additionnée d'élixir de Garus.

Dans l'hypopepsie, on fera prendre, dix minutes avant chaque repas, ou bien après, dans un peu d'eau, dix gouttes de :

Gouttes amères de Baumé.....	
Teinture de badiane	âà 4 gr.
Teint. d'écorces d'oranges amères	

ou bien, avant les repas, une cuillerée à café de la préparation suivante :

Teinture de Baumé.....	3 gr.
Teinture de noix vomique.....	4 gr.
Teinture de rhubarbe.....	âà 20 gr.
Teinture de gentiane.....	
Sirop d'écorces d'oranges amères	q. s. p. 150 cmc.

TUBERCULOSE

Les troubles hépatiques inflammatoires chez les tuberculeux.

Par le Dr R. MARTIAL.

Dans un bref mais substantiel et intéressant article, le Dr E. Géraudel (1) appelle à nouveau l'attention sur les affections hépatiques dans la tuberculose. Les lésions tuberculeuses : tubercule, granulations, etc., sont bien connues et on les trouve fréquemment à l'autopsie, mais l'auteur veut démontrer que les cirrhoses de Laënnec et de Hanot, qui ne sont que des syndromes, doivent ressortir à des facteurs étiologiques. « Une fois les faits rattachés qui à la tuberculose, qui à la syphilis, qui au paludisme, etc., restera-t-il des faits à étiologie indéterminée, des cirrhoses de Laënnec et de Hanot essentielles ? »

En ce qui me concerne, je suis frappé, depuis un certain temps, du nombre de tuberculeux présentant des troubles hépatiques à des degrés divers, même en dehors de l'atrophie et de l'hypertrophie. Il semble probable que l'*hépatite inflammatoire tuberculeuse* soit prochainement à envisager comme une entité très nette et très reconnaissable ; elle semble devoir rentrer dans le cadre des affections tuberculeuses inflammatoires, suivant l'expression du Dr Poncet. Ces manifestations inflammatoires de la tuberculose ne sont pas si rares qu'on pourrait le penser ; j'ai observé, l'an dernier, un cas d'hémiplégie tuberculeuse sur lequel je pense pouvoir revenir quelque jour ; mais, des troubles hépatiques, j'en ai observé et en observe tous les jours. Sur une moyenne de 70 malades toujours présents dans le sanatorium, je compte actuellement 14 pensionnaires présentant à un degré quelconque des troubles hépatiques ; l'un d'eux est, il est vrai, en même temps paludéen. Le plus typique de tous est un pensionnaire en traitement depuis deux ans, n'ayant plus jamais de température du fait de sa tuberculose pulmonaire, bien que ses lésions aient été et soient encore

(1) La Tuberculose dans la pratique médico-chirurgicale, n° 1, janvier 1910.

étendues, mais qui, au moment de son entrée, avait des crises d' « hépatite » à peu près mensuelles, puis bi-mensuelles et dont les deux dernières ont été séparées par un intervalle de 6 mois. Ces crises durent environ une semaine ; à ce moment l'appétit diminue ou même disparaît, la soif est assez vive, un état nauséeux s'installe, le teint devient légèrement subictérique, les conjonctives sont plus ou moins jaunes et injectées, la région du foie devient sensible, la base pulmonaire droite a des râles qui n'existent pas en temps ordinaire, le foie se congestionne, augmente de volume parfois assez considérablement ; durant certaines crises, les selles sont décolorées (mais pas toujours), enfin, la température atteint deux, trois soirs de suite, à l'acmé de la crise, 37°8 et 38°, même 38°5. Puis, tout rentre dans l'ordre, et après trois, quatre ou cinq jours d'aggravation progressive, la détente s'opère et au bout d'une semaine il n'y paraît pour ainsi dire plus. Ce malade est et a toujours été un tempérant.

Un autre patient, homme de 60 ans, mais vigoureux, au teint haut en couleur, aux conjonctions injectées, ne présente qu'une lésion minime d'un des sommets et souffre surtout de son foie ; je n'ai pas encore eu eu le temps d'observer le « régime » de son hépatite. Un troisième, qui fit l'an dernier une pneumonie gauche des plus graves, est aussi un hépatique à périodes ; un quatrième, porteur de lésions pulmonaires et de fistules, offre constamment un teint subictérique. Une autre encore a débuté dans son séjour par une hémoptysie durant laquelle la teinte subictérique habituelle de son visage s'était fortement accentuée.

Je note ces faits pour prendre date, espérant préciser quelque jour la symptomatologie de l'hépatite inflammatoire tuberculeuse.

Mais au point de vue pratique, je puis déjà dégager un fait de ces constatations : c'est l'importance du régime alimentaire dans le traitement de la tuberculose.

Non seulement, ainsi que je le disais dans le n° 35, 1909, du *Concours médical*, la suralimentation est une erreur au point de vue gastro-intestinal, mais encore au point de vue hépatique.

Dans ces cas, le régime lacto-végétarien et le régime végétarien font merveille, et non seulement le foie s'en trouve bien, mais aussi l'état général, et, malgré, ou plutôt à cause de ce régime, le poids continue à augmenter — peu, mais plus régulièrement — et le malade semble devenir encore plus résistant aux intempéries que ceux simplement soumis au régime ordinaire qui comprend de la viande.

Cette thérapeutique diététique se complète aisément par la médication au boldo et à l'évonymine — ou par la prescription d'une petite cure de Carlsbad effectuée durant quelques jours, de six semaines en six semaines.

Ces faits cliniques et thérapeutiques se doublent de cette très intéressante conception du Dr Poncet de la tuberculose inflammatoire, dont les méfaits ressemblent si fort dans leur origine à ceux de la « para-syphilis » ; dans la para-syphilis, les lésions tabétiques et autres ne sont pas de nature syphilitique, mais d'origine syphilitique. Aurons-nous une para-tuberculose ? Cela se pourrait et sa prochaine apparition semble se dessiner. Et, en effet, dans les observations auxquelles nous venons de faire allusion, il ne s'agit pas de foies porteurs de tubercules, il s'agit de troubles hépatiques périodiques ou chroniques tels que, si l'attention n'était pas appelée sur le foyer tuberculeux pulmonaire, celui-ci pourrait fort bien passer inaperçu (cas du patient âgé de 60 ans).

Donc, de même que nous interrogeons et examinons aujourd'hui au point de vue spécifique tout malade présentant un ou des signes de tabès, de même il nous faudra songer à l'auscultation pulmonaire, en présence d'un certain nombre de malades consultant pour des troubles hépatiques. Cet examen nous amènera peut-être à découvrir des tuberculoses insoupçonnées.

« Que constatons-nous, en somme, dit le Dr E. Géraudel dans le même travail, dans tous ces cas ? Un syndrôme anatomo-clinique habituellement catalogué sous la désignation : cirrhose de Laënnec, d'une part ; d'autre part, des traces de tuberculose discrète, qu'il faut rechercher avec insistance, soit cliniquement, par un interrogatoire orienté pour dépister les manifestations connues de la tuberculose, sous toutes ses formes, — soit anatomiquement, par un examen méticuleux, macroscopique et microscopique, fait, si je puis dire, de parti pris, avec le désir de trouver des lésions folliculaires, signées par le bacille de Koch.

« Ces lésions bacillaires sont, en effet des lésions minimes ; elles traduisent *biologiquement* l'existence d'une atteinte de l'organisme par la tuberculose. Elles sont comparables, si l'on veut, à la trace d'un chancre sur la verge, aux cicatrices laissées par une éruption de syphilides. Les sujets ne sont pas ou ont cessé d'être cliniquement des tuberculeux. Ils ont vécu jusqu'à un âge avancé, exerçant souvent des métiers fatigants. Ils n'en sont pas moins tuberculeux, comme est syphilitique un tabétique ».

Je n'ai pas de nécropsies à ma disposition, et pour cause, n'admettant dans mon sanatorium que des cas *socialement* curables, mais je ne puis que me trouver d'accord avec le second paragraphe de cette citation.

OFFICE CENTRAL POUR LA RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

1er Juillet 1910.

Marche des affaires suivies par l'Office depuis sa création jusqu'à ce jour : Plaintes déposées, Condamnations.

Iº NOMBRE DE PLAINTES DÉPOSÉES.

1906	14	plaintes
1907	19	—
1908	30	—
1909	40	—
1910	32	plaintes en 6 mois : moyenne de l'année : 60.

IIº CONDAMNATIONS OBTENUES.

DÉLITS	PROFESSIONS	PÉNALITÉS — AMENDES	PRISON	DOMMAGES-INTÉRÊTS
1906. — 5 Condamnations				
Exercice illégal médecine.	V., somnambule.	200	Néant.	500
—	L., herboriste.	500	—	200
—	X., courtier.	2000	—	1000
—	Bour., masseur.	500	—	200
—	Guid,, chimiste.	500	—	300
1907. — 7 Condamnations.				
Exercice illégal médecine.	S. V., masseur.	100	Néant.	200
—	T., chimiste.	100	—	Néant.
—	Abbé M., masseur.	100	—	100
—	Cas., guérisseur.	100	—	50
—	L., sage-femme.	300	—	300
—	Zal., étudiant étranger.	200	—	Néant.
—	P., cartomancienne.	100	—	100
1908. — 15 Condamnations.				
Exercice illégal médecine.	B., électrothérapeuthe.	500	Néant.	500
—	Bar., masseur.	200	—	200
—	L., herboriste.	500	—	500
—	M., pharmacien.	100	—	100
—	Daub., publiciste.	500	—	Néant.
—	T., sage-femme.	500	—	1000
—	Br., herboriste.	500	—	solidairement.
—	M., étudiant.	25	—	Néant.
—	C. guérisseur.	1000	—	2000
—	Fo., publiciste.	1000	—	500
—	Rup., étudiant.	100	—	Néant.
—	L., publiciste.		6 mois.	1000
—	J., pharmacien.	600	Néant.	solidairement.
—	V., étudiant pharmacien.	200	—	Néant.
—	Dlle Sch., étudiante.	500	—	—
—	D., rebouteur.	100	—	—
—	Ch., guérisseur.	500	—	—
1909. — 15 Condamnations.				
Exercice illégal médecine.	Lar., pharmacien.	500	Néant.	500
—	Verd., somnambule.	500	—	300
—	Baran., somnambule.	100	—	solidairement.
—	Vall., étudiant.	500	—	5000
Exercice médec. et pharmac.	Fr., commerçant.	500	—	1000 (300 env. les Pharm.
—	Vve M., parfumeuse.	200	—	300
Infract. à la loi sur les sérums.	V., docteur en médecine.	50	—	Néant.
Ex. méd., pharm. et escroquer.	Bo. représentant de com.	»	6 mois.	—
—	Paul., représent. de com.	»	4 mois.	—
—	Lap., courtier.	100	Néant.	—
—	Bonn., pharmacien.	100	—	—
—	R., docteur en médecine.	100	—	—
Exercice médecine.	Aug., pharmacien.	500	—	500
—	De L., sage-femme.	500	—	300

DÉLITS	PROFESSIONS	PÉNALITÉS		
		AMENDES	PRISON	DOMMAGES-INTÉRÊTS
1909. — 15 Condamnations (*Suite*).				
Exercice médecine	Ber., pharmacien.	500	—	500
—	P., étudiant étranger.	500	—	Néant.
—	Gard., pharmacien.	500	—	1000
—	Col., docteur.	100	—	solidairement.
—	G., sage-femme.	500	—	1000
Ex. méd., pharmac. et escroq.	Bour. étudiant.	200	3 mois	Néant.
—	G., agent de publicité.	200	chacun	—
—	Bois., pharmacien.	200		—
Exercice médecine.	Gr., étudiant.	300	Néant.	300
1910. — 12 Condamnations en 6 mois.				
Exercice médecine.	Lap., pharmacien.		8 mois et 5 ans d'interdict. de séjour.	Néant.
—	Cas., guérisseur.	1000	Néant.	1000
Ex. médecine, affaire Maclaug.	Z., directeur.	500	—	1000 envers 3 syndicats chacun.
—	Cop., caissier.	500	—	
—	Col., comptable.	500	—	
—	Dum., docteur.	500	—	
—	Fic., docteur.	500	—	
Débit de sérum non autorisé.	Dr R., médecin.	1000	—	Néant.
—	Jell., secrétaire.	1000	—	—
Ex. méd., pharmac. et escroq.	Raf., docteur.	3000	3 ans.	—
—	Hoff., pharmacien.	200	4 mois.	—
—	Dr Wur.	200	Néant.	—
—	5 courtiers.	chacun 100	—	—
Exercice médecine.	Dav., sage-femme.	3000	2 mois.	2000
—	Pouss., pharmacien.	500	Néant.	500 env. le synd. ph.
—	Hug., médecin étranger.	500	—	300
—	R. hypnotiseur.	1000	—	Néant.
—	J. pharmacien.	600	—	1000
Ex. pharmacie et complicité.	Th., pharmacien.	500	—	300 envers le syndicat pharmac.
—	Arn., élève en pharmacie.	500	—	
Exercice illégal médecine.	Mal., sage-femme.	1000	—	1500
—	Dr Nil.	500	—	solidairement.

RÉCAPITULATION.

PLAINTES DÉPOSÉES	CONDAMNATIONS	AMENDES	PRISON	DOMMAGES-INTÉRÊTS
En 1906. 14 plaintes.	5 condamnations.	3700	Néant.	2200
1907. 19 —	7 —	1000	—	750
1908. 30 —	15 —	6825	6 mois	5800
1909. 40 —	15 —	6650	16 —	11200
1910. 32 — en 6 mois.	12 —	16600	50 —	9600
Total... 135 plaintes.	Total.. 54 —	34775	72 —	29550

N. D. L. R. — Nous ne pouvons que féliciter le Dr Levassort de l'énergie et du zèle qu'il déploie pour la lutte contre l'exercice illégal. Mais il convient aussi de faire remarquer aux Syndicats que l'argent est le nerf de la guerre. Qu'ils envoient donc une subvention annuelle, proportionnée à leurs ressources : ce sera de l'argent placé à gros intérêts et bien employé. Allons, confrères, un bon mouvement et faites pleuvoir les mandats-poste chez le Dr Levassort, 2, place des Vosges, Paris.

COMITÉS DE PROPAGANDE
DU « CONCOURS MÉDICAL ».

Comités de la Nièvre, de l'Allier et du Puy-de-Dôme

Je viens de faire un voyage dans le Centre, pour organiser les Comités départementaux de la Nièvre, de l'Allier et du Puy-de-Dôme.

Le 7 août, le syndicat de la Nièvre se réunissait à Saint-Honoré-les-Bains, coquette Station balnéaire. Nous y fûmes reçus avec grande cordialité par le Directeur des Eaux : banquet d'abord, puis visite en détail de l'Etablissement thermal.

Cette Station mériterait d'être mieux connue, car, à côté des hauteurs boisées du Morvan, au milieu d'un site admirable, on y trouve des eaux arsénicales sodiques et sulfureuses très actives.

La visite de l'Etablissement, tout moderne, nous a beaucoup intéressé.

A Moulins, à Clermont, comme à St-Honoré, nos confrères m'ont accueilli avec beaucoup de cordialité et je tiens à tous les remercier ici.

Inutile de revenir sur les questions habituelles que je traite au cours de ces causeries : utilité du Concours et ses filiales ; utilité des autres œuvres médicales : Syndicat, Union, Association, Ancre, Mutuelle de Saumur, etc. Je ne ferais que des redites.

Mais nos confrères du Centre m'ont tous fait préciser certains points : quels sont les rapports du Concours avec la Prévoyance ? avec le Syndicat de médecine sociale ? avec l'Ancre médicale ; quelle fut la conduite de notre Journal au cours du concours de l'Agrégation, etc. ?

A tous, je leur ai répondu ceci :

Avec la Prévoyance, nous sommes chacun maîtres chez nous : le *Concours* n'est pas plus l'organe de la Prévoyance que celle-ci n'est une Filiale du *Concours*. Ce qui a pu prêter à l'équivoque, c'est que nous avons suivi une campagne parallèle, au cours de la discussion du vœu des Landes, à l'A. G. Nous, *Concours*, nous nous sommes toujours bornés à dire que le médecin est d'âge à savoir se conduire seul, et que nous n'avons pas à lui apprendre s'il est licite ou non de faire partie de telle ou telle société. Il ne relève que de sa conscience, et chacun est libre de ses actes.

Mais nous avons lutté, parce que l'ostracisme obstiné de la Société centrale de l'A. G., avait préjugé du vote des Sociétés unies et avait rejeté en bloc la candidature d'un certain nombre de confrères, candidats à l'A. G., pour entrer à l'Amicale, ou à la Caisse des Retraites, parce que membres de la Prévoyance.

Nous, *Concours*, nous avons défendu le recrutement de nos Filiales ; nous avons cherché tous les moyens de conciliation ; en fin de compte, nous avons proposé la création, pour Paris, d'une nouvelle Société, dite la Métropolitaine, pour y faire admettre, sous le parrainage de deux confrères, les médecins que la Société centrale ne voulait pas accepter. Nous disons donc : nous ne nous reconnaissons pas le droit de juger la Prévoyance, et nous demandons pour chacun la liberté d'en faire ou non partie.

Avec le Syndicat de médecine sociale, même histoire. Diverneresse, une fois rentré chez lui, a le droit de faire ce qu'il veut. Libre à lui de réunir des gens d'action, qui se serviront de la politique, ou de toute autre influence, pour faire aboutir un programme social. C'est son affaire. Nous ne lui demandons qu'une chose, c'est de ne pas nuire aux intérêts du corps médical ; c'est ce qui n'a pas encore eu lieu et ne se produira pas, tant qu'il sera des nôtres.

Nous admirons l'énergie de Diverneresse qui consacre son temps et sa fortune à la lutte qu'il a entreprise contre les Compagnies d'assurances ; nous constatons qu'il nous a rendu des services grâce à ses relations parlementaires et par un journal socialiste, l'*Humanité*, qui seul de toute la grande presse, a soutenu gratuitement la cause du libre choix du médecin, fortement menacée il y a deux ans ; nous voyons que, dans certains endroits, à Lyon, à Lille, le Syndicat de médecine sociale a appris aux Syndicats médicaux à s'entendre avec les ouvriers pour traiter des intérêts communs des médecins et des travailleurs. Nous savons que des critiques et des témoignages d'encouragement ont été tour à tour décernés à ce groupement, par des quantités de Syndicats médicaux qui ne connaissent que très superficiellement la question. Mais nous concluons que chacun de nous, au *Concours*, lorsqu'il n'est pas en séance du Comité de Direction, a le droit absolu de dire ou d'écrire ce qu'il veut sous sa propre responsabilité, sans que l'on vienne toujours incriminer le *Concours* des dires et gestes de chacun de nous. Le *Concours* a toujours été indépendant et restera toujours indépendant vis à vis des hommes et des choses.

L'Agrégation ? Nous avons suivi de près le mouvement ; nous avons certes réprouvé les violences et les œufs, qui n'ont pas été jetés par des mains médicales ; mais, dans tout cela nous ne voyons qu'un seul résultat : la grande presse politique s'est occupée de la question : on sait maintenant qu'il y a un encombrement médical et que, pour y remédier, on devrait réformer l'enseignement médical. La presse, jusqu'alors dédaigneuse des intérêts médicaux, ne feint plus d'ignorer que notre corporation existe ; la meilleure preuve en est lorsque nous lisons actuellement, dans le *Journal*, dans l'*Intransigeant* et dans le *Matin*, les interviews de mutualistes et de médecins sur la question médico-mutualiste.

L'Ancre est-elle une filiale du Concours ? nous a-t-on encore demandé. Non : l'Ancre médicale a son autonomie, et son siège social est, non à Paris, mais à Lyon, 1, quai de la Pêcherie. L'Ancre fait de l'assurance, chose que nos Filiales ne peuvent pas aborder, car nous ne pouvons que faire de la mutualité pure. Mais l'Ancre a

ceci de particulier : assurance française uniquement réservée aux seuls médecins et administrée par des médecins que nous avons en très haute estime, elle nous paraît présenter toutes garanties d'honnêteté et de sécurité. Aussi croyons-nous pouvoir dire à nos confrères : « Lorsque vous aurez envie de contracter une assurance contre la responsabilicé civile, pour compléter le Sou, ou contre les risques de la locomotion, de l'incendie, allez de préférence à cette société médicale qui fait, pour les seuls médecins, de l'assurance, sur les bases de la mutualité et de la bonne confraternité. »

Voilà ce que j'ai dit à nos confrères. J'ai pu ainsi dissiper beaucoup d'équivoques, sur des questions qui étaient mal comprises. Je crois avoir bien fait d'être franc : le paquet d'adhésions que j'ai emporté me le prouve.

Aussi, puis-je dire à tous mes confrères et surtout aux présidents et secrétaires des Syndicats : « Si vous voulez me faire l'honneur de m'inviter à vos réunions, je viendrai volontiers vous faire une causerie amicale : j'aurai le plaisir de faire votre connaissance, et vous saurez que vous pouvez compter sur les conseils et l'appui du vieux *Concours*. »

Dr Paul Boudin.

Membres du Comité de la *Nièvre* : Dr Gauthier, de Saint-Bénin-d'Azy ; Dr Perdriat, de la Charité ; Dr Beaufils, de Moulins-Engilbert ; Dr Subert, de Clamecy.

Allier : Drs Mouchet, du Veurdre ; Fabre, de Commentry ; Gomot, de Moulins ; Gouvernaire, de Montluçon ; Baratier, de Bellenaves ; Poissonnier, de Montluçon.

Puy-de-Dôme : Drs Piollet, Bousquet, Gautrez, Guillemin, Casati, de Clermont ; Grasset, de Riom ; Levadoux, de Martres, Maltrait, d'Arlanc.

CORRESPONDANCE

Quelques ennuis de la Profession

Abonné depuis quelques années au *Concours*, depuis peu membre du *Sou*, et de plus nouvellement établi dans un grand centre ouvrier des environs de Paris, où je me conduis dans toute la mesure du possible suivant les conseils du Vademecum du praticien pour les accidents du travail, je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me renseigner, soit directement, soit, si vous trouvez que cela en vaille la peine, par la voix puissante du *Concours*, sur les divers points suivants, l'un de déontologie générale, les autres concernant la médecine des accidents du travail plus spécialement :

1° *Au sujet d'une déclaration de fœtus d'environ 5 mois, mort-né, secret réclamé* :

Voici le cas : ayant avec un confrère ancien moniteur d'accouchements à Paris, accouché, secret demandé, un fœtus mort-né pour qui on me demandait le secret professionnel, de l'avis du confrère également, je porte ledit fœtus à la mairie, fais ma déclaration... parents inconnus, etc... né à S... ni rue ni numéro, etc. ; on appelle le chef de bureau, etc... On ne marche pas, me fait écrire que la mère est accouchée chez moi, remporter le sujet du délit chez moi...après passage aux pompes funèbres, plus 5 fr. à payer pour porteur, boîte, etc... (tout cela après une station de 30 minutes environ à la mairie...plus 15 aux pompes funèbres !). J'ai dû, de plus, faire porter au confrère chargé de l'état-civil une autre feuille demandant le constat de décès.

J'y indiquais comme témoins le confrère et moi... il a fallu que ma bonne signe pour faire le 2e témoin valable, si je ne voulais me déranger de nouveau.

Je remmène donc le fœtus chez moi. Constat de décès chez moi, par un confrère avec lequel je ne suis pas en merveilleux accord... mais il a été très correct ici ! ; le lendemain (26 h. après la présentation du fœtus à la mairie qui m'a dit : « qu'est-ce que vous voulez qu'on en fasse, nous ne voulons pas de ça !) » un croque-mort en tenue, escalade mon escalier, met le gosse dans une petite boîte cachetée, etc... la recouvre pompeusement d'un voile noir (c'était une fille ! il aurait bien dû lui mettre le drap des vierges, au moins !). Voilà les voisins en émoi, etc., etc. !

Coût : ennuis, plus 5 francs, plus croque-mort et transformation de mon cabinet en caveau provisoire !

Il me semblait que depuis l'affaire Bernt, tout cela était cependant bien codifié !

Que pensez-vous de l'histoire ?

Si le cas se représente, que dois-je faire pour ne plus être ainsi ennuyé ?

2° *Accident du travail. — Origine douteuse de l'accident* :

Un bonhomme, plutôt en bonne voie éthyliquement parlant, par ces deux jours de fêtes, monte chez moi avec un ami aussi un peu gai (il y a un bistro au-dessous de chez moi) :

Chuchotement à l'oreille du « copain » du blessé qui tamponne péniblement, le pauvre, son œil gauche : « Je vous amène un ami qui a eu récemment un accident qui, que... j'en connais d'autres qui..., que..., vous penserez à moi n'est-ce pas ? »

Entrée solennelle du blessé : j'ai reçu des poussières de ciment dans l'œil... (il ne sait pas trop si c'est le 9 ou 10, mais se décide à dire le 10 à 5 h. 1/2 soir !) ; examen de l'œil : conjonctivite assez intense, plus traces de poussière. On demande certificat, *lunettes* (j'ai sursauté et demandé au bonhomme si c'était pour mieux pouvoir se tenir sur ses jambes !)

Le citoyen en question... lequel aussi doit m'en amener d'autres, etc., etc., me demande un certificat que finalement, la chose étant après tout possible, ses papiers paraissant en règle, je lui établis prudemment d'après les modèles imprimés du *Concours* : j'inscrivais qu'il me déclarait avoir été victime 3 jours avant (3 jours !) au cours de son travail (?) chez... à... etc... de tel accident... (ici projection de poussière de ciment sur l'œil gauche) ; que

le dit accident aurait, d'après lui, occasionné la conjonctivite aiguë que seule je constatais pour l'instant ; que de plus cette lésion me semblait justiciable d'un repos de quelques jours, etc.

Telle est l'histoire, ou plutôt son 1er acte !

Car le lendemain, qui est aujourd'hui dimanche, le bon (?) homme à qui j'avais recommandé des bains locaux à l'eau bouillie et un léger collyre au sulfate de zinc, etc... revient, me demande des lunettes ! (je lui ai demandé si du même coup il ne désirait pas un ministère ou etc... !)

Mais là, cela se complique : un « copain » arrive avec un doigt ankylosé depuis quelque temps déjà... on me propose de le masser, etc... je réponds qu'il n'y a rien à faire, qu'il se plaigne aux juges si son doigt demeure incapable de travailler, est déprécié, etc., etc.

Le 1er copain sort de ma salle d'attente où je l'avait prié d'attendre un peu : il fait semblant de ne pas reconnaître son copain.

Le blessé, comme le copain de la veille, comme celui qui venait de venir me proposaient tous d'amener des foules de blessés ! Je les ai envoyés promener, mais ne suis pas sans inquiétudes pour le paiement de mon certificat, du collyre que je lui ai mis sur l'œil, de cette consultation, plus nouvelle instillation, etc...

— Si son accident est de la « frime » j'en serai pour ma courte honte ! — J'ai écrit au patron indiqué pour savoir si réellement un ouvrier de ce nom a été blessé chez lui, lui envoyant un duplicata du certificat, l'informant qu'en cas de non-réponse dans les 48 h. à ma lettre recommandée, je le considérais devoir acquiescer à ce que le blessé fût soigné à ses frais à lui patron.

Que faire si ce dernier ne répond pas et si le « blessé » m'a conté une blague ?

3° Interprétation du « Dubief ».

Comment tarifer (la visite est ici de 2 fr. 50, paraît-il) les soins suivants donnés à mon cabinet (consult. 2 fr.) :

1° *Anesthésie régionale*, en bague (drain à la base, quatre *injections hypodermiques* de cocastovaïne 1 cgr., etc..) de l'index droit ;

2° *Incision profonde* du doigt, face palmaire, léger *curetage* de la phalangette ;

3° *Pansement hémostatique*, antiseptique (iodoforme) et complet (un pansement de main dans toute son intégrité, quoi !) — bien que pas... *grand* pansement (il me semble qu'un pansement de panaris est aussi sérieux que celui d'une éraflure du mollet, superficielle chez un cycliste par exemple !);

4° Plus *injections hypodermiques* de 2 cgr. de morphine ;

5° Nouveau pansement le soir parce que cela avait un peu saigné ;

6° Plus la consultation ou plutôt les deux consultations, à 2 fr. chacune matin et soir.

Excusez cette trop longue lettre, mais je ne digérais pas bien tout cela, tant la question fœtus que celle du « conjonctivé » probablement bluffeur ! A propos, si je demandais à la mairie si oui ou non on a déclaré son « accident », me répondrait-on ? Autrement dit comment savoir si dans l'infinité de qualités que contient le libre choix il ne se glisserait pas ces intéressantes lacunes que :

1° Le blessé peut mettre sur le compte du travail un accident vraisemblablement possible dans ce travail, alors qu'il vient d'une autre cause ?

2° Le blessé peut se faire soigner à la Compagnie d'assurances ou par un autre médecin et venir « en outre » se faire soigner par vous sans dire que... sinon après un mois de traitement dans ces conditions, il ne vous paiera jamais, étant le plus souvent insolvable.

3° Comment dépister tous ces tricheurs ?

Quelles sanctions contre eux, pratiquement réalisables ?

Dr D.

Réponse

Votre histoire est très intéressante et prouve combien les administrations sont peu au courant de ce qu'elles ont à faire, et quelle épouvante est la leur, lorsqu'un cas les oblige de sortir de leur routine.

Vous avez été bien bon de vous donner tout ce mal. Vous n'aviez qu'à porter le fœtus à l'officier de l'état civil, comme vous l'ordonne la loi ; puis, le lui laisser et s'il avait protesté, vous n'aviez qu'à lui dire : poursuivez-moi et nous verrons à qui les tribunaux donneront raison.

On se plaint souvent que la loi soit mal appliquée en France. La faute en incombe à tous ces ronds de cuir, aussi ignorants qu'insolents envers le public, et qui ne feront rien pour aider le citoyen qui se conforme aux prescriptions légales de son pays. Mais vous êtes en droit de demander à la famille de vous indemniser de tous ces ennuis.

Quant à la deuxième question que vous me posez, il vous est difficile de voir d'emblée si on a affaire à un carottier ou à un blessé véritable, Donnez donc une consultation, en spécifiant bien à l'ouvrier que vous ne lui délivrerez de certificat et ne lui donnerez de soins ultérieurs que s'il peut vous faire la preuve que c'est bien en travaillant au service de M. X... qu'il a été blessé. Si le patron ne répond pas à vos lettres, vous ne pouvez rien contre lui, car il n'est pas obligé de vous répondre.

En réalité, si nous médecins, nous voulions bien comprendre la loi sur les accidents du travail, nous ne devrions connaître comme débiteur que l'ouvrier ; celui-ci nous devrait des honoraires, parce que c'est lui qui a réclamé nos soins ; il devrait nous payer au tarif ouvrier de la région. Puis ce blessé se retournerait vers son patron, et ils régleraient leurs comptes ensemble, soit d'après nos tarifs syndicaux, soit d'après le tarif Dubief : ce serait leur affaire.

Donc, lorsque pareille aventure se reproduira, dites bien à l'ouvrier que c'est lui qui vous devra vos honoraires, à moins qu'il ne vous fasse la preuve que sa blessure lui est survenue en travaillant pour le compte de tel patron.

3e question : anesthésie locale, tableau B, n° 3, deux consultations.

Injection hypodermique : tableau B, n° 8, deux consultations.

Incision d'abcès superficiel : tableau B, art. 1, deux consultations.

Pansement antiseptique complet et hémostatique, tableau B, n° 7 : 2 c. Comptez en plus la consultation.

L'unité de la consultation étant de 2 frs, faites le total.

Il n'y a pas de raison pour qu'à la mairie, on refuse de vous dire si l'accident a été déclaré.

Quelles sanctions contre les gens qui abusent du médecin, en demandant indûment ses soins et en refusant de payer ses honoraires ? L'action en justice de paix. Assignez-les en paiement. Lorsque vous l'aurez fait à deux ou trois, les autres n'essayeront plus de vous faire le coup et ils auront du respect pour vous.

C'est une profonde erreur que de croire que la clientèle vous quitte, parce qu'on sait faire respecter ses droits en justice : j'en sais quelque chose et je me suis toujours applaudi de ne jamais me laisser faire. Oignez vilain et il vous poindra, poignez vilain et il vous oindra.

Dr Paul Boudin

VARIÉTÉS

Opinion de pharmacien.

Si le médecin souffre, si la médecine est dans le marasme, c'est la faute au pharmacien. Telle est la conclusion qui semble se dégager des polémiques entreprises et conduites uniquement par des médecins. Le corps pharmaceutique doit avoir, lui aussi, son droit de défense. C'est à cette tâche, dont le lecteur appréciera la générosité chevaleresque et le but désintéressé, que je consacre ces lignes, rapport fidèle d'une conversation avec un pharmacien de grande envergure.

Le pharmacien actuel n'est plus aujourd'hui ce qu'un vain peuple pense : l'apothicaire et le potard ont vécu. M. Homais a rejoint dans l'oubli du passé Thomas Diafoirus et les médicastres de campagne. Le pharmacien s'est modernisé, transformé, adapté aux nouvelles conditions de son art, aux exigences de la vie actuelle, plus vite et mieux que le médecin.

De là, sans doute, ces récriminations violentes des syndicalistes médicaux. Les plaisanteries faciles, les mots vieillis sont l'hommage de l'envie impuissante au type parfait du pharmacien, moderne homme de science et commerçant avisé.

Un bref exposé des faits permettra de juger des deux adversaires.

Voyez vos cliniques hospitalières et vos salles de cours à la faculté : on y catalogue et y subdivise les maladies en une multitude innombrable de catégories, de classes, suivant l'étiologie, la symptomatologie, etc., cadre mobile et variable suivant l'auteur ou la mode. On y philosophe et argumente comme aux temps lointains du moyen âge, où toute énergie se dépensait en querelles d'écoles ; mais le traitement définitif, condensant en un flacon la certitude de guérison, vous le chercherez en vain. La foule des élèves portera toute sa vie cette marque d'hésitation, de stérilité sans pouvoir s'en affranchir.

Vos très savants professeurs spécialisés ont écrit des livres sur les malades de reins, de cœur, d'estomac, etc. De tout ce fatras inutile qui gêne votre marche au progrès, qu'espérez-vous faire jaillir ? Rien. Votre client vous abandonne, découragé.

Et, nous les modernes, les pharmaciens, sans études spéciales, sans classifications inutiles, nous disons à ce malade par la voie de la presse : « Si vous souffrez des reins prenez des pilules X..., car elles guérissent ; des milliers de désespérés comme vous ont cru et ont été guéris. Si vous avez de l'anémie, des pâles couleurs, prenez des pilules Z... Si votre foie est engorgé, si vos fonctions intestinales sont languissantes, buvez la Tisane Américaine des M... Si vous êtes minés par la tuberculose, achetez l'élixir D. Si vos voies respiratoires sont encombrées, donnez la préférence au goudron N... Si vous toussez, prenez des pastilles O... La goutte et les rhumatismes ne résistent pas au traitement X. ; les maladies du retour d'âge cèdent au suc V., végétal ; les maladies de l'estomac aux poudres de C. ; les vices du sang, les maladies de peau sont radicalement supprimés par le curatif V. ; la métrite, le cancer, le fibrome n'existent plus ; la Jouvence de l'abbé W. a vaincu la sanglante intervention (j'en saute, et des meilleurs). C'est par milliers que les malades guéris ou soulagés nous envoient chaque jour les plus élogieuses attestations.

Nous ne faisons pas payer nos consultations, nous nous sommes engagés par vœu à les donner gratuitement dans un but humanitaire ; nous ne visons pas un but commercial ; ne nous écrivez pas, ne vous dérangez pas, votre pharmacien vous délivrera lui-même ces spécialités au même prix que nous. Et je le dis bien haut, nos préparations ne sont pas toxiques, elles sont entièrement tirées des plantes dont nos patientes recherches nous ont permis d'apprécier les propriétés bienfaisantes et curatives.

C'est clair et à la portée de toutes les intelligences.

Voyons le point de vue hygiène.

Le pharmacien est devenu d'une propreté méticuleuse, grâce à la suppression des manipulations malpropres du laboratoire. Finies les longues stations devant le fourneau pour évaporer les extraits, distiller les alcoolats, préparer les baumes ; finis les pulvérisations au mortier, le concassage, la trituration des pommades. Aujourd'hui, nous recevons nos produits préparés, divisés en boîtes, en paquets, des grandes usines de produits chimiques. Les drogues que nos devanciers élaboraient dans des réduits obscurs et poussiéreux, sont fabriquées dans de grandes salles claires, avec un soin méticuleux. C'est le progrès, l'hygiène indispensable. Mais notre triomphe,

notre gloire, c'est notre officine. Nous avons agrandi, aéré nos magasins; nous y avons installé le luxe ; nous avons fait, de la boutique obscure, nauséabonde et repoussante un salon clair et coquet. Grâce à notre empaquetage, nous avons supprimé pour le client l'attente énervante ; nous sommes devenus des commerçants.

Laissez-moi vous présenter ce côté brillant de notre commerce, à vous qui nous accusez de vous nuire en consultant vos clients ; vous reconnaîtrez votre erreur si vous êtes de bonne foi.

L'âme indispensable du commerce est la réclame ; nous en avons mis partout,du papillon de pissotière, de l'affiche murale aux articles de journaux ; nous nous imposons habilement à l'œil du client, nous l'attirons et lorsqu'il vient à nous, nous savons le satisfaire.

Suivez-moi, si vous le voulez bien, dans une de nos officines. Aussitôt entré, un commis de mise élégante et de manières irréprochables se met à votre disposition pour vous conduire au rayon désiré. Discrètement, devant chaque comptoir, il énumère les produits de la maison : pâte épilatoire, onguent contre les gerçures, pilules pour donner aux seins de la fermeté, dépuratif contre les vices du sang, cachets antinévralgiques instantanés, élixir polydigestif, etc., etc.

Au retour, vous passez devant les toniques, les accessoires, la lunetterie, où un spécialiste, ancien aide des hôpitaux (1), saura vous choisir les lunettes ou le lorgnon élégant adapté à votre vue.

Comme dans tout magasin qui se respecte, le préposé vous a fait visiter les différents rayons, vous a fourni les explications désirées,il a pu guider votre choix avec son expérience des lieux et des choses,sans vous imposer ou vous conseiller un seul article.

Où voyez-vous la consultation ?

Nous sommes, je l'ai dit au début, des hommes de science et des commerçants ; nous avons évolué sans tapage, sans récriminations, sans syndicats professionnels. Notre syndicat à nous est le syndicat de tous les commerçants. Nous nous efforçons d'attirer la clientèle par une réclame habile, nous savons satisfaire ses goûts, pressentir ses désirs et ses besoins sans inquisition, questions embarrassantes ou gênantes, avec une urbanité parfaite, nous avons sa confiance dont nous sommes fiers et nous nous efforçons de la mériter.

Nous avons tiré du fatras thérapeutique quelques formules simples, invariables, qui donnent entière satisfaction à ceux qui veulent bien se confier à nous.

Vos manières et votre esprit sont d'un autre âge ; le mal dont vous souffrez vient de vous ; évoluez, et je suis persuadé que la crise médicale, crise factice, disparaîtra comme par enchantement.

Je hasardais une réflexion : « Alors selon votre avis, il faut abandonner les méthodes scientifiques et faire du charlatanisme ? »

— « La science est un mot, l'argent est tout. Le charlatanisme est une mauvaise méthode dont les résultats ne sont ni durables ni sûrs. Commerçant scientifique, voilà la vraie formule ; la réclame, voilà l'avenir ; la réclame vend tout. Vous connaissez l'histoire de la femme aux talismans ; avec des annonces relativement peu considérables, elle gagnait de 6 à 7000 francs par mois. Quelle affaire, si elle eût été menée par un docteur spécialiste ! ».

— « En résumé, si je vous ai compris, l'évolution, c'est l'exploitation des imbéciles et des gogos ».

— « Leur race a commencé avec le monde, elle est prolifique et vraisemblablement ne finira qu'avec lui. C'est une mine inépuisable ; l'essentiel est de savoir l'exploiter de façon rationnelle. Réfléchissez et vous reconnaîtrez que j'ai raison ; ne vous plaignez plus, évoluez ».

Copie conforme,
Dr P. Goyon.

(1) Mon cicérone ne mentait pas; j'ai reconnu dans cet ancien aide des hôpitaux, le garçon qui jadis transportait les boîtes à ordures des salles de l'Hôtel-Dieu.

REPORTAGE MÉDICAL

Psychothérapie d'autrefois. — Une dévote s'était mis dans l'esprit que, pour plaire à Dieu, elle devait tellement mortifier son corps qu'elle n'eût plus que la peau collée sur les os. Malgré tous les efforts de son directeur, elle ne voulut jamais entendre raison ; un médecin fut heureux en usant des paraboles de l'écriture. Il dit à cette névrosée qu'étant donné son état, il était impossible que plus maigre elle pût plaire à Dieu, qui voulait des victimes grasses et qui avait réprouvé celles de Caïn, à cause qu'elles étaient maigres et agréé celles d'Abel, dont l'embonpoint faisait le mérite. Ce raisonnement suffit pour décider la malheureuse à engraisser. Il nous faut souvent aujourd'hui plus de peine pour arriver à un pareil résultat.

Voici une autre anecdote, un peu plus brutale et dont on ne saurait conseiller l'imitation !

Un médecin portugais soignait un « mélancolique » qui s'imaginait avoir trop froid et qui voulait se précipiter dans le feu, qu'il obligeait ses gens à maintenir dans sa chambre au cœur de l'été. Le médecin lui dit qu'une bonne fourrure lui tiendrait bien plus chaud et le fit couvrir de peaux de mouton, qu'il avait au préalable arrosées d'esprit-de-vin, et auxquelles il mit le feu ; le malade, d'abord enchanté, se mit à gambader, mais ne tarda pas à se plaindre d'avoir trop chaud. On lui enleva ses vêtements et, d'après le vieux conteur auquels j'emprunte ce récit, il fut guéri de sa psychose : j'en doute pour ma part. (*Rev. d'Aix-les-Bains.*)

Le fameux docteur Gruby n'en usait pas autrement avec ses malades et on sait quels succès obtenaient ses fantaisistes mais rationnelles prescriptions.

Villégiatures économiques. — En Angleterre, les ménages d'ouvriers et de petits bourgeois ont, en certaines villes industrielles, institué des caisses mutuelles où, grâce à une cotisation hebdomadaire, ils peuvent se procurer des vacances et une villégiature économique et hygiénique.

D'autre part, nous lisons que la Société d'hygiène populaire de Berlin a organisé un service destiné à permettre aux personnes des classes peu fortunées, employés, ouvriers, etc., de passer leurs vacances à peu de frais, dans des localités à la fois saines et pittoresques. Des démarches seront faites auprès des médecins de province, afin d'obtenir d'eux des indications de « petits trous pas chers », où les frais de séjour, nourriture et logement compris, ne dépassent pas quotidiennement 2 fr. 50 à 3 fr. 75. La presse médicale a offert à cette organisation le concours de sa publicité.

Nous pensons qu'une œuvre du même genre serait utilement et facilement fondée en Belgique. Nos belles Ardennes, nos hauts plateaux et nos plaines de la Campine et des Flandres offrent heureusement encore des espaces où circule un air pur à défaut d'un soleil généreux.

Quel philanthrope voudra attacher son nom à semblable œuvre sociale ? Dès à présent, il peut être assuré de l'appui des médecins et de la presse médicale. (*Le Scalpel.*)

Et en France donc !

Le rire et la santé. — Il y a, à Londres, dans un des quartiers les plus élégants, une dame qui apprend à rire convenablement à ses clientes. Elle enseigne le moment de faire naître de jolies fossettes au milieu des joues et de montrer, dans un sourire engageant, des dents blanches. Les leçons sont chères, mais elles sont profitables.

Et voilà qu'une gazette de Boston apprend qu'un homme imaginatif, ne sachant comment rire, « vient de prendre la profession de marchand de gaieté ». Pour la somme modique de 5 francs, il fait rire les personnes les plus neurasthéniques. Il a déjà gagné, en quelques semaines, une somme respectable. Un vieux célibataire l'a gardé près de lui une semaine, une vieille dame l'invite à dîner tous les mercredis.

Ce philanthrope a trouvé un moyen fort gai de faire fortune. (*Médecine orientale*, 1910.)

En vérité, la thérapeutique ne se connaît pas de limites, et tous les moyens lui sont bons pour réussir. En déformant la formule horatienne, on pourra dire désormais de ces spécialistes : *curant ridendo mala* !

Accidents de travail. — On lit dans *Le Temps* du 17 août courant : « Le Congrès de la Fédération « des mécaniciens s'est terminé hier après un dé« bat sur les accidents du travail et sur la réduction « des heures de travail.

« Après avoir supputé les modifications suscep« tibles d'améliorer, de rendre plus large la loi et « de paralyser la « partialité des juges et des méde« cins », le congrès a adopté une résolution par la« quelle la Fédération des mécaniciens s'engage à « poursuivre méthodiquement une campagne en fa« veur de la nationalisation des compagnies d'assu« rances et la création, comme cela existe en Alle« magne, des jurys professionnels chargés de juger « les accidents du travail. »

La partialité des médecins !

Desquels ? Il faudrait s'entendre.

L'emploi de la céruse en Belgique. — Le *Moniteur* publie un arrêté royal relatif à l'emploi de la céruse dans les travaux de peinture en bâtiment. Cet arrêté spécifie notamment que les patrons ou chefs d'entreprise ne peuvent employer la céruse que sous forme de pâte broyée et malaxée au moyen d'huile.

Les manipulations de la céruse, sous cette forme, se pratiqueront de manière à éviter le contact de la matière avec les mains, ainsi que la production d'éclaboussures.

Le travail à sec au grattoir et le ponçage à sec des surfaces peintes ou enduites au blanc de céruse sont interdits.

Les patrons, chefs d'entreprise ou leurs délégués veilleront à ce que les ouvriers portent un vêtement et une coiffure exclusivement réservés au travail.

Les vêtements que les ouvriers ôteront pour travailler seront tenus à l'abri des poussières toxiques.

Les patrons ou chefs d'entreprise mettront à la disposition de leur personnel, tant sur les chantiers de travail que dans les ateliers, les objets et les produits nécessaires pour se rincer la bouche, pour se laver au savon la figure et les mains, ainsi que pour s'essuyer.

Les patrons, chefs d'entreprise ou leurs délégués, veilleront à ce que leur personnel procède aux dites opérations avant de consommer des aliments ou des boissons et avant de quitter les ateliers ou les chantiers de travail.

Les aliments introduits dans les ateliers ou portés sur les chantiers, seront renfermés dans des boîtes ou enveloppes tenues bien closes jusqu'au moment du repas.

Les patrons ou chefs d'entreprise écarteront définitivement des travaux qui exposent à l'empoisonnement les ouvriers atteints de saturnisme chronique et ceux qui présentent les symptômes récidivants d'intoxication aiguë.

Ils écarteront, temporairement, ceux dont l'état de santé général serait mauvais au moment de l'examen.

Ils tiendront un registre spécial, conforme au modèle délivré par l'administration, et sur lequel le médecin agréé consignera les constatations faites au cours de ses examens.

Les patrons ou chefs d'entreprise n'emploieront pas les ouvriers s'adonnant à l'ivrognerie ; ils défendront l'introduction et la consommation des boissons alcooliques distillées dans les ateliers et sur les chantiers de travail.

(*Bull. méd.*)

Déclaration de naissance par le médecin. Présentation de l'enfant. Déclaration du nom et domicile de la mère. — Un médecin est poursuivi par le parquet, devant le tribunal correctionnel de Reims (mars 1910) pour n'avoir pas présenté le nouveau-né à l'officier de l'état civil, comme le veut l'article 55 du Code civil et avoir refusé de déclarer le nom et le domicile de la mère, comme l'exigerait, suivant la thèse du parquet, l'article 55 dudit Code.

Le tribunal a acquitté le docteur sur les deux chefs de la poursuite.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Faure, de Saint-Étienne, Membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 37 Dimanche 11 SEPTEMBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Les sociétés de secours aux blessés.. 787

Clinique médicale.
Polyclinique du Dr Hutinel. — I. Les sequelles de la méningite cérébro-spinale. — II. Manifestations de l'hérédo syphilis. — III. Albuminurie orthostatique 789

La semaine médicale
L'emploi médical des rayons de Rœntgen au domicile des blessés et des malades. — Désinfection médicale et élémentaire sans appareils spéciaux. — Le goitre exophtalmique. — Le rôle compensateur des sels de calcium et de magnésium chez les animaux éthyroïdés. — Le bromure de camphre contre la chorée. — Les grands traumatismes des membres inférieurs..... 792

Revue de l'Etranger
La désinfection des mains chez les porteurs de bacilles typhiques. — Le traitement prophylactique de l'insuffisance cardiaque par l'administration continue de la digitale. — Les infections gonococciques et associées des organes génitaux de la femme traitées par le bacille lactique. — Symptômes abdominaux au début de la pneumonie — L'huile camphrée dans le traitement des péritonites diffuses. — Quelques données pratiques sur l'emploi du chlorure de sodium dans le traitement de l'épilepsie..... 794

Revue des Congrès
IIIe Congrès d'hygiène scolaire. — L'examen physique de l'élève. — L'éducation sexuelle de l'enfant. — Prophylaxie des maladies contagieuses à l'école. 796

Ophtalmologie du praticien
Anatomie et examen de la cornée..... 797

Revue mutualiste
Points de droit mutualiste..... 799

Œuvres médicales de Prévoyance et de Secours mutuels
Au sujet de la Famille médicale... 800

Comités de propagande du « Concours Médical »
Comité départemental de la Sarthe..... 801

Correspondance
Un exemple de la misère du praticien. — Une erreur concernant l'action syndicale dans l'Aisne. — Villégiatures de grands Maîtres. — A propos des hôpitaux dispensaires du XIIe arrondissement et de la bienfaisance privée. — A propos de l'Internat obligatoire..... 801

Jurisprudence médicale
Le maître qui réclame les soins d'un médecin pour une personne à son service, sans l'avertir qu'il entend rester étranger au paiement des soins, s'oblige tacitement envers lui à la rémunération de ses services..... 803

Reportage médical... 805

Nécrologie..... 806

PROPOS DU JOUR

Les Sociétés de secours aux blessés.

Dans un de nos récents *Propos du jour* sur certains abus de la Bienfaisance privée, nous avons signalé la situation déplorable faite aux praticiens du XIIIe arrondissement de Paris par trois établissements qui ouvrent leurs portes sans contrôle, ou tout au moins sans contrôle suffisant, aux malades aisés de cette région défavorisée. Parmi ces établissements nous avons signalé l'hôpital de la rue des Peupliers dont nous avons à tort attribué la fondation aux *Dames Françaises*. Cette erreur, dont l'origine tient à une confusion feéquente dans l'esprit de bien des gens entre les diverses sociétés de la Croix Rouge, nous a valu une lettre de protestation indignée de l'honorable M. le Dr Duchaussoy, fondateur de l'*Association des Dames Françaises*. L'hôpital de la rue des Peupliers qui a été fondé par une Société de secours aux blessés, où des dames très distinguées jouent le rôle d'infirmières, n'a aucun rapport, reconnaissons-le, avec l'*Association des Dames Françaises*. Rendons à César ce qui appartient à César et ne transformons pas l'Association fondée par notre honorable confrère en bouc émissaire chargé de tous les péchés d'Israël. Désireux de débarrasser le journalisme médical d'un mauvais vernis, M. le Dr Duchaussoy s'adresse confraternellement à notre loyauté pour publier une lettre où il reproduit sensiblement les termes d'une sommation par huissier; nous insérerons donc comme il nous le demande sa rectification dans notre journal « à la même place et avec les mêmes caractères que la critique dont il nous signale l'erreur ».

Paris, le 30 août 1910.

A Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,

Monsieur le Directeur,

On me signale de plusieurs côtés un article du docteur Noir, intitulé : *Bienfaisance Privée* et qui a paru en tête du n° 34 de votre journal.

Dans les critiqnes très vives de l'auteur, à propos de la Bienfaisance privée, il attribue aux *Dames Françaises* un hôpital fondé rue des Peupliers, à Paris ; j'ai le devoir de vous

faire remarquer que les *Dames Françaises* ne sont pour rien dans la construction ni dans l'administration de cet hôpital ; l'erreur de l'auteur provient du fait bien extraordinaire, mais malheureusement très fréquent, que beaucoup de journalistes, même médecins, font des confusions quand ils parlent de la Croix-Rouge Française, et il importe beaucoup de faire cesser ces confusions.

Vous pouvez le faire, en répétant à vos lecteurs que la Croix-Rouge française se compose de trois sociétés, dont aucune ne s'appelle : la Société de la Croix-Rouge. Ces trois sociétés sont par ordre de date de leur fondation :

1° La Société française de secours aux blessés militaires ;
2° L'Association des Dames Françaises ;
3° L'Union des Femmes de France.

Ces trois sociétés ont chacune leur administration distincte ; quant à la Société des *Dames de France*, dont les journaux, même médicaux, parlent souvent, elle n'existe pas dans la Croix-Rouge Française.

Voilà, Monsieur le Directeur, des erreurs qu'il est de mon devoir de vous signaler, non seulement à cause des préjudices que l'article précité peut porter à l'Association des Dames Françaises, dont je suis le fondateur, mais aussi à cause du mauvais vernis que ces erreurs souvent répétées font rejaillir sur le journalisme médical ; je connais assez votre loyauté pour ne pas douter que la rectification que je vous demande paraîtra dans votre journal, à la même place et avec les mêmes caractères que la critique dont je vous signale l'erreur.

Je vous prie de recevoir, Monsieur le Directeur, les salutations très distinguées du fondateur et secrétaire général de l'Association des Dames Françaises.

Dr Duchaussoy.

Pour dissiper tout malentendu, éviter tout préjudice à l'Association des Dames Françaises, que nous ne demandons qu'à applaudir et respecter, et aussi à cause du mauvais vernis qui, dans le corps médical, rejaillit sur certaines Sociétés de secours aux blessés militaires et de bienfaisance privée, nous aurions aimé lire dans la rectification de l'honorable M. le Dr Duchaussoy une déclaration analogue à celle que nous avons relevée avec plaisir dans le rapport de M. le Dr Bouloumié, secrétaire général de l'*Union des Femmes de France* à la dernière assemblée générale de cette société :

Vous le voyez, Mesdames, écrit M. le Dr Bouloumié, nous cherchons à étendre partout l'organisation de nos dispensaires, mais dans des conditions nettement déterminées, c'est-à-dire en n'y admettant que les malheureux. On ne peut ainsi nous adresser le reproche de faire une concurrence illicite aux médecins praticiens ; nous nous entourons, en effet, de toutes les précautions possibles pour éviter les abus, et nous prions tous nos comités de faire de même, comme nous demandons à ceux qui ne l'ont pas encore fait de s'occuper des secours moraux après s'être occupés des secours matériels.

***

Il y a, hélas ! beaucoup à dire au point de vue de la médecine professionnelle sur les Sociétés de secours aux blessés. Le *Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine* (Paris 28-31 mai 1906), crut utile de s'en occuper, et un rapport fut présenté sur ce sujet par M. le Dr P. Dignat, de Paris. A diverses reprises de très nombreuses plaintes nous furent adressées de Paris et de province, nous signalant des abus, dont les médecins praticiens et, ce qui est plus grave, leurs malades étaient les victimes. Ces plaintes devinrent à Paris si fréquentes, que le Conseil d'administration du Syndicat de la Seine, dans sa séance du 5 avril 1910, dut les prendre en considération et nommer une commission pour les examiner. Cette commission chargea le Dr Armand Lévy de déposer un rapport qui fut lu, publié et discuté à la séance du 6 juin 1910. Les conclusions du rapport très étudié du Dr A. Lévy peuvent se résumer dans le rappel aux Sociétés de la Croix-Rouge de se conformer à leurs statuts. M. le Dr Vimont émit en outre le vœu que l'instruction théorique et pratique des Dames de la Croix-Rouge fût donnée exclusivement dans les hôpitaux militaires par les médecins militaires appelés à la direction de la Croix-Rouge en temps de guerre.

Le Dr Vimont aurait pu étayer son vœu de l'opinion et de l'expérience d'un homme de haute compétence, M le Dr A. Demmler, médecin-principal des hôpitaux militaires en retraite, qui dans une série de remarquables articles parus au cours de 1909 dans *le Progrès médical*, a étudié à fond la question de l'*Assistance privée auprès des armées*.

Nous n'avons pas à reprendre ici les arguments de M. Demmler, à montrer comment en Allemagne les Sociétés de la Croix-Rouge sont devenues les vrais auxiliaires du service de santé sous la direction et le contrôle étroit des autorités militaires, sans se livrer aux démonstrations, plus bruyantes qu'utiles, de nos associations françaises, et sans organiser des institutions qui nuisent indiscutablement et sans excuse valable aux médecins praticiens.

Nous ne discuterons pas les actes généraux de ces Sociétés qui, avec leur caractère véritablement officiel, ne sauraient cependant prétendre échapper à la critique de la presse dont elles ne refusent pas les éloges et la très bienveillante et large publicité. Nous n'émettrons aucun doute sur l'utilité des envois à nos soldats, durant les campagnes du Tonkin, d'articles tels que brosses à dents, apéritifs de marques diverses, chaussons de lisière pour se promener dans les boues du Delta. Nous ne critiquerons pas non plus l'opportunité de l'armement à grand frais, lors de la guerre de Chine, d'un transport pour le rapatriement des blessés, transport qui, paraît-il, ne fut jamais encombré ; nous ne rechercherons pas quels furent les services rendus à l'armée et à la pa-

tion par les prétendus hôpitaux de campagne installés à grand fracas en Algérie et au Maroc, et par les voyages d'inspection faits pour s'assurer du bon fonctionnement de ces hôpitaux dont nos grands journaux illustrés nous ont fait connaître le personnel et le matériel par une très large vulgarisation. La grande presse, qui, elle, n'a pas un mauvais vernis, a assez fait de bruit autour de toutes ces manifestations dont l'appréciation dépasse notre compétence. Nous serions heureux de pouvoir connaître sur tous ces points l'opinion exprimée en toute conscience, par nos confrères du service de santé, si toutefois ils pouvaient sans se compromettre dire franchement là-dessus toute leur pensée. Mais nous avons le droit et même le devoir de nous occuper d une chose : c'est du tort porté au corps médical par des Sociétés qui, excellentes dans leur principe, devient complètement de leur but sous l'influence de mobiles divers.

M. le Dr Bouloumié affirme qu'à l'Union des Femmes de France des mesures ont été prises pour éviter les abus. Nous attendons de M. le Dr Duchaussoy et de ses collègues des autres Sociétés de la Croix-Rouge des déclarations analogues.

Nous ne demandons qu'à reconnaître nos erreurs, mais hélas ! nous attendrons longtemps, nous le craignons, avant qu'on nous apporte la preuve que les plaintes de nos confrères ne sont pas justifiées.

J. Noir.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le Professeur Hutinel.

I

Les séquelles de la méningite cérébro-spinale

Voilà un enfant que nous avons examiné ensemble rapidement hier. Le diagnostic de son cas était, vous vous le rappelez, particulièrement difficile.

L'enfant, âgé de 4 ans, est malade depuis trois mois. Son affection a débuté par des convulsions, de l'anorexie. Peu à peu, la fièvre s'est installée, ainsi que des mouvements et un tremblement accusé principalement sur les membres inférieurs. On a porté successivement les diagnostics de méningite tuberculeuse et de fièvre typhoïde. Au bout d'un mois et demi environ, une amélioration s'est produite, suivie d'un retour offensif du mal. Quand nous l'avons vu hier, le petit patient était dans un état de cachexie profonde, la tête incurvée, avec une déviation de la tête et des yeux du côté gauche. Vous constatez aujourd'hui un tremblement, surtout développé aux membres supérieurs, tremblement qui avait fait croire au moment de l'admission de l'enfant, à un grand frisson.

Le petit malade est amaigri, couché en chien de fusil ; ses extrémités sont froides. Il n'offre pas d'exagération des réflexes, pas de signe de Babinski. Le ventre n'est ni ballonné, ni rétracté. Quand on veut redresser la nuque, on note un certain degré de raideur. Cette contracture des muscles de la nuque nous faisait demander si nous n'étions pas en présence d'un mal de Pott cervical.

Etant donnée la diffusion des symptômes, on fut conduit à penser à la possibilité d'une forme méconnue de méningite cérébro-spinale. La ponction lombaire montra l'existence d'une polynucléose pure, excluant l'idée de tuberculose. On trouva, dans le liquide céphalo-rachidien, des diplocoques rares mais indéniables : des méningocoques. Donc, cet enfant a été atteint, sans qu'on s'en soit douté, d'une méningite cérébro-spinale qui n'a pas été traitée comme elle aurait dû l'être. Cette méningite cérébro-spinale a évolué comme elle évoluait jadis. Et alors, se sont produites des altérations de l'écorce cérébrale, la déviation de la tête et des yeux, l'impotence des membres, etc. Il est certain qu'il s'agit de lésions définitives profondes.

Nous observons ici, en somme, les séquelles de la méningite cérébro-spinale, telles qu'on les voyait autrefois. Il faudra examiner les yeux, les oreilles, l'odorat de cet enfant pour rechercher s'ils ne sont pas lésés.

Le diagnostic posé, que reste-t-il à faire ? Il y a des méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien. On pratiquera une série d'injections de sérum anti-méningococcique à doses modérées. Si l'on avait déjà fait auparavant de ces injections, j'hésiterais à en refaire, en raison d'une anaphylaxie possible à craindre. Par ce traitement, nous allons obtenir la disparition de la cause, mais pas celle des dégâts. Il restera la lésion chronique organisée. Cet enfant sera un infirme, un anormal, peut-être un idiot.

II

Manifestations de l'hérédo-syphilis.

Je vous présente un nourrisson de 5 mois dont voici l'histoire. Né à terme, l'enfant eut, deux mois après sa naissance, une éruption cutanée qui ne fut pas soignée. Seule, la mère prit un peu de sirop de Gibert. L'enfant nous est amené aujourd'hui porteur d'une éruption de taches rouges, jambonnées, papuleuses, siégeant sur les genoux, les mains, les coudes, la face. Regardez d'un peu près ces taches. Elles sont légèrement

saillantes. Examinez la plante des pieds. Vous n'y trouvez rien, si ce n'est deux ou trois macules. Les fesses sont indemnes. A la paume des mains, on voit une desquamation nette. Notez aussi l'existence d'une dilatation considérable des veines céphaliques, la petitesse du nez, des fissures labiales.

Vous serez quelquefois embarrassés en présence de ces éruptions chez les nourrissons. Ce que vous rencontrerez le plus souvent, ce sont des éruptions, sur les fesses, de papules saillantes, rappelant les syphilides papulo-squameuses, avec leur collerette de Biett, de l'adulte. Quand vous verrez de telles éruptions, sur les fesses, les cuisses, remontant plus ou moins haut, ne vous hâtez pas de conclure à la syphilis. Autrefois, Parrot avait cru que cette lésion était toujours syphilitique et il lui avait donné le nom de syphilides lenticulaires. Puis, on s'est aperçu que certains enfants simplement dyspeptiques offraient aussi de ces éruptions que M. Jacquet a appelées syphiloïdes post-érosives. Etant interne de Sevestre, M. Jacquet n'hésitait pas à confier ces enfants à des nourrices. Il ne faudrait pas croire, cependant, qu'il est toujours facile d'établir le diagnostic. On peut dire que les syphiloïdes post-érosives en question ne sont pas syphilitiques ; on ne peut pas certifier que l'enfant qui en est atteint n'est pas syphilitique. On a eu la confirmation de cette manière de voir sur les registres des Enfants-Assistés. Pendant la période où ces enfants furent mis au sein chez des nourrices de province, 19 nourrices furent contaminées. Pour être mieux fixé sur la nature des dites papules, on recherchera s'il n'y a pas à leur origine une cause d'irritation banale, contact des urines, érythème, dyspepsie, etc. Ne vous hâtez pas de conclure, observez les lésions ; il y a des chances pour qu'il ne s'agisse pas de syphilis.

Les manifestations cutanées de la syphilis héréditaire rencontrées chez notre malade ne sont pas les seules. Il est une manifestation que vous ne verrez pas ici, parce qu'elle survient chez les tout nouveau-nés et que les enfants chez lesquels on l'observe meurent dans les services d'accouchement. Cette manifestation est le pemphigus. En réalité, ce n'est pas un pemphigus vrai, c'est une lésion plutôt pustulo-bulleuse que bulleuse. Il vous arrivera de voir dans le service, chez des nourrissons, de larges bulles disséminées, comparables à celles que l'on obtient avec des rondelles de vésicatoire. Ceci est du pemphigus simple, banal, n'ayant pas de relation avec la syphilis. Le pemphigus syphilitique a des caractères spéciaux. Il comporte des bulles jaunâtres, remplies de pus, pas très étendues, de la grandeur d'un pois au maximum. Leur siège d'élection est la paume des mains et la plante des pieds. Elles se recouvrent de croûtes ou laissent une ulcération. Elles s'observent dans les syphilis graves et les enfants succombent rapidement.

Il est une autre modification cutanée que l'on rencontre encore chez les petits syphilitiques. Je veux parler d'une desquamation généralisée, en larges écailles, de la peau, qui a un aspect légèrement cuivré. Sans être spécifique, cette desquamation apparaît assez souvent dans la syphilis héréditaire et permet de la soupçonner.

Outre la peau, il faut examiner chez ces tout petits les muqueuses. La muqueuse nasale est presque toujours prise au début. On trouve un coryza purulent tenace qui laisse une insuffisance de la respiration nasale et un nez qui se développe mal. Voyez le nez effondré, retroussé, de notre petit malade. Pourquoi le nez s'effondre-t-il ? En général, on suppose qu'il y a des ulcérations de la pituitaire. En réalité, si l'on pratique des examens rhinoscopiques, on ne trouve pas d'altérations osseuses ; l'arrêt de développement est dû probablement au catarrhe de la pituitaire.

Sur les lèvres, existent communément des fissures ; multiples, plus ou moins profondes, quelquefois commissuraires, et aussi de véritables plaques muqueuses.

Autre chose vous frappe, c'est la pâleur des téguments : les papules cuivrées tranchent sur le teint pâle. Regardez derrière les oreilles et vous pourrez voir des petites fissures qui sont des plaques muqueuses.

La circulation peut offrir un trouble particulier : la dilatation des veines céphaliques. L'an dernier une thèse a été faite pour démontrer que cette dilatation des veines céphaliques était un signe de syphilis. C'est inexact, le même phénomène s'observant dans le rachitisme. Quand vous le constaterez, cependant, pensez à la syphilis. Cette dilatation veineuse est plus ou moins en rapport avec les modifications de l'ostéogénèse.

Y a-t-il d'autres organes à explorer ? Oui, la rate, le foie. Chez notre petit malade, la rate est grosse. Le foie ne semble pas très touché. L'enfant, d'ailleurs, serait plus cachectique si son foie était sclérosé. Chez les syphilitiques, tous les organes ne sont pas pris au même degré. Chez certains, les lésions de la peau dominent. Chez d'autres, ce sont les lésions osseuses. Vous pouvez observer le décollement de l'épiphyse supérieure, qui entraîne une sorte de fracture, d'où impotence complète du membre. C'est la pseudo-paralysie de Parrot. Elle guérit très bien avec l'immobilisation et le traitement spécifique. Chez d'autres malades, les altérations viscérales l'emportent.

A notre petit malade, nous allons faire des injections de benzoate de mercure, de 2 milligr., jusqu'à 3 et 4 milligr., en surveillant l'intestin.

III

Albuminurie orthostatique.

Voici un garçon de 13 ans qui nous est conduit parce qu'il tousse et que son état général est mauvais. Dans ses antécédents, nous trouvons un ictère à l'âge de 7 ans et un purpura à 9 ans. L'existence d'un purpura me laisse toujours penser à un foie de moindre qualité, ce que confirme, ici, l'ictère.

L'affection actuelle remonte à deux mois. L'enfant tousse, maigrit, se plaint de migraines. C'est un garçon un peu nerveux, dont le thorax est assez étroit, dont la colonne vertébrale présente une légère cyphose. Il a, de plus, du genu valgum et un pied plat, des troubles d'ossification en un mot.

Je l'ai examiné, me demandant s'il ne s'agissait pas de tuberculose. Il n'en est rien. La langue est saburrale,les digestions mauvaises et il existe, en outre, de l'albuminurie. D'où provient cette albuminurie ? Etant donnés l'ensemble symptomatique, l'état général, le nervosisme, les céphalalgies, les troubles gastriques et les troubles d'ossification, j'ai pensé à l'albuminurie orthostatique, cette albuminurie intermittente que vous rencontrerez souvent dans la clientèle de ville et qui impressionne toujours les parents.

On a beaucoup écrit sur l'albuminurie intermittente et nous ne la connaissons pas bien. On l'a attribuée à une lésion des reins,mais on trouve alors des reins perméables : l'urée, les chlorures, tout passe. Le dépôt urinaire ne renferme pas de cylindres, ni hyalins, ni granulo-graisseux. On en a fait une albuminurie fonctionnelle et on l'a divisée en albuminurie digestive, albuminurie orthostatique, albuminurie par lordose. Il semble que la colonne vertébrale, en s'incurvant, écarte les deux reins et crée une mauvaise circulation rénale, d'où l'albuminurie. Cette albuminurie par lordose a été étudiée en Allemagne. On l'a reproduite chez les animaux. Mettant sous les lombes d'enfants un billot entouré de couvertures,nous avons pu obtenir de l'albuminurie, mais pas dans tous les cas. Nous l'avons obtenue seulement chez des sujets qui avaient eu la scarlatine. De telle sorte que je crois que ce n'est pas tant l'attitude des malades que le mauvais état général, la mauvaise nutrition des reins qui joue le rôle principal. La preuve est que ces enfants ont des troubles de nutrition. Ce sont généralement des fillettes, quelquefois des garçons, pâles, mal venus, cyphotiques, lordotiques, ayant des troubles d'ossification qu'il faut rechercher et qui constituent une sorte de rachitisme tardif. J'ai été attaqué pour le mot de « rachitisme tardif » et cependant il s'agit là d'accidents analogues au rachitisme de l'enfant jeune. Ces malades ont de la céphalée, de l'incapacité de travail, et on est obligé de les envoyer à la campagne ou à la mer. Je me rappelle un garçon de 16 ans qui se plaignait de maux de tête que rien ne calmait. Je l'envoyai à la mer et les migraines disparurent rapidement. Une chose frappera aussi : le développement anormal du tronc, l'état plus ou moins dystrophique. Il y a chez ces sujets deux enfants : l'un représenté par la partie sous-diaphragmatique du corps (les fesses, les membres inférieurs) est bien développé ; l'autre, représenté par la partie sus-diaphragmatique,est mal développé : le thorax est étroit, la tête petite. Ajoutez à cela souvent des palpitations, des ptoses même du cœur, et vous vous rendrez compte qu'il existe là un état général dystrophique dont l'albuminurie orthostatique n'est qu'une manifestation.

Quand vous verrez des enfants dans ces conditions, n'allez pas les mettre au régime lacté. Le lait n'est pas suffisant, et, avec le régime lacté exclusif, les malades maigrissent et la déchéance s'accuse. Il faut nourrir ces sujets avec un peu de viande à midi et surtout des féculents, des légumes, des pâtes, des entremets. Vous donnerez des phosphates pour lutter contre la déperdition phosphatique, mais vous ne prescrirez que très peu de médicaments. Les excitants de la nutrition sont favorables et à ce titre la cure à Saint-Nectaire est utile. Toutefois, il n'est pas indifférent d'adresser à Saint-Nectaire toutes les albuminuries. Si cette station est excellente dans l'albuminurie orthostatique, ses effets sont nuls ou même déplorables dans les albuminuries organiques.

Les albuminuries orthostatiques se trouvent très bien du séjour au bord de la mer. Vous voyez fréquemment l'albuminurie disparaître ou s'atténuer à la mer, pour reparaître dès que l'enfant revient à Paris.

L'albuminurie orthostatique dure ainsi des mois, des années, s'exagérant à certains moments,à la veille des règles, après des fatigues,des ennuis. Sa marche est irrégulière et capricieuse. Il faut que vous sachiez que tout n'est pas dans l'albuminurie et qu'il y a un état dystrophique dont l'albuminurie n'est qu'un des éléments. Les malades en question sont des malades de ville. On en voit peu à l'hôpital. Aussi, bien que le cas actuel ne soit pas un beau cas d'albuminurie orthostatique, qu'il ne concerne pas un de ces enfants grands, maigres, à colonne vertébrale incurvée, j'ai tenu à vous le montrer. Souvent, vous serez consultés dans ces conditions, pour des enfants qui ont parfois 2 grammes, 2 gr. 50 d'albumine par litre d'urine, albuminurie variable d'un jour à l'autre, et qui donne la plus grande anxiété aux parents.

C'est une question du plus haut intérêt, délicate, sur laquelle les auteurs sont loin d'être d'accord.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX).

LA SEMAINE MÉDICALE

L'emploi médical des rayons de Rœntgen au domicile des blessés et des malades.

M. le Dr Pierre BOULARD a étudié au laboratoire du Dr Béclère les méthodes les plus pratiques d'application des rayons Rœntgen au domicile des blessés et des malades.

Il a exposé ses recherches et ses observations dans sa thèse de doctorat (1).

« Le perfectionnement de l'outillage, dit-il, permet aujourd'hui beaucoup plus aisément et plus complètement qu'autrefois d'étendre aux blessés et aux malades qui ne peuvent quitter leur domicile les services rendus par les rayons de Rœntgen.

« A l'aide d'un outillage convenable et d'une technique judicieuse, le médecin radiologiste peut pratiquer au domicile des blessés et des malades les mêmes opérations radioscopiques, radiographiques et radiothérapiques que dans son laboratoire.

« La seule différence essentielle concerne la quantité de rayons de Rœntgen émis dans l'unité de temps. Elle est nécessairement moindre avec les instruments transportables qu'avec les instruments à poste fixe de puissance plus grande.

« Au domicile des malades, l'illumination de l'écran, moins intense, mais compensée par une adaptation plus longue de la rétine de l'observateur, suffit actuellement aux exigences de l'examen radioscopique.

« L'impression des plaques, moins rapide, demande un temps de pose plus long, mais qui n'excède jamais dix minutes, même pour les plus grandes épaisseurs de tissus. Elle donne des images radiographiques qui ne le cèdent en rien aux images obtenues dans le laboratoire, au moins dans tous les cas où la suspension des mouvements respiratoires n'est pas rigoureusement indispensable.

« L'emploi des écrans renforçateurs du modèle le plus récent donne d'ailleurs le moyen de réduire à quelques secondes la durée des poses au domicile des malades et permet ainsi la radiographie de l'appareil respiratoire en apnée. C'est, il est vrai, au prix d'une légère diminution dans la netteté des détails de l'image.

« Les séances du traitement, au domicile des malades, avec les instruments transportables, à la condition d'être plus longues ou plus rapprochées, permettent l'absorption des mêmes doses de rayons par les tissus malades et donnent, par suite, les mêmes résultats thérapeutiques qu'avec les instruments à poste fixe, de puissance plus grande. »

(1) En vente à l'imprimerie Herpin, Vve A. Laverdure, succ. Alençon (Orne). Prix, franco : 4 fr. (quatre francs).

Désinfection immédiate et élémentaire sans appareils spéciaux.

On n'a pas toujours à sa disposition, surtout à la campagne, des appareils compliqués pour la désinfection des objets et des locaux. Nous espérons être utile à nos lecteurs, en leur mettant sous les yeux, le tableau de M. Vadam, reproduit par le *Bulletin des sciences pharmacologiques* et concernant les procédés usuels et pratiques :

Mesures applicables en cours de maladie.

Destruction des produits morbides :

Déjections : deux ou trois grands verres d'une des solutions suivantes :

Sulfate de cuivre.....	5 %
Eau de Javel.....	2 %
Chlorure de chaux.....	2 %
Lait de chaux.....	20 %
Crésylol sodique.....	4 %

Crachats : séjour de deux ou trois heures dans lessive de soude 10 %.

Destruction des objets de pansements : les arroser d'alcool ordinaire et les brûler.

Stérilisation du linge avant le blanchissage :

Ebullition d'une heure dans lessive alcaline.

Bain de douze heures dans le crésylol sodique à 4 %.

Vêtements de drap ou de laine (les vêtements de coton sont assimilés au linge) :

Séjour dans l'eau bouillante pendant une heure.

Exposition aux vapeurs de formol en chambre close.

Stérilisation des objets divers contaminés :

Ustensiles de table :

Bain d'une demi-heure dans eau bouillante.

Bain de deux à trois heures dans eau de Javel.

Ustensiles de toilette :

Peignes, brosses, maintenir trois heures dans solution de formol étendue.

Objets en métal, maintenir un quart d'heure dans l'eau bouillante.

Eponges, maintenir trois heures dans solution de formol très étendue.

Désinfection du local : lavage à l'eau de Javel ou solution de crésylol sodique à 4 %.

Désinfection du corps du malade : ablutions avec solution savonneuse tiède.

Désinfection des personnes de l'entourage : ablutions avec solutions savonneuses et solution de sublimé au millième pour les mains.

Destruction des parasites : papiers spéciaux pour tuer les mouches, huile de schiste.

Mesures générales applicables pendant la convalescence ou après décès.

Désinfection du convalescent : grand bain savonneux, lavage de la gorge avec :

Acide salicylique à 1/1000e
ou oxycyanure Hg. 1/1000e (adultes seulement).

Désinfection de la literie :

Sommiers : lavage au crésylol sodique à 4 °/o.
Enveloppes de toile : sont décousues et mises à la lessive.
Laines, crins, plumes : bain d'une à deux heures dans crésylol sodique et séchage au soleil.

Désinfection du local :

Lessivage à la solution de potasse d'Amérique 5 à 10 °/o.
Exposition aux vapeurs d'aldéhyde formique.

Désinfection des fosses d'aisances : cinq litres de lait de chaux par mètre cube présumé de matière de vidange.

Désinfection des fosses à fumier, caniveaux, dalles, vidoirs, etc.
Destruction par le feu (pour le fumier).
Arrosage avec l'une des solutions :

Crésylol sodique.....	4 °/o.
Lait de chaux.....	20 °/o.
Sulfate de cuivre.....	5 °/o.

Pour être complet, M. Vadam aurait pu signaler l'emploi des vapeurs d'aldéhyde formique au moyen du fumigator Gonin.

Le goitre exophtalmique.

Depuis la découverte de Parry et de Graves, le goitre exophtalmique est l'objet de fréquentes recherches scientifiques, pathogéniques et thérapeutiques. Nombreuses furent les théories proposées par les différents auteurs ; peu à peu, cependant, une sélection s'est faite et M. le Dr *Amado* croit pouvoir affirmer dans sa thèse (Paris, 1910) que seule, la théorie glandulaire d'hyperthyroïdisation rallie la majorité des auteurs. Elle est basée sur des preuves anatomo-pathologiques, cliniques, expérimentales et thérapeutiques.

Le traitement par les humeurs des animaux éthyroïdés est le traitement logique et donne des résultats favorables.

Cette méthode associée à la radiothérapie ou à l'électrothérapie donne des guérisons complètes. La chimothérapie, s'adressant aux troubles actuels, et les rayons X ou l'électricité, en atrophiant la glande, mettent l'organisme à l'abri des rechutes.

Dans les cas où la pathogénie glandulaire est liée à l'étiologie infectieuse, le salicylate de soude est le médicament de choix.

Le traitement chirurgical (hémithyroïdectomie ou ligature des vaisseaux thyroïdiens) doit être réservé aux cas avec cachexie ou cas aigus, sans lésions cardiaques.

Les nombreux faits où l'opothérapie, ovarienne, hypophysaire, thymique, a agi favorablement, nous autorisent à essayer ces traitements dans les cas où la maladie de Basedow est associée à un trouble fonctionnel de ces différentes glandes.

Le traitement général, le repos, l'isolement, l'hydrothérapie sont des *adjuvants utiles.*

Le rôle compensateur des sels de calcium ou de magnésium chez les animaux éthyroïdés.

La suppression du corps thyroïde et particulièrement des parathyroïdes entraîne chez la plupart des animaux des accidents aigus, puis la mort ; un des accidents les plus constants est le syndrome tétanie. Il semble qu'il s'agisse là d'une intoxication nerveuse.

M. Frouin a fait récemment une communication à la Société de Biologie, dans laquelle il annonce que d'après ses recherches, l'administration des sels de calcium ou de magnésium *empêche* l'apparition de la tétanie parathyroïprive, et, en outre, empêche l'apparition de la cachexie strumiprive. Non seulement les animaux survivent pendant des mois, mais ils augmentent de poids. L'administration du calcium apparaît donc non plus comme une médication temporaire (comme l'ont exprimé Mac Callum et Wœghtlin), mais comme permettant à l'organisme de réaliser une suppléance à la fonction parathyroïdienne détruite.

D'après M. Frouin, le calcium neutralise l'acide carbonique dans le sang ou favorise son élimination ; les sels de calcium *sont donc indiqués* dans tous les cas d'insuffisance thyroïdienne.

Le bromure de camphre contre la chorée

La *Province médicale* analyse un article de M. Giorgio Ghetti dans la *Gaz. degli Ospedali e Delle cliniche,* sur les remarquables effets du bromure de camphre dans la chorée des enfants.

Chez un enfant de 9 ans, M. Ghetti prescrivit le bromure de camphre à la dose de trois cachets de 0,50 centigrammes par jour pendant la première semaine, et de quatre la semaine suivante. Dès les débuts de ce traitement, il se produisit une telle amélioration que le médicament fut continué pendant plus d'un mois jusqu'à la guérison complète de l'enfant : ce dernier avait absorbé en tout 62 grammes de bromure de camphre, sans avoir éprouvé le moindre inconvénient du fait du médicament.

Une autre enfant de sept ans, une fillette, atteinte de la même affection, fut traitée d'une façon analogue : trois cachets de 0,50 centigrammes tous les jours. La guérison, dans ce cas, se fit encore plus rapidement, l'enfant étant complètement délivrée de sa chorée au bout de vingt-cinq jours.

Les grands traumatismes des membres inférieurs.

M. le Dr Joseph STEFANI, de Lyon, a longuement étudié la question du traitement des grands traumatismes des membres inférieurs (thèse de Lyon, 1910).

« La méthode conservatrice de Reclus, dit l'auteur, a été récemment l'objet d'attaques exagérées. Elle garde, d'une manière générale, toute sa valeur, à condition d'en modifier les détails d'application, suivant la technique habituelle à M. Bérard.

L'amputation primitive, le *shock une fois dissipé*, conserve néanmoins des indications non douteuses dans les cas où les lésions du membre sont telles qu'il n'y a aucune chance de conservation ultérieure : broiement complet avec écrasement vasculaire et lésions des nerfs (absence de pouls artériel, frigidité du pied et de la jambe). Il faut, si l'on veut être certain de sauver la vie des blessés, amputer résolument loin des lésions, et laisser le moignon largement ouvert, si l'on a le moindre doute sur l'asepsie et la vitalité de la tranche de section.

La conservation reste la méthode de choix à mettre en œuvre dans tous les autres cas, et, si elle souffre quelques exceptions, elle n'en devient pas moins le plus souvent un impérieux devoir pour le chirurgien.

Il faut conserver :

1° En traitant le shock ;

2° Par l'intervention conservatrice immédiate, *une fois le shock dissipé*, c'est-à-dire dans les premières heures qui suivent le traumatisme : désinfection méthodique et oxygénée ; drainage avec ou sans résection diaphysaire, avec ou sans suture osseuse ; immobilisation autant que possible dans un bandage plâtré.

D'une manière générale, il vaut mieux suturer les os, que l'on ait pratiqué ou non la résection diaphysaire. Aussi bien à la jambe qu'à la cuisse, la suture osseuse présente l'avantage de maintenir l'exacte coaptation des fragments et d'empêcher leur déplacement au cours des pansements ultérieurs. On se servira, pour la pratiquer, du fil de fer ou d'argent, ou mieux d'une agrafe de Jacoël-Dujarier.

L'arthrotomie suffit dans la grande majorité des cas, au genou, à guérir l'arthrite purulente qui vient souvent compliquer le grand traumatisme, soit qu'il siège au niveau du genou lui-même, soit que le foyer traumatique siège au voisinage de la jointure.

On fera, suivant la gravité des cas, soit l'arthrotomie de Jaboulay (incision du cul-de-sac sous-tricipital et élévation du membre), soit l'arthrotomie large, avec ou sans incisions postérieures de décharge.

Dans les cas de broiement du squelette avec ouverture de l'articulation du genou, il faut pratiquer d'emblée, suivant le conseil de Poncet, la résection typique avec drainage.

Dans les grands traumatismes du cou-de-pied (fractures graves de l'extrémité inférieure des os de la jambe, de l'astragale, du calcanéum, avec ouverture de la tibio-tarsienne), il faut, comme le conseille Poncet, pratiquer immédiatement la résection astragalienne avec drainage, en essayant de conserver les malléoles, si elles paraissent viables ; on fera immédiatement ou secondairement la résection des malléoles trop compromises.

Dans les grands traumatismes du pied, on peut d'une façon générale, et le shock dissipé, être plus interventionniste ; il peut être de bonne pratique, dans certains cas, de recourir à quelques interventions réparatrices immédiates. Secondairement, la plus grande variété d'interventions, typiques ou atypiques, s'offre au chirurgien pour conserver la fonction du pied. Ici, plus encore que partout ailleurs, il faut se garder des sutures et panser *à ciel ouvert*.

L'amputation secondaire devra être pratiquée dans les cas exceptionnels si le blessé a reçu immédiatement des soins suffisants, où l'infection s'aggrave et menace sa vie, malgré la résection diaphysaire ou articulaire.

Les principaux signes qui indiquent le danger sont : l'élévation progressive de la température et du pouls ; la langue sèche et rôtie ; les traits tirés et altérés ; le teint terreux ; l'agitation et l'insomnie ; les douleurs au niveau du membre blessé ; le mauvais aspect de la plaie opératoire, terne, atone, et par où s'écoule une suppuration abondante et fétide, *d'odeur faisandée*. Il faut savoir ne pas attendre le frisson pychémique.

Contrairement aux idées reçues, la conservation des membres atteints de grands traumatismes est pleine de difficultés et d'écueils ; elle exige une instruction chirurgicale approfondie, un outillage complexe et des aides exercés. Elle ne peut être mise en œuvre avec succès que par l'acheminement immédiat des grands blessés sur l'hôpital ou la clinique.

Il appartient aux pouvoirs publics, aux compagnies d'assurances, aux grandes compagnies industrielles, de favoriser partout la création d'infirmeries bien outillées et le transport confortable et rapide des blessés ; d'organiser, en un mot, socialement sur toute l'étendue du territoire, le secours chirurgical. »

REVUE DE L'ÉTRANGER

La désinfection des mains chez les porteurs de bacilles typhiques. — Le traitement prophylactique de l'insuffisance cardiaque par l'administration continue de la digitale. — Les infections gonococciques et associées des organes génitaux de la femme traitées par le bacille lactique. — Symptômes abdominaux au début de la pneumonie. — L'huile camphrée dans le traitement des péritonites suppurées diffuses. — Quelques données pratiques sur l'emploi du chlorure de sodium dans le traitement de l'épilepsie.

D'après le résultat des expériences entreprises par GACHIGENS (*Archiv. f. Hygiene* 1910), *les por-*

teurs de bacilles typhiques doivent se désinfecter les mains en les lavant d'abord soigneusement à l'eau et au savon, puis en les asséchant, et, si possible, en les passant ensuite à l'eau de Cologne ou bien à l'alcool à brûler. Cette pratique est suffisante dans la plupart des cas. L'auteur recommande peu l'antiformine, le lysol et l'eau oxygénée. Le fait capital, c'est de procéder à cette désinfection après chaque défécation.

— Le médecin danois Rubow nous indique de quelle façon *l'administration continue de la digitale permet de réaliser un traitement prophylactique efficace de l'insuffisance cardiaque.* Avec Kusmaul, Frankel, Schaeffer, il admet que l'action cumulative de la digitale n'est due qu'à l'emploi de doses trop fortes du médicament. C'est l'insuffisance cardiaque orthostatique qui constitue l'indication la plus importante du traitement prophylactique par la digitale, que cette insuffisance résulte d'une lésion mitrale, d'une myocardite post-infectieuse ou d'une affection artério-scléreuse du cœur. Parfois ce traitement peut également être employé dans l'insuffisance cardiaque qui apparaît au cours d'une néphrite parenchymateuse. Il est encore recommandé quand l'insuffisance est consécutive à une lésion valvulaire ou à une péricardite datant de l'enfance. Enfin son efficacité a été notée pour le cœur basedowien comme pour le cœur adipeux.

Il faut avant tout avoir à sa disposition une préparation de digitale de valeur constante : feuilles de digitale titrées (poudre, pilules ou infusion), digalène, digitalon ou dialysat de digitale. Dans tous les cas il importe de déterminer pour chaque malade la dose thérapeutique qui n'amène pas de symptômes toxiques.

Rubow nous met en garde contre l'administration continue des préparations de strophantus, dont les doses thérapeutique et toxique sont très voisines l'une de l'autre pour l'homme.

Voici de quelle façon l'auteur comprend l'administration continue de la digitale : pendant 4 ou 5 jours il prescrit quotidiennement soit 10 à 12 centigrammes et demi de poudre de feuilles de digitale, soit 1/3 ou 1/2 centigramme de digalène ; puis c'est un repos de 1, 2 ou 3 jours et le traitement précédent est repris pendant 4 ou 5 jours.

Rubow a employé cette méthode chez 43 malades, et chez la grande majorité d'entre eux il n'a pas observé de symptômes toxiques. Dans certains cas le traitement resta inefficace, soit qu'il y eût infection, soit qu'il y eût quelque gêne mécanique.

Enfin, par des recherches faites sur la rétention des chlorures chez deux malades, il a pu se convaincre de la valeur de cette administration continue de la digitale à petites doses, ou stade pro-œdémateux. (D'après *Münch. Med. Wochens.*, n° 20, 1910.)

— Partant de ce fait que le bacille acidifiant de Dœderlein protège le vagin contre les autres infections, D. Watson (*Brit. med. Journal*, 12 janv. 1910) a pensé que le bacille lactique pourrait éventuellement jouer un rôle analogue.

Aussi dans le traitement des infections gonococciques, comme des infections associées des organes génitaux de la femme, emploie-t-il, soit du filtrat de lait caillé riche en bacilles, auquel il ajoute un peu de lactose, soit des tablettes de bacilles pulvérisées. Auparavant les organes doivent avoir été soigneusement nettoyés sans aucun antiseptique d'ailleurs.

Tout d'abord il se produit une augmentation des sécrétions, qui changent de caractère en ce qu'elles deviennent blanchâtres et fluides, et dans les cas favorables, la guérison survient en 5 ou 6 jours ; pour les cas rebelles, ce n'est qu'au bout de 2 ou 3 semaines.

Watson n'est pas encore suffisamment documenté pour se prononcer sur la valeur de ce procédé dans la blennorrhagie de l'homme ; néanmoins ce traitement appliqué dans deux cas donna de bons résultats.

— Glaserfeld (*Berl. Klin. Wochens.*, n° 31, 1909) rapporte *deux cas de pneumonie qui débutèrent par des symptômes abdominaux* extrêmement prononcés et pouvant faire croire à une appendicite. Ces symptômes disparurent après quatre jours dans un cas, après neuf jours dans l'autre, pour faire place aux signes physiques d'une pneumonie. Ils ne se renouvelèrent pas pendant tout le cours de la maladie. Comme d'autres observateurs, Glaserfeld put se rendre compte que, dans ces cas à début spécial, la maladie avait une évolution anormale, les deux pneumonies constatées se terminèrent en effet par un abcès du poumon. Pour lui, les manifestations abdominales résultent d'un véritable shock, la douleur thoracique habituelle dans la pneumonie se portant vers la région abdominale en vertu d'un acte réflexe. Comme signes de diagnostic différentiel, Glaserfeld donne :

1° L'aspect des malades ; leur visage est moins anxieux ; il n'est pas grippé comme dans les affections abdominales ;

2° La langue est le plus souvent humide, peu ou pas saburrale ;

3° La respiration est augmentée de fréquence ;

4° La défense de la paroi abdominale est moins circonscrite que dans l'appendicite ; la douleur à la pression est plus superficielle que dans cette affection ;

5° Enfin, ces particularités exigent, pour confirmer le diagnostic de pneumonie, un examen approfondi des divers organes.

— Hirschel recommande vivement le badigeonnage intra-péritonéal *d'huile camphrée à 1 pour 100 dans le traitement des péritonites suppurées diffuses.*

Il réserve sa méthode aux cas que l'on considère comme désespérés, et de la sorte il obtient encore 55 pour 100 environ de guérisons, que la péritonite soit due à une perforation de l'appendice, de la vésicule biliaire ou de l'estomac (ulcère rond).

Voici comment il faut procéder : la paroi abdominale est ouverte, soit par incision latérale, soit par incision médiane, suivant le siège de la lésion ; la perforation est aussitôt recherchée, puis suturée ; ensuite dans toutes les parties de

l'abdomen, y compris le cul-de-sac de Douglas, tout le pus est soigneusement écouvillonné avec un tampon stérile, sec ou humide (à remarquer que l'on a tout intérêt à opérer rapidement ; plus l'intervention et la narcose seront de courte durée, meilleur sera le pronostic).

Après ce nettoyage relativement superficiel du péritoine, on répand dans la cavité abdominale environ 200 à 300 grammes d'huile camphrée, chaude et stérilisée, à 1 pour cent, en imprégnant — au moyen d'un tampon mouillé — soigneusement toutes les anses intestinales, la paroi et le cul-de-sac de Douglas. Enfin on fait une contre-ouverture et on draine par un drain de petit calibre.

L'huile camphrée exerce une action remarquablement bienfaisante et de longue durée : le pouls très faible se relève de plus en plus après l'opération, et souvent il reste fort et plein dans la suite. Les vomissements fécaloïdes disparaissent.

Dans bien des cas, le ventre était notablement ballonné, par suite d'une paralysie intestinale grave ; les malades semblaient ainsi irrémédiablement perdus, car ils n'obtenaient plus aucune évacuation intestinale ; or, grâce à l'huile, on ne tarda pas dès le 1er et le 2e jour à voir la paralysie intestinale disparaître progressivement chez eux, et à obtenir des selles régulières à l'aide de lavements.

Pour assurer ces résultats heureux, il est nécessaire, après l'application d'huile camphrée, de surveiller avec beaucoup de soins le traitement ultérieur des malades ; il faut notamment procurer beaucoup d'eau à leur organisme, soit en leur infusant chaque jour 2 à 3 litres de solution saline physiologique sous la peau, ou dans le rectum, soit en injectant dans les veines cette solution, additionnée de quelques gouttes d'adrénaline. (Hirschel accorde la préférence à ce dernier procédé qui parfois lui a donné des résultats remarquables).

Pour obtenir des selles et des émissions gazeuses, Hirschel recommande soit les lavages d'intestin, soit les injections sous-cutanées de physostigmine. Les vomissements cèdent par les lavages d'estomac.

Quant aux excitants, ils sont administrés par la bouche, par le rectum ou par la voie sous-cutanée.

Ces excellents résultats de l'huile camphrée seraient dus : 1° à ce que le composé détermine de la part du péritoine une réaction inflammatoire, et par suite, un plus grand pouvoir bactéricide ; 2° à ce qu'il supprime pour cette séreuse son pouvoir résorbant à l'égard des toxines. C'est du moins ce que semblent prouver l'expérimentation animale, l'observation clinique ainsi que les constatations nécropsiques d'après Hirschel ainsi que d'autres auteurs allemands.

Le traitement par l'huile camphrée, produisant d'heureux effets et n'ayant jamais déterminé d'accidents (d'embolies entr'autres, ce qui était à redouter), peut donc être conseillé dans les formes graves de la péritonite diffuse. (*Münch. med. Wochens.*, n° 15, 1910.)

— Il résulte des recherches expérimentales de von Wyss que les composés du brome produisent dans l'organisme un déficit artificiel de chlore, et que c'est sur ce déficit chloré que reposent les effets nocifs du brome. L'administration du chlorure de sodium lui a toujours permis de faire disparaître d'une manière certaine et rapide les accidents d'intoxication par le brome. Cette action bienfaisante du chlorure de sodium a été vérifiée chez l'homme par le Dr Ulrich, directeur de l'Institut pour les épileptiques de Zürich.

Le chlorure de sodium, dit-il, fait disparaître rapidement les accidents moteurs, sensibles et psychiques du bromisme aigu, — il en est de même des accidents cutanés (surtout par l'usage interne de NaCl). Ce corps doit être considéré comme le seul antidote du brome, puisqu'il comble instantanément le déficit artificiel en chlore du bromisme.

Chez les épileptiques, se trouvant sous l'influence du brome, le chlorure de sodium est capable de provoquer des crises, lorsque ces épileptiques sont en période d'excitation (idées de suicide, hypocondrie, etc.) ; aussi, lorsqu'en pareil cas Ulrich juge une décharge nerveuse utile, n'hésite-t-il pas à donner du chlorure de sodium.

Il prescrit d'autre part des gargarismes au chlorure de Na à 1 % contre l'haleine fétide des malades soumis au bromure ; il le donne à la dose de 1 à 2 grammes avant le repas comme stomachique dans les troubles digestifs des épileptiques, qui prennent du bromure ; enfin il ajoute régulièrement du chlorure de sodium à l'eau de leurs bains. (*Münch. Med. Wochens.*, 1910, 2.)

REVUE DES CONGRÈS

IIIe Congrès d'Hygiène Scolaire.

L'examen physique des écoliers. — L'éducation sexuelle de l'enfant. — Prophylaxie des maladies contagieuses à l'école.

Le IIIe *Congrès international d'hygiène scolaire*, qui vient de se tenir à Paris, s'est occupé de nombreuses questions relatives à l'hygiène des écoles et des écoliers. Quelques-unes de ces questions intéressent les médecins. Nous allons les signaler très sommairement.

— MM. Méry et Dufestel ont présenté un rapport sur l'unification des *méthodes d'examen physique des écoliers*. Les auteurs estiment que cet examen devrait être uniforme pour toutes les écoles et comporter les points principaux suivants : mesures du poids, de la taille, du périmètre thoracique, et examen des organes.

Les mesures du poids, de la taille et du périmètre thoracique n'offrent rien de particulier. L'examen des organes portera principalement sur les poumons, le dépistage de la tuberculose au début primant, en importance, toute autre recherche de cet ordre. Chez l'écolier, la tuber-

culose pulmonaire ouverte, comme on l'observe chez l'adulte, est rare. Ce qui est fréquent, au contraire, c'est la tuberculose ganglio-pulmonaire, qui existe, ainsi que l'a démontré Grancher, chez 15 à 20 pour 100 des enfants. On la recherchera par les procédés cliniques (par l'auscultation) — les méthodes de laboratoire (cutiréaction, intra-dermo-réaction) ne devant pas, disent MM. Méry et Dufestel, pénétrer à l'école.

— MM. Chotzen (de Breslau) et Doléris se sont occupés, dans leurs rapports, de *l'éducation sexuelle de l'enfant.*

L'éducation sexuelle de l'enfant est un sujet délicat à aborder. Beaucoup de parents se refusent à le traiter devant leurs filles et même devant leurs fils. M. Doléris rappelle, à ce propos, une phrase de M. Pinard. « J'ai des fils, dit M. Pinard ; eh bien, notre imprégnation atavique est telle que moi-même j'ai toujours hésité à les entretenir de ces questions ».

Pour M. Chotzen, l'éducation sexuelle doit être donnée à la fois à l'école et dans la famille. A l'école, la pédagogie sexuelle se contentera, jusqu'à l'âge de 14 ans, d'éveiller l'attention des enfants en leur indiquant le mécanisme de la reproduction chez les plantes et dans le règne animal. Après l'âge de 15 ans, on pourra, avec l'assentiment des parents, exposer aux élèves les notions d'hygiène sexuelle, en mettant les jeunes gens en garde contre les dangers des rapports sexuels prématurés et contre les maladies contagieuses qui peuvent en être la conséquence.

Pour M. Doléris, cet enseignement doit être avant tout scientifique. Il sera ainsi sain et logique. Il faudrait élaborer le programme d'un tel enseignement, en partant des choses élémentaires (la reproduction chez les plantes, indiquées dans des leçons de botanique) pour arriver aux points plus délicats. En allant progressivement, d'année en année, on ne troublera pas l'esprit de l'enfant et d'ailleurs la morale et l'hygiène, enseignées conjointement, constitueront les freins nécessaires à ces études.

— M. Jeanselme a fait une communication sur la *prophylaxie des maladies parasitaires des téguments à l'école.*

La phtiriase, sauf certains cas extrêmes, n'empêche pas l'enfant de fréquenter l'école. Tout au plus, de même que la gale, demande-t-elle une simple interruption de quelques jours, le temps d'appliquer un traitement parasiticide et de désinfecter les vêtements. La pelade, depuis 4 ou 5 années, n'est plus considérée comme contagieuse. Restent les teignes, la trichophytie en particulier : leur durée, qui était grande autrefois, est heureusement beaucoup écourtée actuellement grâce au traitement radiothérapique, très efficace, on le sait, en l'espèce.

L'auteur montre que l'hygiène corporelle, les ablutions, les soins de la chevelure, des ongles, etc., permettra d'éviter les maladies parasitaires de la peau.

— M. Hutinel a fait adopter par la cinquième section du congrès le vœu suivant :

« La Ve section, considérant que les questions les plus intéressantes de l'hygiène scolaire, ayant trait à la dissémination et à la prophylaxie des maladies infectieuses, à l'isolement et à l'éviction des enfants, ne sont pas parfaitement élucidées et sont envisagées de façon différente par les médecins, propose :

« La société des médecins des écoles de Paris est priée de nommer une commission chargée d'étudier et de codifier les instructions qui doivent être données aux médecins scolaires et aux instituteurs, en insistant sur la nécessité de formuler des règles simples, précises et faciles à suivre ».

P. L.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par M. le Dr Chabrut

Anatomie et examen de la cornée

La cornée est la partie antérieure bombée et transparente de la sclérotique qui l'enchâsse comme un verre de montre. C'est une calotte sphérique de petit rayon (7 mm. environ) qui coiffe un globe de plus grand rayon (12 mm.), et dont le sommet coïncide avec le pôle antérieur de l'œil. En réalité, ce n'est pas exactement une calotte sphérique, et la base représente une ellipse à grand diamètre horizontal.

L'épaisseur de la cornée est de 1 mm. à sa base et d'un peu moins d'un millimètre à son centre. Elle supportera donc toujours mieux les traumatismes à la périphérie qu'au centre.

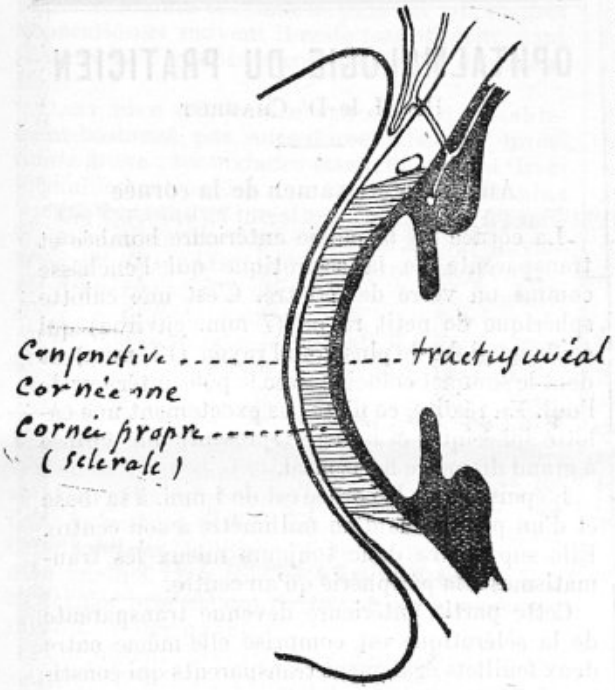
Cette partie antérieure devenue transparente de la sclérotique est comprise elle-même entre deux feuillets également transparents qui constituent en avant la *conjonctive transparente* (épithélium antérieur et membrane de Bowmann), en arrière le *tractus uvéal* (membrane vasculaire : choroïde, procès ciliaires, iris), devenu aussi transparent et profondément modifié puisqu'il a perdu ses deux grandes caractéristiques : les vaisseaux et les pigments, pour devenir la membrane de Descemet ou de Demours, tapissée elle-même d'un épithélium de cellules transparentes, autrefois pigmentaires (*Figure*).

La constitution de la cornée en conjonctive, sclérotique et uvée transparentes en rend toutes les couches facilement compréhensibles, en même temps qu'elle explique la participation de chacune d'elles aux lésions de leurs membranes d'origine : participation des couches superficielles aux lésions de la conjonctive, des couches profondes aux lésions de l'uvée.

Le stroma ou couche moyenne, *sclérale*, occupe, cela va sans dire, la presque totalité de l'épaisseur de la cornée et est constitué essentiellement par

des lamelles conjonctives entre lesquelles se trouvent des *cellules fixes* à gros noyaux et à prolongement (cellules propres de la cornée) et des *cellules mobiles*, lymphatiques, venues par migration des vaisseaux voisins à l'occasion d'une inflammation. Elles forment en grande partie les jeunes exsudats cornéens et sont rares dans la cornée saine.

La cornée, cependant si sensible à la moindre réaction inflammatoire, *n'a pas de vaisseaux*. Elle se nourrit par inhibition et osmose des vaisseaux voisins (anses périkératiques et vaisseaux lymphatiques du limbe et de l'angle irido-cornéen) et aussi de l'humeur aqueuse.



Ses *nerfs* viennent du *trijumeau* de deux côtés à la fois : de l'avant par les nerfs conjonctivaux, rameaux des nerfs nasal et lacrymal, de l'arrière par les rameaux ciliaires du ganglion ophtalmique qui, après avoir perforé la sclérotique dans le voisinage de la papille et cheminé entre elle et la choroïde, forment avec les antérieurs, à la périphérie de la cornée, un plexus d'où les fibres nerveuses dépouillées de leur myéline atteignent la surface épithéliale antérieure, donnant ainsi à la cornée une sensibilité exquise à l'état normal et très douloureuse à la moindre lésion. Ces nerfs comprimés contre la sclérotique par l'hypertension ou atteints par une lésion centrale sont aussi l'origine de l'anesthésie glaucomateuse ou paralytique.

Le rôle physiologique de la cornée est à la fois de concourir avec la sclérotique qu'elle prolonge, à faire de la coque fibreuse du globe une enveloppe souple et rigide, à la fois, qui tout en permettant une certaine élasticité de surface nécessaire au jeu des muscles intrinsèques et extrinsèques de l'œil, assure néanmoins au globe la persistance de sa forme au repos, persistance indispensable à la bonne marche des rayons lumineux et à la correction des images rétiniennes. C est là son rôle essentiel.

Mais comme elle est au pôle antérieur de la coque fibreuse par où doit arriver l'impression lumineuse, elle est transparente. Cette transparence est parfaite et la moindre lésion s'accompagne d'un exsudat qui la trouble ou d'une variation dans la courbure de sa surface qui amène une réfraction irrégulière et une déformation de l'image rétinienne.

Donc l'*examen de la cornée* sera fait à ces deux points de vue de la transparence et de la déformation. Exception faite, bien entendu, des cornées à lésions aiguës graves par elles-mêmes et menaçant la vitalité de l'œil : alors il ne s'agit plus d'un examen de transparence seule, mais d'un examen d'une lésion progressive stationnaire ou régressive à perforation effectuée ou imminente.

Cet examen sera commencé autant que possible, comme pour la conjonctive et pour les mêmes raisons, à la lumière du jour, mais lumière diffuse, du côté opposé au soleil tant à cause de l'extrême sensibilité fréquente que de l'intensité des reflets qui, sur une surface aussi brillante en général, masquerait tout examen.

On fera à la fois l'examen de la réflexion des rayons lumineux et de la transparence, cette dernière devant être complétée ultérieurement par l'éclairage direct du fond de l'œil au miroir.

L'expérience de la réflexion lumineuse, c'est-à-dire la recherche des images des objets lumineux (fenêtre d'appartements, par exemple), renseignera à la fois sur le poli de la cornée et sur les déformations de la surface. Une cornée généralement dépolie donnera l'impression d'une surface de verre rodée grenue, et, ayant une couleur propre, grisâtre, jaunâtre, verdâtre suivant le cas (paralysie du trijumeau, irido-choroïdite, phlegmon du globe, glaucome, etc.), l'impression d'œil mort.

La recherche de la sensibilité sera aussitôt pratiquée dans ces cas. Pour beaucoup d'entre eux d'ailleurs, d'autres signes plus bruyants mettront sur la voie du diagnostic. Une cornée partiellement dépolie présentera le même aspect au milieu des reflets de tout le reste de la cornée normale. Là, il faudra prendre garde que l'éblouissement d'un examen trop en pleine lumière ne masque la lésion, soit que l'incidence des rayons réfléchis soit trop grande (c'est-à-dire que les rayons soient trop près de la tangente à la cornée) et que cette réflexion soit trop intense,

soit que ces rayons, au contraire, tombant trop normalement à la surface, agissent cette fois comme rayons transparents et laissent voir la surface irienne à travers une opacité légère.

Une inclinaison moyenne des rayons incidents et un jour diffus sont les meilleures conditions d'un bon examen. Les variations d'incidence par la mobilité de l'œil examiné sont excellentes pour saisir entre deux positions extrêmes un dépoli léger ou un petit corps étranger.

Quant à la déformation des images,indice d'une déformation cornéenne, elle sera recherchée de la même façon, l'image fournie par la lumière du jour étant soit une fenêtre d'appartement comme nous l'avons dit, soit une circonférence tracée en noir d'un trait de 2 à 3 mm. sur une feuille de papier présentée devant l'œil examiné face au malade et percée d'un trou à travers lequel regarde l'observateur. Ce procédé de recherche de la déformation cornéenne est surtout employé et sera décrit à propos de l'astigmatisme. Dans tous les cas, l'image, fenêtre ou rond tracé sur la feuille maintenue rigide, au lieu d'être simplement rapetissée (rond noir) ou régulièrement courbe (fenêtre) aura les bords irréguliers, brisés en un point qui sera celui de la déformation cornéenne. Cette constatation mettra souvent sur la trace d'une lésion érosive récente dont l'opacité est nulle ou passe inaperçue.

Il sera très rare qu'un défaut de transparence ne s'accompagne pas d'une déformation de surface. Au contraire, une déformation de surface existe souvent sans opacité.

L'examen à la lumière artificielle ou *examen à l'éclairage oblique* a pour but de préciser le caractère d'une lésion ou de rendre visible une lésion qui a échappé à la lumière naturelle. Il se pratique à l'aide d'une lampe qui fournit la source lumineuse et d'une lentille qui dirige les rayons sur la partie examinée. La lumière électrique, le gaz, peuvent être indifféremment utilisés à condition que ces deux sources de lumière ne soient pas trop intenses,car alors une lésion délicate serait noyée dans l'éblouissement qui en résulterait et le malade,gêné par la photophobie,serait indocile à l'examen. Une lumière d'intensité moyenne est donc indispensable et pour cette raison la flamme d'une lampe à pétrole sera excellente. La lentille sera celle de l'ophtalmoscope et il faudra, surtout si la lentille est un peu forte (15 ou 20 dioptries par exemple), que la cornée soit non pas à son foyer mais en deçà ou au delà, en un point où le faisceau lumineux plus étalé donnera un éclairage plus moins vif. Les éclairages violents passent au travers des opacités légères.

On pourra ainsi localiser une lésion en un point de l'épaisseur de la cornée (surface, parenchyme, face profonde).

Enfin, l'éclairage direct du fond de l'œil à l'aide du miroir ophtalmoscopique renseignera *objectivement* le médecin sur l'utilité physiologique de la cornée malade en permettant de constater sa transparence au niveau du champ pupillaire. Une cornée qui laisse à cet examen un champ pupillaire rouge (fond d'œil) est encore une cornée utile.

REVUE MUTUALISTE

Points de droit mutualiste

Lorsque les statuts d'une Société de secours mutuels portent « que les secours ne sont pas accordés à toute blessure provenant de l'un des accidents prévus par la loi du 9 avril 1898 et autres lois complémentaires », la Société doit-elle supporter les soins médicaux et pharmaceutiques dans le cas où un sociétaire domestique chez un cultivateur reçoit un coup de pied de cheval et meurt des suites de ses blessures ?

La question qui précède se dédouble en deux questions très distinctes, suivant qu'on examine la situation de la Société à l'égard du sociétaire blessé ou de ses représentants, ou à l'égard du cultivateur au service duquel le sociétaire a reçu le coup de pied de cheval mortel.

La première question, qui se pose dans toutes les hypothèses, est une question d'obligation contractuelle, et sa solution doit être recherchée dans l'interprétation des statuts.

La deuxième question, celle du recours possible de la Société contre l'employeur du sociétaire, ne se pose que dans l'hypothèse où cet employeur est responsable dans les conditions indiquées par les articles 1382, 1383 et 1385 du Code civil. C'est une question d'obligation délictuelle ou quasi-délictueuse qui doit être résolue par l'étude de la loi et de la jurisprudence.

Première question. — *La Société devait-elle les secours ?*

Nous croyons pouvoir nous prononcer nettement pour l'affirmative, bien que les mots « et autres lois complémentaires » ne soient pas en eux-mêmes très clairs et appellent une interprétation.

Autant il paraît logique et, pour ainsi dire, nécessaire de considérer comme lois complémentaires de la loi du 9 avril 1898 la loi du 30 juin 1899, sur les accidents du travail agricole occasionnés par des machines mues par des moteurs inanimés, ou la loi du 18 juillet 1907, sur la faculté d'adhésion à la législation sur les accidents du travail, autant il paraît illogique de faire des articles 1382, 1383 et 1385 du Code civil un simple complément de la loi du 9 avril 1898 qu'ils ont précédée de près d'un siècle. D'ailleurs, ces dispositions constituant le droit commun, la règle, en matière de responsabilité

d'accident, il serait absurde de ne viser la règle qu'après l'exception et comme un simple complément de cette exception.

Il y a d'ailleurs une autre raison de penser que les lois « complémentaires » visées par les statuts sont seulement, à l'heure actuelle, celles que nous avons énumérées. C'est que, sous l'empire de toutes ces lois, comme de la loi du 9 avril 1898, la responsabilité de l'employeur, indépendante de toute espèce de faute, est, en général, assez promptement reconnue ou judiciairement établie par des procédures rapides, pour que le blessé puisse se procurer, sans bourse délier, les soins médicaux et pharmaceutiques qui lui sont nécessaires. On comprend dès lors que la Société ait stipulé qu'en pareil cas elle n'accorderait pas les secours. Il serait, au contraire, véritablement inhumain de refuser les secours sociaux, dus en principe puisque payés par la cotisation, dans le cas où l'accident ne peut engager la responsabilité d'un tiers qu'en vertu du droit commun ; car, en pareil cas, cette responsabilité reste en suspens, aussi bien pour le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques que pour le règlement de toutes autres indemnités jusqu'à la fin du procès que le blessé ne peut engager le plus souvent que bien après l'accident. S'il est dépourvu de ressources et de crédit, ce blessé moribond risquerait d'être privé de soins ou d'être obligé, *alors qu'il a payé sa cotisation*, de recourir à l'assistance, tandis que ses collègues simplement enrhumés absorbent des juleps et des pastilles aux frais de la Société.

Qu'on ne dise pas que notre interprétation est contraire à la règle, que dans le doute la convention s'interprète contre celui qui a stipulé et en faveur de celui qui a contracté l'obligation.

Cette règle s'appliquerait si la disposition douteuse était celle qui détermine en principe l'obligation de la Société envers les sociétaires, c'est-à-dire qui fixe l'étendue des secours et les conditions générales de leur attribution. Mais ces dispositions-là ne présentent, par hypothèse, aucune obscurité. Celle que nous examinons a pour objet d'apporter une exception au principe, dans certains cas déterminés. Elle doit donc, comme toutes les dispositions exceptionnelles, être interprétée restrictivement. Ici, d'ailleurs, c'est la Société qui, après avoir promis en principe le secours dans tous les cas de maladie, stipule qu'elle sera affranchie de cette dette dans les cas qu'elle indique ou qu'elle croit indiquer ; elle n'est donc plus la partie qui s'oblige et ce n'est plus à son profit que, dans le doute, doit s'interpréter la convention.

Deuxième question. — *La Société peut-elle exercer un recours contre l'employeur de son sociétaire ?*

Si la Société est en état de démontrer que l'accident mortel dont son sociétaire a été victime engage, en vertu des articles 1382, 1383 et 1385 du Code civil, la responsabilité du cultivateur au service duquel il travaillait, elle pourra, *de son propre chef*, réclamer à l'auteur responsable de l'accident, des dommages-intérêts représentant le remboursement des dépenses médicales (sauf le cas d'abonnement), pharmaceutiques ou des indemnités journalières.

(*L'Avenir de la Mutualité.*)

ŒUVRES MÉDICALES DE PRÉVOYANCE
ET DE SECOURS MUTUELS

Au sujet de la Famille médicale.

17 août 1910.

Monsieur le Directeur,

J'ai lu l'intéressante communication du Dr Sexe, de Besançon, sur les Œuvres de Mutualité Médicale. Cette publication m'a valu un certain nombre de demandes de renseignements sur la Famille Médicale. Tout ce que le confrère Sexe a dit sur cette œuvre bien connue est très exact, excepté lorsqu'il dit que le maximum de la pension servie aux veuves est de 600 francs au bout de 12 ans de Sociétariat. C'est bien le chiffre que, par prudence, nous avions fixé primitivement, mais il y a deux ans, en constatant la prospérité de la Famille Médicale, son Comité, sur ma proposition et après vote de l'Assemblée générale, a déclaré que le maximum pourrait être reculé à 1.200 francs après 24 années de Sociétariat.

Le confrère a parlé aussi d'un versement annuel d'un franc par année d'âge et de l'obligation de faire pour 200 francs d'achats à notre Coopérative comprenant 34 fournisseurs divers, mais il a oublié d'ajouter que tout sociétaire atteignant le chiffre de 600 francs gagne la moitié de son versement et que s'il fait 1.000 francs il gagne le versement entier et ce sont des résultats obtenus par le *cinquième* des Sociétaires !

Cette très heureuse combinaison permet donc à de nombreux sociétaires de ne payer que moitié, ou même rien et d'assurer ainsi à leur famille, par leur intelligente coopération, une rente qui pourra être un jour de 1.200 francs et qui ne leur *aura rien coûté*, en dehors de leur droit d'entrée.

Cette organisation si simple, mais qui donne de si brillants résultats, a été récompensée par le Comité d'Etudes Sociales présidé par M. Paul Delombre, ancien ministre, qui a décerné son Grand Prix à la Famille Médicale.

Permettez-moi, Monsieur le Directeur et très honoré confrère, de vous demander l'insertion de cette lettre dans un prochain numéro du *Concours médical*.

Avec tous mes remerciements, veuillez agréer l'hommage de ma haute considération.

Dr Ed. de Villepoix,
Fondateur gérant de la *Famille Médicale*.

COMITÉS DE PROPAGANDE
DU « CONCOURS MÉDICAL ».

Comité départemental de la Sarthe

Le 25 juin dernier, dociles à l'appel des Drs Jeanne et Maurat, un certain nombre de médecins sarthois, se réunissaient dans une salle de l'Hôtel de Ville du Mans. Le Dr Plu, président du Syndicat des médecins de la Sarthe, avait bien voulu présider.

Nos deux confrères de Paris venaient, infatigables propagandistes, nous rappeler ce que sont le *Concours* et *ses filiales*.

Le *Concours médical*, société d'études d'où sont parties tant d'initiatives fécondes pour les intérêts de notre corporation ! Elle a pour organe officiel le journal le *Concours médical* qui, toutes les semaines, étudie les questions les plus intéressantes et les plus ardues de défense et de prévoyance professionnelles. A côté des études de cet ordre, la rédaction a su faire une place de plus en plus importante aux travaux d'actualité scientifique et de pratique médicale : cette publication présente donc pour le praticien un double intérêt ; elle devient pour lui l'indispensable conseiller.

L'activité du « Concours médical » s'est traduite, en particulier, par l'organisation de trois Sociétés filiales dont il suffit de rappeler l'objet pour démontrer leur utilité pratique.

1° L'Amicale-maladie, société d'assurances mutuelle, assure au praticien, en cas d'accident ou de maladie, moyennant une prime qui varie de 45 à 80 fr. suivant l'âge d'entrée, un secours de 10 fr. par jour pendant les deux premiers mois, de 100 fr. par mois, ensuite, même en cas de chronicité indéfinie. Que de préoccupations cruelles elle a évitées aux confrères privés par la maladie des ressources de leur travail ! Elle compte 2.000 membres : un chiffre qui est un sûr garant de sa prospérité.

2° Le *Sou médical*, moyennant un sou par jour, mon cher Confrère, se charge de vous défendre contre les ennemis qui vous guettent à chaque tournant de votre tortueux et pénible chemin. Ces ennemis sont les assureurs, les clients mécontents, grincheux ou avares... voire votre propriétaire ! Moustiques malfaisants dont chacun de nous subit un jour ou l'autre la piqûre. Simple piqûre ! dites-vous en souriant. Pardon, pardon ! Lisez la liste des graves embarras d'où le *Sou médical* tire journellement nos confrères. Vous ne sourirez plus et vous jugerez que de s'affilier à cette œuvre, c'est non seulement un acte de sagesse et de prévoyance, mais encore un devoir étroit de solidarité.

3° Enfin, la Caisse de Retraite du Corps médical français permet à chacun de nous de s'assurer, sinon la richesse, qui n'est pas accessible à tous, du moins une vieillesse à l'abri du besoin.

L'éloquence des faits, jointe à celle si persuasive du Dr Jeanne eut plein succès et plusieurs confrères demandèrent leur affiliation.

Un Comité départemental de propagande fut créé séance tenante avec les Drs :

Delagénière (du Mans), Chaudet (de Saint-Jammes), Hervé (du Mans), pour l'arrondissement du Mans ;

Mascarel (de Brulon), pour l'arrondissement de La Flèche ;

Coupé (de La Ferté-Bernard), Vincent (de Chérencé), pour l'arrondissement de Mamers ;

Médail (de Bessé-sur-Braye), pour l'arrondissement de Saint-Calais.

Dr Médail.

CORRESPONDANCE

La misère du praticien est malheureusement bien une réalité

Nous avons reçu la lettre suivante d'un de nos lecteurs actifs et intelligents, lettre d'une simplicité trop éloquente.

25 août 1910.

Très honoré Confrère,

Seriez-vous assez aimable pour m'indiquer, si cela vous est possible, où je pourrais m'adresser pour faire chez moi des travaux rémunérés, médicaux ou non, tels que copies ou corrections d'imprimerie, comptabilité, publicité, classement, etc... ?

Remerciements et salutations confraternelles.

Dr R.

Nous prions ceux de nos confrères qui auraient quelque chose à proposer au Dr R. de nous en informer en nous écrivant aux Bureaux du Concours.

Une erreur concernant l'action syndicale dans l'Aisne

Liesse (Aisne), le 26 août 1910

Mon cher Rédacteur,

Je lisais tout à l'heure dans le Bulletin de l'Association générale une déclaration de M. le Dr Blanquinque que je m'empresse de vous signaler comme entachée d'erreur.

Je transcris textuellement cette déclaration : « Dans l'Aisne, nous avons une société locale qui comprend trois arrondissements et nous n'avons pas de syndicat ; notre société locale a le droit d'ester en justice et de s'occuper de toutes les questions professionnelles. Récemment nous avons eu à soutenir le procès d'un pharmacien contre un médecin : le médecin avait blâmé le pharmacien qui l'attaquait en 3000 fr. de dommages-intérêts. Nous avons fait acquit-

ter le médecin qui s'était adressé à l'Inspecteur de pharmacie. »

Pour ma part, je connais pertinemment dans l'Aisne deux syndicats. Il y a celui de l'arrondissement de Laon qui compte, parmi ses membres, tous les médecins de Laon, excepté... M. le Dr Blanquinque.

Le Président de notre syndicat est membre du bureau de la société locale.

L'affaire dont parle le Dr Blanquinque a été portée dès le principe à la connaissance du syndicat. Nous l'avons discutée et étudiée longuement, et c'est à l'unanimité que nous avons voté un ordre du jour dans lequel, après avoir approuvé sans réserves l'attitude du confrère poursuivi, nous déclarions prendre à notre charge *tous les frais du procès*.

L'avocat du confrère, comme bien vous pensez, n'a pas manqué de lire au tribunal à haute et intelligible voix l'ordre du jour du Syndicat et M. le Dr Blanquinque aurait assisté à la plaidoierie, d'après ce que l'on m'en a rapporté.

M. le Dr Blanquinque va vite en besogne quand il nous supprime d'une façon aussi brutale. Et quand il dit : « Nous avons fait acquitter le médecin », je crois qu'il a un peu l'air de tirer à lui toute la couverture ; ce qui n'est pas gentil pour notre syndicat, qui d'ailleurs ne s'en porte pas plus mal.

Avant de finir, je vous dirai qu'il existe en outre à Chauny un syndicat très actif ; mais je laisse à son sympathique président le soin de vous envoyer un certificat de vie, s'il le juge nécessaire.

Veuillez agréer, mon cher Rédacteur, l'expression de mon entier dévouement.

Dr G. Saint-Maurice,
Secrétaire du Syndicat
de l'Arrondissement de Laon.

Villégiature de Grands Maîtres.

Monsieur le Directeur du *Concours*
et cher Confrère,

Pourriez-vous me dire si réellement certains médecins de Paris, qu'ils soient ou non dignitaires de la Faculté ou des Hôpitaux, ont le droit de considérer comme quantité négligeable, le petit médecin de campagne que je suis et de méconnaître à son égard les règles de la déontologie la plus élémentaire ?

Comme tous les médecins de campagne, je gagne péniblement ma vie.

Je me débats, l'année durant, contre les malades qui veulent se faire soigner au rabais, grâce à leurs mutualités, à l'assistance, aux assurances, etc. La clientèle aisée est rare dans ma région : de sorte que, si je vis de mon travail, il m'est impossible de faire beaucoup d'économies pour laisser un petit patrimoine à mes enfants.

Or, certain jour, on annonce, dans le pays, qu'un grand médecin de Paris allait venir en villégiature, avec toute sa famille. Rumeur, émoi.

Le fait fut exact et on put voir une petite maison de campagne, dans un village voisin de ma résidence, ouvrir ses volets et renaître à la vie.

M. le Docteur parisien était venu, disait-il, pour se reposer de ses nombreux travaux. Tranquillité et solitude, voilà quelle était l'ordonnance qu'il s'était tracée.

Mais, à peine était-il là que des malades cherchaient à avoir son docte avis. Flatté dans son amour-propre, ce maître consentit à laisser approcher ces humbles, qui savaient rendre un juste hommage à son savoir. Des consultations, il en donna beaucoup ; mais il oublia toujours de me prier de venir discuter un diagnostic avec lui.

Pour comble de guigne pour moi, ce philanthrope donnait gratis ses précieux conseils. « Je prends un ou deux louis, disait-il à un de ses amis ; sinon, ce n'est rien ».

A ce prix, il eut beaucoup de clients aisés et pauvres, qui tous vantaient son savoir et son désintéressement. Quant à moi, j'attendais avec impatience son départ, car je ne faisais presque plus rien : mes prix, bien que modestes, étaient encore supérieurs aux siens : je ne pouvais pas lutter contre cette concurrence gratuite.

Et cependant, il y a chez moi des bouches à nourrir, un percepteur à contenter, des frais généraux à couvrir.

Franchement, ce Monsieur, parce qu'il est de Paris, a-t-il le droit de venir faire de la philanthropie sur mon dos ? Est-il admissible qu'il fasse le généreux, alors qu'il me prive de mon pain ? Que dirait-il si on pouvait lui en faire autant, dans son quartier, dans la capitale ?

Que dois-je aussi penser de sa conduite à mon égard ? Pendant longtemps, il a vu de mes malades en cours de traitement : il m'a toujours ignoré, jusqu'au jour où nous nous sommes trouvés nez à nez au chevet d'un malade. Oh ! je n'ai pas eu la naïveté de discuter diagnostic ou traitement : je me suis borné à profiter du docte enseignement qui me tombait du ciel, pour mon instruction.

Pourquoi ce dédain ? Parce que je ne suis qu'un provincial ? parce que mes clients sont trop pauvres pour me donner des honoraires royaux qui me permettraient à moi aussi d'aller en villégiature ?

Il est difficile, me direz-vous, de refuser une consultation ? Pardon, c'est une erreur. Il y a trois moyens et, si par hasard, vous avez parmi les abonnés du *Concours* (ce qui m'étonnerait), quelques-uns de ces pontifes, du genre du mien, j'espère qu'ils voudront bien en faire leur profit.... pour les vacances prochaines.

Le premier consiste à refuser impitoyablement sa porte : on n'ira pas faire une violation de domicile pour avoir une consultation. Un ordre donné aux domestiques, et nul ne forcera la consigne.

Le second, c'est de prendre un ou deux louis, la consultation : peu de clients reviendront. Ces louis, si le maître ne voulait pas les garder, pourraient être versés soit dans la caisse du syndicat local, soit dans celle de l'Association du département.

Le troisième découlerait de la crainte de voir qu'un confrère rural, excédé de ce sans-gêne, se rappeler qu'il y a une loi du 14 avril 1910 et le maître, tout parisien et pontife qu'il est, pourrait, pour le bon exemple, être poursuivi pour n'avoir pas fait enregistrer son diplôme dans le département, où il passe sa villégiature, en donnant des consultations et recevoir aussi du percepteur, un avis de paiement de patente.

Chers Parisiens, vous avez peut-être des qualités professionnelles que je n'ai pas ; mais lorsque vous prenez vos vacances, ne venez pas faire de la concurrence déloyale et enlever le pain de la bouche à ceux qui ne connaîtront jamais la brioche que vous mangez.

Sinon, gare ! Jacques Bonhomme pourrait demander à son syndicat et au « Sou » de le soutenir contre vous. Il n'est pas assez riche pour le faire tout seul ; mais heureusement, il a ces associations avec lui, associations que vous ignorez sans doute, car grand seigneur ne daigne.

Espérons, pour l'honneur du corps médical parisien, que mon cher confrère est unique en son genre. Dr D.

A propos des Hôpitaux dispensaires du XIIIe arrondissement et de la Bienfaisance privée.

Nous avons reçu, timbrée d'une bourgade du sud-ouest, la lettre suivante :

Le 20 août 1910.

Monsieur le Rédacteur et très honoré Confrère,

Je lis dans votre *Propos du jour* du 21 août que, sous la présidence d'honneur de M. le Sénateur Lannelongue, certains abus se perpètrent dans un hôpital privé, abus qui portent les plus graves préjudices aux Confrères d'un des plus pauvres quartiers de Paris. Votre bonne foi a sans doute été surprise.

Vous n'ignorez pas que M. le Pr Lannelongue, très au courant de la misère qui règne parmi un grand nombre de praticiens, a fort longtemps et fort dignement présidé l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins de France.

Consultez l'Annuaire de cette Association, vous y trouverez inscrit parmi les membres bienfaiteurs ce même Pr Lannelongue qui a légué à la dite Association plus de 32.000 francs.

Pareille générosité ne saurait s'accommoder avec le patronage d'une œuvre nuisible à nos confrères. Ou vous, ou M. Lannelongue avez été trompé.

Veuillez agréer, etc. Dr Z.

A propos de l'Internat obligatoire

30 juillet 1910.

Cher confrère,

Vous dire que le premier à ma connaissance j'ai demandé l'internat obligatoire pour tous en fin de scolarité — voir le *Concours*, il y a quelque 15 ans — que depuis je n'ai pas cessé de profiter de toutes les occasions à ma faible portée pour le réclamer, c'est aussi vous dire l'intérêt avec lequel je vous ai lu.

J'espère qu'il sera partagé par la plupart.

Voilà la réforme des réformes par où passeront toutes les autres. Donnez-lui toutes vos forces et vous aurez bien mérité des médecins et des malades.

Depuis le jour où cette solution nécessaire s'est imposée à mon esprit à la suite d'un travail du Dr Dumas, du Gard, reproduit par le *Concours* — sur l'utilité du stage médical, j'ai regretté de n'avoir aucune force à mettre à son service. Le peu que j'en ai appartient à la M.M. F. de retraite dont nous avons célébré avant hier le 10e anniversaire.

Rien de plus pénible que notre impuissance à faire éclater une vérité qui nous est familière, quand cette vérité nous promet pour tous tant de bénéfices. Mais quelle joie profonde à la voir s'imposer toute seule aux autres comme à nous ! Courage, cher confrère, et bon souvenir de votre tout dévoué.

Dr Coutand.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le maître qui réclame les soins d'un médecin pour une personne à son service, sans l'avertir qu'il entend rester étranger au paiement des soins, s'oblige tacitement envers lui à la rémunération de ses services.

JUSTICE DE PAIX DU CANTON DE SAUMUR (Maine-et-Loire).

3 décembre 1909.

Attendu que Madame veuve B. prétend d'abord qu'elle ne peut être visée par la loi-accidents et qu'en remplissant humanitairement le devoir de procurer au sr S. les secours médicaux dont il avait besoin, par suite d'un accident dont il a été victime, en affûtant un outil, étant au service de la défenderesse, elle n'a pu se créer légalement aucun engagement ;

Que pour cette raison elle dénie devoir quoi que ce soit au docteur Petit, qui s'adressera, s'il le juge utile, au sieur S ;

Attendu qu'en outre, et très subsidiairement, pour conclure à toutes fins, qu'il ne pourrait être dû pour S., qui a eu 8 jours d'incapacité de travail, et s'est rendu à la consultation de M. Petit, 89 francs pour le traitement, pendant 6 jours, de plaies de quelques centimètres de longueur ;

Que si Madame B. devait intervenir dans le règlement, elle solliciterait, tant dans l'intérêt de la Justice, que pour le bon renom du corps médical, une expertise par M. le docteur Legludic, d'Angers, ou tout autre médecin, choisi hors de l'arrondissement de Saumur, pour apprécier le cas et fixer les honoraires pouvant raisonnamment être réclamés pour le traitement, s'of-

frant à procurer à l'homme de l'art toutes indications susceptibles de l'éclairer ;

Attendu que par ces motifs, elle demande à ce qu'il nous plaise rejeter comme non recevable à l'égard de Madame veuve B. la demande de M. Petit, qui vise le sieur S ;

Très subsidiairement et pour le cas où le tribunal jugerait, par impossible, que l'humanité d'un patron s'intéressant à ce que son ouvrier, même blessé par sa propre faute, se soigne, engage sa responsabilité ;

Désigner M. le docteur Legludic, ou tel médecin qu'il plaira au Tribunal, à la condition de le choisir hors de l'arrondissement de Saumur, pour dire si une plaie de la main, guérie en une semaine, peut donner droit au médecin, chez qui le blessé venait, à 89 francs d'honoraires, ou à quel chiffre la note doit raisonnablement être ramenée ;

Donner acte à la concluante de ce qu'elle s'offre à fournir audit expert toutes les pièces pouvant l'éclairer dans sa mission ;

Dire que celui-ci déposera, de ses opérations, un rapport sur lequel il sera statué ;

Surseoir, dans ce cas, sur la décision à prendre à l'égard du fond de la demande de M. Petit et réserver les dépens ;

Attendu que Madame veuve B., à la demande en paiement formée par le Dr Petit oppose deux moyens : la non recevabilité et l'exagération de la note ;

Attendu que c'est Madame veuve B. elle-même qui a demandé au Dr Petit de bien vouloir donner ses soins à son domestique, et qu'en ce faisant, elle s'est constituée comme personnellement responsable des honoraires qui seraient dus à M. Petit ;

Qu'il est constant, en jurisprudence, qu'un maître qui réclame les soins d'un médecin, pour une personne à son service, sans avertir l'homme de l'art qu'il entend rester étranger au paiement des soins, s'oblige tacitement envers lui à la rémunération de ses soins ;

Que Madame veuve B., dès avant l'accident, avait si bien prévu la responsabilité qu'elle pouvait encourir si son domestique était victime d'un accident, qu'elle avait pris soin de contracter une assurance à cet effet ;

Attendu que Madame veuve B. et sa Compagnie, au moment même de l'accident, ont si bien reconnu la responsabilité encourue par Madame veuve B., que la Compagnie d'assurances, au nom de la dite dame, faisait offrir la somme de 10 francs au Dr Petit pour règlement de ses honoraires ;

Attendu que la théorie soutenue par la Compagnie d'assurances, qui se présente au nom et comme mandataire de Madame veuve B., et qui prétend que cette dernière n'est pas visée par la loi accidents, n'est pas admissible ;

Que cette théorie amènerait à conclure que la Compagnie a abusé de la confiance de la défenderesse en lui faisant souscrire une police et payer des primes pour un sinistre dont elle ne pouvait être responsable ;

Attendu, au surplus, qu'il n'y a pas lieu de tenir compte des rapports qui peuvent exister entre Madame Vve B. et la Compagnie d'assurances ;

Que nous nous trouvons, en l'espèce, en présence d'un engagement formel de la dite dame Vve B. d'avoir à payer les honoraires du docteur et qu'il suffit de l'établir ;

Attendu qu'aussitôt après l'accident survenu à son journalier la défenderesse écrivait au demandeur la lettre suivante :

« Monsieur, je vous prie de soigner mon em-
« ployé qui a attrapé du mal étant à mon ser-
« vice ;

« Agréez, Monsieur, l'assurance de mon pro-
« fond respect.

« Signé : Vve B. » ;

Attendu que les termes de cette lettre sont formels ; qu'ils ne sauraient prêter à aucune équivoque ; qu'ils ne sont pas l'expression d'un simple mouvement humanitaire, ainsi que le prétend aujourd'hui la veuve B. dans le but de se soustraire au paiement, mais qu'ils constituent un engagement formel contracté vis-à-vis du docteur Petit en ce qui concerne ses honoraires, engagement qui oblige absolument et personnellement Madame veuve B. ;

Attendu qu'il est en effet de principe et de jurisprudence constante que peut être considéré comme directement obligé au paiement des honoraires d'un médecin un intermédiaire qui a pris l'initiative de l'appeler auprès d'un malade ;

Attendu qu'il doit surtout en être ainsi lorsque le dit intermédiaire a un intérêt quelconque à la guérison du malade ; que tel est bien le cas du malade dont s'agit ;

Que du reste les termes clairs et précis de la lettre ne peuvent donner lieu à aucune ambiguïté ;

Attendu en conséquence que ce moyen manque de base et qu'il doit être écarté ;

Attendu qu'au sujet du deuxième moyen invoqué par Madame Vve B. (l'exagération de la note), le Dr Petit nous a déposé les conclusions suivantes ;

« Attendu que le concluant tient à protester au nom des médecins de l'arrondissement de Saumur contre les insinuations et les suspicions contenues aux conclusions de Mme Vve B. contre lesquelles il fait toutes réserves expresses ;

« Attendu qu'il y a lieu de remarquer que M. Petit n'a compté que le minimum des honoraires alloués par le tarif du Syndicat des médecins de Saumur et a donné au sieur S. tous les soins que réclamait son état jusqu'à guérison complète et que, dans ces conditions, une expertise est inutile ;

« Que l'expertise sollicitée au nom de Mme B. dans des termes presque injurieux pour le demandeur et pour le corps médical ne saurait être ordonnée alors qu'il est facile au Tribunal d'apprécier la conformité de la note fournie avec le tarif d'honoraires fixé par les médecins de l'arrondissement de Saumur et que le chiffre réclamé correspond au service médical et à la situation des parties ;

« Et attendu que les moyens de défense invo-

qués par Mme Vve B. et la forme injurieuse qui lui est donnée par son mandataire, dont elle est responsable, constituent l'abus de l'exercice du droit de défense en justice ;

« Que ces moyens sont de nature à porter atteinte à la considération du Dr Petit et ont pour résultat, ainsi que la résistance faite, de mauvaise foi, à une demande légitime et bien fondée, de causer au demandeur un préjudice dont il lui est dû réparation ;

« Que, si l'auteur de cet abus est la Compagnie d'assurances à laquelle Madame Vve B. est assurée, et non la défenderesse elle-même, elle n'en est pas moins responsable des actes de son mandataire et n'a à s'en prendre qu'à elle-même de s'être obligée à confier sa défense à des tiers capables de commettre des abus en son nom ;

« Que le préjudice causé ne peut être évalué à moins de trois cents francs ;

« Par ces motifs :

« Sans s'arrêter ni avoir égard aux moyens de Mme Vve B. ;

« Condamner la dite dame à payer sans délai, à M. Petit, la somme de 89 francs réclamée ci-dessus, et en tous les frais et dépens,

« Et recevant M. Petit additionnellement demandeur ;

« Condamner Mme Vve B. en 300 francs de dommages-intérêts » ;

Attendu que la demande tendant à la nomination d'un expert ne repose sur aucun fondement ;

Qu'une expertise au surplus ne saurait être concluante ; qu'elle serait en outre vexatoire au premier chef ;

Qu'en conséquence, elle n'est pas admissible, et qu'il y a lieu de la rejeter ;

En ce qui concerne le montant des honoraires :

Attendu que l'importance des soins qui ont été donnés n'est pas contestée ;

Que nous trouvons aux débats et dans les documents de la cause les éléments nécessaires pour en apprécier la valeur ;

Attendu qu'il est reconnu que du 8 au 16 juin 1909 le sieur S., atteint de plusieurs plaies, se rendit chaque jour à la consultation du Dr Petit ;

Que celui-ci pratiqua d'abord deux sutures le premier jour ; puis chacun des autres jours, deux pansements antiseptiques complets et séparés ;

Attendu que le demandeur produit, à l'appui de son mémoire, un tarif d'honoraires à l'usage des médecins de l'arrondissement de Saumur ;

Qu'aux termes de ce tarif, les sutures et pansements antiseptiques complets sont portés à des prix supérieurs à ceux qui ont été appliqués ;

Qu'il est certain que le dit tarif ne peut avoir force de loi, mais qu'il est facile cependant d'établir, et qu'il est à notre connaissance que, vu l'importance des soins qui ont été nécessaires, jusqu'à parfaite guérison des plaies, la somme de 89 francs réclamée ne saurait être taxée d'exagération ;

Attendu en conséquence qu'il est juste et équitable d'obliger Mme Vve B., au paiement ;

Par ces motifs :

Statuant en premier ressort ;

Condamnons Mme Vve B. à payer au Dr Petit, la somme de 89 francs, pour soins donnés au sieur S. ;

La condamnons en outre en tous les frais et dépens.

REPORTAGE MÉDICAL

Association d'enseignement médical professionnel. — *Cours de vacances* (9e année). 17e série, septembre 1910. — L'Association organise chaque année deux séries de cours de vacances. Dans ces cours de révision et de perfectionnement, les Médecins praticiens et les étudiants trouveront les éléments essentiellement pratiques des méthodes cliniques et thérapeutiques, spéciales aux principales branches de la médecine et de la chirurgie.

Les deux séries ont lieu : l'une à Pâques (quinzaine de Pâques), l'autre à la fin des grandes vacances (deux dernières semaines de septembre).

La série de septembre 1910 aura lieu *du lundi 19 septembre au samedi 1er octobre.*

Liste des cours. — 1° *A l'Hôtel des Sociétés Savantes, rue Serpente* : 11 heures, Chirurgie dentaire, Dr Roy. — 5 heures. Accouchements, Dr Dubrisay.

2° *Dans différents hôpitaux* : 8 heures, Chirurgie pratique : Dr Cazin, Dispensaire Heine-Fould, 39, rue de la Glacière ; Dr Dupuy de Frenelle, Dispensaire Heine-Fould, 39, rue de la Glacière. — 8 heures, Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, Dr Leredde, Etablissement dermatologique, 31, rue La Boëtie ; Dr Sabatié, Clinique, 76, Quai des Orfèvres. — 9 h. 1/2, Gynécologie, Dr d'Herbécourt, Clinique, 31, rue Ballu. — 9 h. 1/2, Auscultation (poumons et cœur) Dr Audistère, Hôtel-Dieu. — 11 heures, Maladies des voies urinaires, Dr Pasteau, Hôpital Necker ; Dr Lavenant, Clinique, 76, quai des Orfèvres. — 2 h. 1/2 et 9 h. du soir. Electrothérapie, radiothérapie, etc : Dr Delherm, Hôpital de la Pitié et Clinique Apostoli-Laquerrière. — 4 heures. Orthopédie et chirurgie infantile : Dr Paul Barbarin, Clinique, 76, quai des Orfèvres : Dr Judet, Clinique orthopédique, 33, rue de Grenelle. — 5 heures. Ophtalmologie : Dr de Font Réaulx, Clinique, 31, rue Ballu ; — 5 heures. Maladies de l'appareil digestif, du foie et de la rate : Dr Agasse-Lafont, Hôpital Saint-Antoine. — 5 heures. Oto-rhino-laryngologie : Dr Caboche, Clinique, 31, rue Ballu. — 6 heures. Otorhino-laryngologie : Dr Menier, Clinique, 76, quai des Orfèvres.

Les élèves peuvent s'inscrire : 1° Par correspondance auprès de M. Mouly, 28, rue Serpente (Sociétés Savantes). 2° Le lundi 19 septembre, de 11 heures à midi, aux Sociétés Savantes où seront distribuées les cartes d'admission aux Cours. Le droit d'inscription est de 25 francs pour chaque cours qui comprendra de 9 à 12 leçons. Les Cours qui ont deux titulaires sont faits en général par l'un d'eux seulement. Tous les cours commenceront le lundi 19 septembre aux heures indiquées et seront terminés le samedi 1er octobre. Pour tous renseignements s'adresser à M. Mouly, 28, rue Serpente.

Concours pour l'emploi de médecin aide-major de 2e classe. — Un concours s'ouvrira, le 1er décembre prochain, à 9 h. du matin, à l'école d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission à 55 emplois de médecin aide-major de 2e classe, élèves à ladite École.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre nés ou naturalisés Français.

2° Avoir eu moins de 28 ans au 1er janvier 1910, c'est-à-dire être nés après le 1er janvier 1882 ;

3° Avoir satisfait aux obligations de la loi du recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée.

Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe au moins ;

4° Souscrire l'engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Epreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées avec les pièces à l'appui au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureau du personnel et de la mobilisation), avant le 15 novembre prochain.

Ces pièces sont :

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi.

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le 15 janvier 1911) :

3° Extrait du casier judiciaire (bulletin n° 2). La production de cette pièce est demandée au commandant du bureau de recrutement ;

4° Certificat du commandant de recrutement établi l'année du concours constatant, dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, l'aptitude réelle au service militaire.

5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou l'état signalétique des services.

6° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats devront se rendre aux date et heure fixées à l'École d'application du service de santé militaire, sans attendre aucun avertissement particulier.

Aussitôt après leur admission à l'école, les élèves signent l'engagement de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Le traitement chinois du zona. — Comme nous, les Chinois savent que le zona est rebelle au traitement, que ses douleurs sont difficiles à calmer.

Quand un confrère de la Terre Fleurie a épuisé son arsenal thérapeutique en vain sur son client, il a recours au procédé suprême, qui est tout au moins l'indice d'observation clinique. Il va arrêter le zona dans sa marche envahissante, et son intervention est toujours suivie de succès, la poussée zostérienne s'établissant et se limitant très vite.

Ce n'est point par des médicaments, lotions, poudres ou pommades qu'il opposera une barrière à l'invasion vésiculaire de la peau. Il prend un pinceau, de l'encre — de Chine, évidemment — et d'une main preste, dessine sur les téguments de son client une corneille, le cou tendu, en arrêt, prête à happer la vésicule d'herpès assez audacieuse pour se risquer à portée de son bec.

A défaut de guérison et même de soulagement, cette méthode donne satisfaction au malade — ce qui est déjà un résultat ; aussi le « procédé de l'oiseau » est-il d'usage courant et réputé en Chine.

(*La Médecine moderne.*)

Les accidents du travail en Belgique. — Le rapport de causalité entre l'événement soudain et la mort de la victime peut se prouver par toutes voies de droit et, notamment, par présomptions graves, précises et concordantes.

Lorsque les efforts qu'un cocher a dû faire pour maîtriser son cheval et l'émotion vive qu'il a éprouvée ont dû avoir une influence considérable sur l'affection cardiaque dont il était atteint et ont causé sa mort, il y a accident au sens de la loi. (Tribunal de Bruxelles, 30 juillet 1909).

***

Il y a un rapport de causalité entre la chute faite par la victime d'un accident du travail et la broncho-pneumonie, cause efficiente de la mort, alors que l'expert estime toutefois que la broncho-pneumonie est sous la dépendance du trauma, parce qu'elle s'est manifestée à la suite d'un affaiblissement de l'organisme provoqué par les vomissements répétés et les dérangements intestinaux qui, eux, relèvent de l'accident.

(Trib. de Bruxelles, 4 décembre 1909).

***

La loi est applicable à l'asphyxie par l'acide carbonique d'un batelier logeant dans la cabine du bateau et ayant allumé un feu, alors que l'ouvrier avait l'obligation d'être présent à bord, que, même la nuit, il était sous la direction, l'autorité et la surveillance du patron.

(Anvers, justice de paix, premier canton, 20 novembre 1909).

A la mort d'un veilleur de nuit due à l'asphyxie par submersion causée par la chute dans l'eau à l'endroit auquel correspond l'emplacement de l'endroit où le veilleur devait et avait veillé.

(Anvers, justice de paix, premier canton, 17 novembre 1909).

***

L'ouvrier victime d'un accident ne peut être contraint de subir une opération chirurgicale, quand celle-ci a pour seul but de réduire la rente à payer par le patron.

(Tribunal de Nivelles, 18 avril 1910).

(*Le Scalpel.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Hayes, de Chelles (Seine-et-Marne) et Berjoan, de Vinça (Pyrénées-Orientales), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 38 Dimanche 18 SEPTEMBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
La réorganisation du syndicalisme médical. — Avant-projet d'une constitution nouvelle de l'Union des syndicats médicaux de France. 807
Clinique chirurgicale
Rétrécissements de l'œsophage..... 812
La semaine médicale
Le thymus. — L'indigo-carmin pour l'exploration fonctionnelle des reins. — Traitement des abcès froids tuberculeux d'origine osseuse par la méthode conservatrice. — L'habitus extérieur des névropathes : La contraction permanente des muscles adducteurs des cuisses..... 814
Revue des Congrès
XXe Congrès des médecins aliénistes. — La maladie du sommeil. — Alcoolisme et criminalité. — Petits signes de névropathie..... 816
Ophtalmologie du praticien
Caractères généraux des ulcères de la cornée..... 817
Intérêts professionnels
Limitation du nombre des étudiants en médecine... 818
Accidents du travail
Douces anémités des assureurs..... 820
Jurisprudence médicale
Accidents du travail. — 1° *Le certificat médical est la* propriété exclusive de l'ouvrier et non du patron ou de la compagnie d'assurances. C'est donc au seul blessé que ce certificat doit être remis pour qu'il en fasse usage que de droit. — 2° Condamnation d'un médecin à des dommages-intérêts pour refus de délivrer un certificat à un ouvrier. — 3° La simple carte de reprise du travail ne doit pas être considérée comme étant un certificat..... 820
Sou médical
Extrait des procès-verbaux du conseil d'administration..... 824
Reportage médical... 825

PROPOS DU JOUR

La réorganisation du Syndicalisme médical

En 1878, les ouvriers typographes de Paris s'étaient solidement groupés en associations professionnelles. Forts de leur cohésion, ils crurent le moment venu pour imposer aux imprimeurs les conditions de travail qu'ils croyaient justes. Les patrons résistèrent et une grève, sans précédent dans cette corporation, éclata aussitôt. Les imprimeurs, sans se laisser émouvoir, transportèrent leurs ateliers en province et une crise terrible sévit dans le monde des ouvriers. Hommes d'intelligence et de réflexion, les typographes tirèrent de leur échec la leçon qu'il comportait. Ils comprirent qu'une organisation professionnelle solide ne pouvait être puissante que si son action dépassait les limites d'une cité et ils créèrent cette admirable Fédération du Livre qui, par sa puissante structure, sa discipline et sa modération, a servi et peut encore servir de modèle à toute organisation syndicale. Restant sur le terrain essentiellement professionnel et pratique, ne se payant pas de discours creux, ni de vaines formules, exigeant de leurs adhérents des cotisations relativement élevées, de façon à pouvoir disposer du nerf de la guerre, les syndicats de typographes nous fournissent le meilleur exemple de constitution syndicale. Ils ont compris qu'il était indispensable que leur Fédération fût effectivement administrée par les représentants élus de chaque section, c'est-à-dire de chaque syndicat. Ils ont compris qu'il lui fallait une caisse suffisante pour soutenir efficacement la lutte. Ils ont compris ce qu'il y avait de dangereux à précipiter leurs groupements dans les utopies et les exagérations, et, sans rien abandonner de leur idéal social, ils sont restés dans le domaine des choses réalisables et ont agi en vrais syndicalistes, laissant aux politiciens le soin de transformer ou de renverser les institutions.

C'est un peu la Fédération du Livre que nous

voudrions voir prendre comme type dans la réorganisation de notre syndicalisme médical.

C'est en partie sur son modèle que nous voudrions voir reconstituer l'Union des syndicats médicaux de France.

Si nous prenons ici un exemple dans le syndicalisme ouvrier, ce n'est nullement pour affirmer une préférence politique quelconque. Mais, qu'on le veuille ou non, le syndicalisme médical est soumis aux mêmes règles et aux mêmes lois que le syndicalisme ouvrier. Nos syndicats ont beau être classés dans l'Annuaire officiel du Ministère du travail parmi les syndicats patronaux, consciemment ou inconsciemment au cours de leur développement, ils ont obligés, dans une certaine mesure, de calquer leur organisation sur l'organisation ouvrière. C'est donc chez elle que nous devons rechercher des enseignements et des exemples.

J. Noir.

Avant-projet d'une constitution nouvelle de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Un des reproches les plus sérieux que l'on peut faire à l'heure actuelle à l'organisation de l'Union des Syndicats médicaux, c'est que le Conseil qui l'administre n'est pas en contact suffisant avec les Syndicats qui la composent. L'insuffisance du budget oblige ceux qui dirigent l'Union à avoir recours au dévouement et à la bonne volonté de quelques-uns. Pour les médecins de province, éloignés de Paris, cette bonne volonté a des limites qui sont les ressources de chacun et les exigences de la clientèle. Aussi en est-on réduit à faire appel tout particulièrement au concours des médecins de chemins de fer et des confrères habitant des départements assez voisins de Paris. Sans doute, il s'est trouvé parmi les membres du Conseil des hommes tels que les Drs Gairal, Barbanneau, Charier, pour ne citer que les plus zélés, qui ne craignent pas de venir à leurs frais tous les mois des Ardennes, de la Vendée et des Deux-Sèvres pour prendre part à nos travaux et faire entendre au sein du Conseil la voix des médecins de campagne, mais ils ne représentent guère que leurs contrées et une institution réellement solide ne doit pas reposer uniquement sur le dévouement de quelques-uns, fût-il poussé jusqu'au sacrifice !

Si cet état de choses s'est maintenu, si le Conseil de l'Union compte dans ses rangs un trop grand nombre d'administrateurs honoraires, s'il en résulte parfois un manque de cohésion et d'autorité que nous avons pu déplorer naguère au dernier Congrès des praticiens, cela tient à ce que l'Union est actuellement gouvernée avec la même constitution qu'il y a 15 ou 20 ans. Or, si au début, il était facile au secrétaire de se mettre intimement en contact par correspondance avec quelques syndicats réunissant environ 2.000 adhérents, il est, à l'heure actuelle, matériellement impossible d'entretenir les mêmes rapports avec des groupements très nombreux qui ne comptent pas moins, malgré les défections et les dissidences, de 9.000 praticiens. Il est donc absolument nécessaire de remédier à cet état de choses. C'est dans ce but que nous avons écrit cet article, sorte d'avant-projet, auquel nous avons voulu enlever tout caractère officiel en le publiant d'abord dans le *Concours médical*.

Bien que définitivement résolu à céder à d'autres la direction du secrétariat de l'Union, nous avons cru qu'après 15 ans de fonctions nous avions acquis une certaine expérience; que, plus que tout autre, nous pouvions avoir une idée juste et nette de la situation, qu'il était donc de notre devoir de proposer, sans le plus petit amour-propre d'auteur, un projet basé sur les nécessités de l'heure présente et non bâti sur les sables mouvants de l'idéalisme brumeux que professent quelques-uns de nos amis. Ne connaissant pas, comme nous, le syndicalisme médical, ils le croient doué d'une force qu'il ne possède pas encore ; ils pensent, et bien à tort, qu'ils pourraient impunément le lancer dans une voie, dans laquelle ils ne seraient pas suivis et dont notre action ne pourrait sortir que déconsidérée et amoindrie (1). Peut-être les utopies d'aujourd'hui seront-elles les réalités de demain ? Nous l'avons déjà plus d'une fois répété, mais pour faire œuvre utile et durable, il faut, dans des organisations comme les nôtres, songer surtout aux réalisations possibles dès à présent en tenant compte des enseignements du passé, sans toutefois négliger de poursuivre le progrès pour l'avenir.

***

Réformes nécessaires dans le Syndicat. — Comme la base de notre édifice de défense professionnelle est le Syndicat, que, pour la solidité de cet édifice, il est indispensable que les fondations soient bien assises, il est nécessaire d'examiner d'abord la structure du Syndicat lui-même. Certes, il importe que le Syndicat reste autonome. Il doit garder, selon nous, sa parfaite individualité, puisque seul il jouit légalement de la personnalité civile; mais l'Union

(1) L'enthousiasme fort modéré que les Syndicats médicaux ont en général manifesté à propos du Concours de l'agrégation a bien montré que les médecins syndiqués ne voulaient guère dépasser dans leur action certaines limites. J. N.

a le droit de lui demander d'offrir quelques garanties qui permettent d'apprécier qu'il est un élément de force. Quel exemple dangereux, si une partie des groupements de l'Union, du fait de leur mauvaise organisation, se transformaient en parasites et bénéficiaient, sans participer à l'action commune, du travail et de l'énergie des autres ?

Les garanties que nous demandons au Syndicat doivent se borner au respect de la discipline syndicale maintenue par des sanctions et au paiement d'une cotisation suffisante.

Les *sanctions* peuvent différer selon les syndicats, mais elles sont nécessaires et seules empêchent la désertion dans les moments critiques. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet, il a été maintes fois traité et la prospérité des Syndicats constitués avec les statuts du type de l'arrondissement de Versailles, répond éloquemment à tous les sophismes qui nient la nécessité d'un pacte syndical effectif. Dans certains de nos Syndicats et non des moindres, il arrive trop fréquemment que certains syndiqués démissionnent pour rompre un engagement qui paraît leur être gênant ; puis, lorsqu'ils se sentent menacés et qu'ils ont besoin d'appui, ils viennent de nouveau frapper à la porte du Syndicat, qui aussitôt s'entr'ouvre. Eh bien ! il n'est pas juste qu'un transfuge revienne aussi facilement à la place qu'il a quittée. Il ne convient pas que le Syndicat soit aussi largement ouvert et, que l'on y entre et qu'on en sorte selon sa fantaisie, un peu comme dans un moulin. Nos Syndicats médicaux devraient à ce sujet suivre la conduite du Syndicat des ouvriers tullistes de Calais qui ouvrent libéralement leurs rangs à ceux qui les ont quittés dans une période critique, aux « moutons noirs » selon l'expression consacrée par eux, mais exigent pour les admettre de nouveau le paiement d'un droit d'entrée de 50 francs, accompagné parfois d'une amende de 25 francs.

Les cotisations. — La question des cotisations est encore une question primordiale. Un syndicat, qui veut vivre et non pas végéter, doit avoir une caisse suffisante et pouvoir largement alimenter les Caisses des organismes qu'il contribue à former.

Nous avons honte de comparer les sommes consacrées par les médecins à leur défense professionnelle à celles que versent les moindres ouvriers syndiqués.

Dans les syndicats ouvriers anglais qui, sous le nom de *trade's unions*, ont acquis une réputation de puissance et de sagesse bien méritée et jouissent depuis 1875 de la plénitude de leurs droits, chaque adhérent verse de 1 fr. 25 à 1 fr. 85 par semaine, ce qui fait des cotisations annuelles de 75 fr. à 96 francs.

Aussi, au *Congrès ouvrier de Lausanne*, un délégué ouvrier anglais pouvait répondre aux rodomontades de quelques exaltés de notre pays : « Toutes les fois qu'il s'agit de voter des motions, les délégués français ont la main en l'air, mais ils ne la baissent jamais lorsqu'il faut la mettre à la poche. »

N'aurait-on pas pu en dire autant aux praticiens non syndiqués qui à nos Congrès des Praticiens avaient la prétention de parler haut et de diriger les autres ?

Et cependant les ouvriers syndiqués français donnent à leurs Syndicats des cotisations autrement importantes que les médecins, si on les juge proportionnellement aux ressources de ceux qui les payent. Ainsi le Syndicat des typographes d'Albi exige une cotisation de 1 fr. par mois, soit 12 fr. par an ; le Syndicat des tullistes de Calais réclame de ses adhérents 0 fr. 50 par semaine, soit 24 francs par an. Et à la cotisation ordinaire peuvent venir s'ajouter des cotisations annexes.

Pour donner à notre défense professionnelle toute son ampleur, chaque médecin syndiqué français devrait verser au moins 36 francs de cotisation syndicale, ce qui ne ferait en somme que 3 francs par mois, *deux sous* par jour. Cette cotisation se diviserait ainsi :

10 fr. pour la caisse syndicale proprement dite ;
4 fr. pour l'Union nationale ;
2 fr. pour la Fédération régionale.
20 fr. pour la Caisse de défense qui devrait être le *Sou Médical*, tout au moins pour tous les petits Syndicats.

Avec des cotisations ainsi élevées, qui n'exigeraient pas de nos confrères de très lourds sacrifices (*deux sous par jour*), la défense professionnelle pourrait devenir réellement effective et une institution, telle que le *Sou Médical*, tenue statutairement d'utiliser la presque totalité de ses ressources dans l'année, aurait le moyen d'imposer partout et à tous le respect du médecin dans tous les incidents de sa vie professionnelle.

L'organisation de la Fédération régionale. — Le développement du Syndicalisme médical rend la Fédération régionale absolument indispensable. Notre collègue, le Dr Bolliet, en a fait, il y a plusieurs années, la démonstration éloquente avec une véritable prescience. Alors le nombre encore faible des Syndicats et un manque absolu d'éducation syndicale et de confiance réciproque rendaient difficile la généralisation du plan de Bolliet. Il rencontra, à nos assemblées générales, des adversaires acharnés qui, d'ailleurs en abandonnant l'Union et en la combattant même sans succès, ont bien donné la mesure de la droiture de leur esprit et de leur

dévouement à la cause syndicale. *Aujourd'hui, la Fédération régionale nous paraît indispensable au bon fonctionnement de l'Union nationale.*

Nous ne pouvons nous étendre, dans cet avant-projet, qui a particulièrement trait à la réorganisation de l'Union sur tout ce que pourrait faire d'utile une Fédération régionale ; d'ailleurs il conviendrait que cet organe syndical pût, selon les nécessités locales, se modifier à sa guise et développer à son gré les services qu'il pourrait créer. Là encore, comme pour le Syndicat, il conviendrait de respecter l'autonomie qui laisserait, à notre Constitution syndicale, une véritable souplesse et qui stimulerait par la comparaison de fonctionnements différents l'émulation et le progrès. Mais l'Union centrale exigerait de la Fédération l'élection d'un délégué *appointé* par elle qui serait tenu de venir régulièrement aux séances du Conseil de l'Union. En outre, la Fédération serait tenue de provoquer la réunion en Congrès annuel des Syndicats de son ressort pour recevoir du délégué tous les renseignements désirables sur la marche générale des affaires et lui donner toutes les indications utiles.

La Réorganisation de l'Union Centrale. — Les Syndicats et les Fédérations ainsi constitués, la réorganisation de l'Union Centrale deviendrait une réforme tout à fait facile.

L'Union serait administrée par un *Conseil d'administration*. A ce Conseil serait annexé un *Comité exécutif permanent*.

Le Conseil serait composé : 1° des 20 ou 25 délégués, élus par les Syndicats groupés en Fédération ; 2° des membres du Comité permanent (10 environ) élus par l'Assemblée générale.

Les délégués recevraient une indemnité variable, mais suffisante, pour qu'on pût exiger d'eux la présence effective aux réunions du Conseil. Ces dernières auraient lieu 3 ou 4 fois par an.

A ces réunions du Conseil, on discuterait et prendrait des résolutions sur toutes les questions ayant quelque importance.

Dans l'intervalle, on convoquerait tous les mois, et plus souvent si besoin en était, le Comité permanent, qui expédierait les affaires secondaires et urgentes, et renverrait au Conseil, après étude, les affaires d'intérêt général offrant plus d'importance.

Les membres du Comité permanent seraient choisis de préférence dans la région parisienne, ou dans toute autre région, mais chaque candidat prendrait l'engagement formel d'assister aux réunions. Un jeton de présence lui serait alloué à chaque séance.

Les membres du bureau, qui seraient élus par le Conseil et non par l'Assemblée générale, feraient de droit partie du Comité permanent sans être tenus d'assister à toutes ses séances, sauf le secrétaire général et le trésorier dont la présence serait toujours indispensable.

L'Assemblée générale de l'Union se tiendrait une fois par an. Les réunions pourraient avoir alternativement lieu à Paris ou en province, au centre d'une Fédération.

Les Syndicats y seraient représentés proportionnellement au nombre de leurs syndiqués, comme actuellement. Les Fédérations y auraient comme représentants leurs délégués et un membre de leur bureau (président ou secrétaire).

A l'Assemblée générale seraient approuvée la gestion du Conseil d'administration et discutées les questions les plus importantes.

On y élirait le Comité exécutif permanent qui serait renouvelable par moitié tous les deux ans.

***

Les Œuvres annexes. — Telle serait l'ossature en quelque sorte de l'Union centrale des Syndicats médicaux de France.

Nous ne pouvons entrer ici dans tous les détails du fonctionnement du Bureau, du Conseil, du Comité permanent, du Bulletin et de l'attribution des ressources de la caisse.

Nous ne saurions cependant terminer ce trop long article sans énumérer les œuvres annexes qui nous paraissent nécessaires au maintien de la cohésion syndicale et qui, bien administrées, augmenteraient singulièrement la force de notre organisation.

Les Syndicats ouvriers sur ce point nous ont déjà donné depuis longtemps le bon exemple, car ils sont toujours doublés de caisses de secours mutuels, de caisses d'assistance, de caisses de chômage, de caisses de grève, d'office de placement, du viaticum et de cent autres créations qui permettent au Syndicat ou à la Fédération ouvrière de rendre des services matériels et immédiats au syndiqué, l'attirent et le retiennent au groupement professionnel.

Les œuvres annexes se répartiraient à notre gré entre le Syndicat, la Fédération et l'Union.

Œuvres annexes du Syndicat. — Le Syndicat des médecins de la Seine s'est efforcé de développer ces œuvres et le nombre de ses adhérents, qui dépasse actuellement 1.600, lui facilite singulièrement, il faut bien le dire, ces créations. C'est ainsi qu'il met à la disposition de ses syndiqués :

Un *office de recouvrements* simples, de recou-

vrements contentieux, de recouvrements pour les accidents du travail dans des conditions qu'il est absolument impossible d'obtenir ailleurs et avec la garantie d'un cautionnement important versé par le Directeur de l'office ;

Une *Caisse d'assistance professionnelle* remplissant pour les Syndiqués de la Seine dans les seuls procès en responsabilité un rôle sur certains points analogue à celui du *Sou médical* ;

Une *Caisse de secours immédiats* qui a permis, cette année, de soulager bien des misères par des prêts d'honneur absolument gratuits, prêts dont n'ont pas bénéficié les seuls membres du Syndicat ;

Un *service de renseignements et de remplacements* au siège social du Syndicat où des employés sont en permanence ;

Un *service de vérification* des polices d'assurances et des feuilles d'imposition ;

Un *service d'examen des blessés du travail* où chaque syndiqué peut, dans des cas épineux, ou lorsque la rédaction d'un certificat paraît difficile et compromettante, demander l'avis des membres d'une Commission médicale qui, après examen, peuvent rédiger et signer collectivement un certificat ;

Une *Commission d'arbitrage* jugeant les conflits d'honoraires avec 28 Sociétés d'assurances.

Selon les facilités locales, les Syndicats pourraient organiser ou patronner encore des institutions, comme la *Maison des Médecins*, créée par le Syndicat des praticiens bruxellois et véritable *Bourse du travail médicale*, des *Cercles médicaux*, des *laboratoires de radiographie* ou *de recherches*, des cours pratiques de perfectionnement, etc., etc.

Œuvres annexes pouvant être rattachées à la Fédération. — La Fédération pourrait créer un *Bulletin fédéral de propagande*, instituer un *Conseil juridique* destiné à éclairer les Syndicats en cas de procès. Elle pourrait peut-être avec ses voisines créer, comme l'y autorise la loi de 1884, ces fameuses *Caisses de retraites à 360 francs*, que réclament avec tant d'instance la grande majorité des petits praticiens. Ce projet n'est peut-être pas réalisable, mais il mérite, en tous cas, d'être étudié tant par les Syndicats que par l'Association générale de secours mutuels, qui, à ce sujet, pourraient peut-être se concerter.

Œuvres annexes devant ressortir directement de l'Union — Au premier rang de ces Œuvres nous placerons le *Sou Médical*. Actuellement autonome et totalement indépendant, il devrait, à notre avis, être en rapport plus étroit avec les Syndicats et même devenir un jour la caisse de défense de tout le corps médical organisé.

Viendrait ensuite l'*Office pour la répression de l'exercice illégal de la médecine* qui devrait constituer une sorte de Syndicat autonome, subventionné par les Syndicats locaux, les Fédérations et l'Union, ce qui lui permettrait de jouir de la personnalité civile comme le *Sou Médical*, et de poursuivre directement l'exercice illégal sur tout le territoire français, de centraliser l'action répressive et de lui donner une tout autre efficacité.

Enfin, sous le contrôle de l'Union, fonctionneraient les *Comités d'organisation des Congrès de Praticiens*. Ces Congrès qui auraient lieu plus ou moins fréquemment selon les circonstances, borneraient à une seule question leur ordre du jour. Les discussions pourraient alors y prendre toute l'ampleur désirable et il en sortirait vraisemblablement des résolutions plus pratiques.

***

Telle est, dans ses grandes lignes, la Constitution nouvelle dont nous voudrions voir doter le corps médical syndiqué. Certes, nous ne nous faisons pas d'illusions, nous savons que nous nous butterons à plus d'une objection et qu'on nous signalera plus d'une lacune ; nous savons que, même approuvée et adoptée, cette constitution ne pourra s'appliquer immédiatement partout ; mais nous croyons que si cet avant-projet était, après une sérieuse étude, précisé, amélioré, puis réalisé, l'Union des Syndicats médicaux de France acquerrait de ce fait une autorité considérable sans nuire, bien au contraire, au fonctionnement des Fédérations et des Syndicats.

Cette Constitution, avec ses œuvres annexes, jouirait d'une véritable souplesse ; chaque groupement autonome pourrait à son gré modifier ses œuvres et ses statuts et étendre son action, sans porter atteinte au prestige et à la force de l'Union elle-même, dont le Conseil serait l'émanation de tous les médecins syndiqués. L'Union serait, en quelque sorte, constituée un peu comme la Confédération Helvétique, dans laquelle tous les cantons contribuent à la prospérité de la Nation tout en adoptant chacun chez soi les systèmes de gouvernement les plus dissemblables.

J. Noir.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le professeur Pierre DELBET

Rétrécissements de l'œsophage.

Je vous présente un malade atteint de rétrécissement de l'œsophage dû à la déglutition d'un caustique. A propos de son cas, je vous exposerai quelques considérations sur le diagnostic et le traitement des sténoses œsophagiennes. J'aurai d'ailleurs à vous montrer tout à l'heure une seconde malade atteinte d'une autre variété de la même affection.

A la suite de la déglutition d'un liquide nocif, acide, base caustique, liquide trop chaud, on observe des accidents qui évoluent suivant deux types. Après une première phase inflammatoire, pendant laquelle toute déglutition est presque impossible, phase d'œsophagite, deux éventualités peuvent se présenter. Chez certains malades survient une période où la déglutition se rétablit ; puis, au bout de 3 semaines ou un mois, la dysphagie reparaît. Chez d'autres, au contraire, il n'y a pas de période où la déglutition redevient possible. A la phase d'œsophagite succède, sans trêve, la phase de rétrécissement.

Ces deux formes offrent un pronostic différent. Dans la première forme, il s'agit d'un rétrécissement inflammatoire comparable au rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre. Le rétrécissement est souple, dilatable, favorable au point de vue du pronostic. Dans la seconde forme, au contraire, il s'agit d'un rétrécissement cicatriciel, comparable au rétrécissement traumatique de l'urèthre. L'œsophage est alors souvent désaxé, le cathétérisme est difficile, la sténose fibreuse et résistante à la dilatation. Le pronostic n'est donc pas semblable dans les deux cas. Voilà pourquoi il importe de savoir comment les choses ont évolué. L'existence d'un rétrécissement inflammatoire autorise à pratiquer le cathétérisme immédiat. Dans le rétrécissement interstitiel, les tentatives de cathétérisme faites sans le contrôle de l'œil, sans l'œsophagoscope, sont vouées à l'insuccès et peuvent être dangereuses.

Il n'est pas toujours facile de déterminer le siège d'un obstacle au passage des aliments dans les voies digestives. Assez souvent, quand la sténose œsophagienne se fait lentement, il se produit au-dessus du rétrécissement une poche parfois volumineuse. On a l'impression, les malades ne vomissant qu'au bout de quelques heures, qu'il y a rétrécissement du pylore alors qu'il s'agit de rétrécissement du cardia. Je ne crois pas que l'erreur inverse puisse se commettre.

Voici maintenant une seconde malade se plaignant également de dysphagie œsophagienne. Mais, tandis que, chez le premier, nous avons une condition étiologique précise, la déglutition d'un caustique, chez cette femme, au contraire, les troubles de déglutition sont survenus sans cause apparente, ce qui doit nous faire craindre un rétrécissement néoplasique.

Avant de considérer ce dernier point, nous allons compléter l'examen de nos malades. Hamburger a montré que l'on pouvait ausculter la déglutition œsophagienne. Quand un sujet atteint de rétrécissement de l'œsophage avale une gorgée d'eau, on entend le bruit du liquide projeté sur la partie rétrécie ; puis, au bout d'un temps variable, on perçoit un glou-glou, indiquant le passage du liquide au travers du canal sténosé.

Chez notre dernière malade, il est probable que le rétrécissement est d'origine néoplasique. Ce n'est pas certain, cependant. Il existe des spasmes œsophagiens dus à des petites ulcérations siégeant à la région du cardia ; il se produit ainsi, au niveau du cardia, des accidents de sphinctéralgie analogues à ceux observés à l'anus chez certains nerveux. On voit également des spasmes de l'œsophage qui surviennent sans cause appréciable et peuvent durer longtemps. On observe encore des cas de tuberculose de l'œsophage (ils sont rares) et des infiltrations syphilitiques. Les troubles dysphagiques, enfin, ont quelquefois pour origine des lésions siégeant autour de l'œsophage, anévrysme de l'aorte, tumeurs du médiastin, ganglions tuberculeux du médiastin, en particulier. Je me rappelle une malade que j'ai vue autrefois dans cet hôpital, alors que j'étais externe. On avait fait le diagnostic d'épithélioma et pratiqué chez elle une gastrostomie. Son état s'améliora — l'amélioration dure encore, d'ailleurs — et elle eut, un jour, un vomissement de pus à la suite duquel le calibre de l'œsophage se rétablit. C'était une adénite ouverte secondairement dans la lumière de l'œsophage. Vous concevez que, dans ces différents cas, le pronostic varie beaucoup.

J'examine notre malade. Je l'ausculte pour voir le siège du rétrécissement. Je recherche les ganglions sus-claviculaires, sans en trouver. Je ne constate pas, non plus, de signe d'anévrysme. Ces sténoses sans causes nettes sont souvent néoplasiques, pas toujours il est vrai. Que faire, en pareil cas. Il faut donner à la malade toutes chances de guérison. Nous allons rechercher si elle réagit à la tuberculine, si elle est syphilitique ; nous allons faire la réaction de Wassermann. Enfin, nous allons procéder à l'examen direct. Doit-on essayer le cathétérisme ? Le cathétérisme est dangereux, surtout quand on soupçonne un néoplasme. Ne l'essayez jamais dans ces conditions. Comme renseignement, le cathétérisme ne donne rien d'utile. L'olive ne passe pas ou passe difficilement, ce qui ne nous apprend rien. Le cathétéris-

me, d'autre part, expose ici à des dangers graves. Au-dessus du rétrécissement, existe une poche, un diverticulum, dans lequel vous aurez grandes chances de vous engager, de vous égarer. Si vous insistez, vous pouvez traverser les parois de cette poche. Vous croirez avoir fait le cathétérisme et vous serez entré dans le médiastin et dans la plèvre. Cet accident est plus fréquent qu'on ne le pense. Il y a deux ans, un malade du service est mort d'une pleurésie purulente consécutive à un cathétérisme malheureux de ce genre. La bougie était sortie de l'œsophage pour entrer dans le médiastin, créant un orifice par où étaient passés les aliments. Ce n'est pas tout. S'il s'agit d'un anévrysme, le cathétérisme peut l'ouvrir et déterminer une hémorrhagie foudroyante. Il faut donc, quand on soupçonne un néoplasme ou un anévrysme, s'abstenir de tout cathétérisme.

Quand il s'agit d'un rétrécissement inflammatoire, l'œsophage est résistant, et vous pouvez cathétériser. Sans doute, si vous êtes outillés, il vaut mieux faire l'œsophagoscopie, mais si vous avez bien diagnostiqué la sténose inflammatoire, vous avez toutes chances de réussir le cathétérisme ordinaire qui deviendra un moyen de traitement. Dans le rétrécissement cicatriciel, vous avez beaucoup moins de chances de le franchir et surtout de rétablir le calibre. Que faire dans ce dernier cas ? L'examen œsophagoscopique, qui permet de voir le point rétréci et d'arriver sur lui.

L'œsophagoscopie montre la nature de la lésion sténosante : ulcération tuberculeuse, infiltration syphilitique, néoplasme surtout. Il est des cas où l'on ne constate rien et où l'on est conduit au diagnostic de spasme. Il en est d'autres où l'on aperçoit seulement une petite ulcération au niveau du cardia, origine d'un spasme réflexe.

Lorsqu'on a affaire à un rétrécissement néoplasique, on n'a d'autre ressource que de pratiquer une bouche stomacale pour alimenter le malade. Toutes les tentatives pour enlever la tumeur sont vouées à des insuccès graves. M. Faure a imaginé une technique qui lui a permis d'aborder l'œsophage par la résection des côtes en arrière. Il devient, par ce procédé, assez facile d'ouvrir le thorax et d'agir directement sur l'œsophage. Je crois que trois ablations de cancer de l'œsophage ont été ainsi pratiquées par M. Faure : les trois malades sont morts, au bout de quelques heures, ce qui n'a rien de surprenant si l'on considère les dégâts opératoires. L'ablation des épithéliomas œsophagiens est donc encore impossible.

Lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement inflammatoire, le traitement par la dilatation donne d'excellents résultats, comme pour l'urèthre, résultats qui ne sont, il est vrai, jamais définitifs. La sténose tend à se reproduire mais des séances de dilatation plus ou moins espacées y remédieront.

Dans le rétrécissement cicatriciel, le cathétérisme est quelquefois impossible. Lorsque le cathétérisme direct est impossible, on peut s'adresser au cathétérisme rétrograde. L'estomac étant ouvert, on passe une sonde de bas en haut. Ce cathétérisme rétrograde est souvent plus facile que le cathétérisme de haut en bas. Au-dessus du rétrécissement existe une dilatation œsophagienne et l'instrument allant de haut en bas a tendance à s'engager dans ce diverticule. A la partie inférieure, le rétrécissement est plus conique et le cathéter y pénètre plus aisément.

On a cherché à dilater le rétrécissement par un autre artifice. On fait avaler au malade un fil muni de plombs, comme le fil d'une ligne à pêcher. Il est des malades qui arrivent à déglutir ce fil, dont l'une des extrémités sort ainsi de la bouche, l'autre allant jusque dans l'estomac. En pratiquant une gastrostomie, on peut accrocher le fil et s'en servir pour fixer des bougies dilatatrices. C'est le procédé du cathétérisme sans fin de Abbe qui permet de ne pas faire de traumatisme fâcheux.

Nous nous servons de ce procédé dans les rétrécissements néoplasiques pour porter au niveau du rétrécissement un tube de radium. Vous savez que le radium agit sur les masses épithéliomateuses et particulièrement sur les épithéliomas pavimenteux comme ceux de l'œsophage. Or, il est difficile de maintenir au contact du rétrécissement néoplasique un tube de radium introduit par la bouche. Il n'est pas, habituellement, toléré et se trouve expulsé. Au contraire, par l'artifice du procédé de Abbe, on parvient à maintenir le tube radifère en place. On a, par l'œsophagoscopie, mesuré la distance entre les arcades dentaires et le rétrécissement, et l'on peut dès lors arriver sans tâtonnement jusqu'à la lésion néoplasique.

Nous avons donc deux malades atteints, le premier de rétrécissement inflammatoire, la seconde de rétrécissement probablement néoplasique. Chez les deux patients, nous allons faire l'œsophagoscopie qui précisera le diagnostic dans un cas, et qui l'établira dans l'autre. Chez le premier on cherchera à faire de la dilatation, en laissant la sonde en place. Lorsque le rétrécissement est fibreux, indilatable, la question de l'œsophagostomie se pose. On a inventé une foule d'instruments pour cette section de l'œsophage. Tous les chirurgiens ont abandonné la section pratiquée à l'aveugle, en raison des accidents graves qu'elle est susceptible de causer. Avec l'œsophagoscopie, la question a été reposée. M. Guisez a fait un certain nombre de sections du rétrécissement avec l'œsophagoscope. En réalité, quand le couteau est introduit, on ne voit plus grand'chose et la section est, dans une certaine mesure, aveugle. Elle ne l'est pas cependant au même degré que les œsophagotomies anciennes. On peut préciser le

point où doit porter l'instrument et l'y conduire.

En définitive, chez notre premier malade, le cathétérisme sera probablement possible. Comme il s'agit plutôt d'un type inflammatoire, il est vraisemblable que nous arriverons à le dilater.

Chez notre seconde malade, l'œsophagoscopie fixera sur le siège et la nature de la lésion. Nous chercherons, si nous sommes en face d'un néoplasme, à faire déglutir le fil à plomb et, après gastrostomie, nous ferons des applications de tubes de radium.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le Thymus.

La physiologie normale et pathologique du thymus est encore fort peu connue. M. Aldophe Aubert, de Paris, a essayé d'éclaircir un peu cette mystérieuse question dans sa thèse inaugurale :

« L'expérimentation et les thymectomies chez l'enfant semblent prouver que le thymus n'est pas un organe indispensable à la vie.

« Le rôle hématopoïétique du thymus ne semble pas douteux; il est masqué, partiellement, par l'activité concomitante des autres organes de l'hématopoièse.

« Dans l'accroissement du squelette, et, d'une façon générale, dans le métabolisme du calcium, le thymus joue un rôle important. Le rôle cardio-vasculaire du thymus est encore mal élucidé; la toxicité des extraits thymiques trouble les résultats obtenus. Les extraits thymiques semblent hypotenseurs.

« Le thymus est en association fonctionnelle avec d'autres glandes :

« *a*) Avec les glandes qui régissent l'hématopoïèse ;

« *b*) Avec les glandes sexuelles ;

« La castration retarde l'involution du thymus. La thymectomie entrave l'évolution génitale. Ces deux actions sont transitoires.

« L'absence ou l'insuffisance volumétrique du thymus semblent en rapport avec certains états cachectiques de l'enfance (athrepsie).

« Le développement excessif ou l'involution retardée du thymus sont en rapport avec la production d'accidents divers (mort subite, asphyxie des jeunes enfants, syncope au cours de l'anesthésie).

« Le mécanisme des accidents de l'hypertrophie thymique est discuté. Il semble que la théorie de l'hypersécrétion thymique doive être rejetée. La théorie mécanique (compression des divers organes du détroit supérieur du thorax) explique presque tous les accidents.

« La théorie de l'excitabilité congénitale anormale des centres de l'innervation cardiaque, actuellement insuffisamment appuyée par les faits, renferme une part de vérité et reste digne d'un supplément d'informations ».

L'indigo-carmin pour l'exploration fonctionnelle des reins.

Depuis que la thérapeutique chirurgicale des maladies des reins est devenue plus audacieuse, il est de plus en plus nécessaire de perfectionner les moyens d'investigation de la fonction rénale. On sait que jusqu'à présent, c'est le bleu de méthylène qui est le plus employé pour déceler le degré de perméabilité rénale. Or, M. Maurice Tapie a étudié et signalé dans sa thèse les avantages de l'emploi du carmin d'indigo (Montpellier):

« L'injection dans les tissus de quelques centigrammes d'indigo-carmin, dit l'auteur, détermine l'élimination de cette substance au bout de huit à dix minutes par le rein sain. L'urine est colorée en bleu.

Cette injection n'est pas douloureuse. Elle est inoffensive même chez les enfants.

L'indigo-carmin a, sur le bleu de méthylène, l'avantage de s'éliminer exclusivement par les reins, sans passer dans la bile, la sueur, ni la salive. De plus, il ne donne pas naissance, comme le bleu de méthylène, à des leuco-dérivés et il passe rapidement. En deux heures, l'épreuve est généralement terminée.

La coloration bleue de l'urine permet de découvrir rapidement les méats urétéraux au cours de l'examen cystoscopique et de faciliter par suite le cathétérisme urétéral. C'est à ce procédé que Voelcker et Joseph ont donné le nom de chromocystoscopie.

Sans donner à cette épreuve, pratiquée isolément, une valeur absolue, il est hors de doute que la rapidité d'élimination du bleu est en rapport avec l'intégrité du fonctionnement rénal. Mais, on ne peut se baser sur cette seule épreuve pour pratiquer une néphrectomie.

En combinant l'injection d'indigo-carmin à la séparation des urines et à l'ingestion de plusieurs verres d'eau, on peut réaliser en un court espace de temps une exploration des fonctions rénales qui est suffisante pour décider une néphrectomie. Cette épreuve combinée participe des avantages de l'analyse histologique et chimique de l'urine de chaque rein, de l'épreuve des éliminations provoquées et de la polyurie expérimentale d'Albarran.

Elle constitue enfin un excellent moyen de contrôle pour vérifier l'étanchéité du cloisonnement vésical dans la séparation des urines. »

Traitement des abcès froids tuberculeux d'origine osseuse par la méthode conservatrice.

Autrefois, on appliquait aux abcès tuberculeux d'origine osseuse, le traitement par l'incision et le grattage. Les résultats furent déplorables et les décès par généralisation tuberculeuse furent extrêmement nombreux.

Aussi doit-on maintenant abandonner d'une manière formelle l'ouverture chirurgicale des

collections tuberculeuses, surtout celles qui sont consécutives à l'évolution d'un mal de Pott, d'une coxalgie, d'une tumeur blanche du genou.

Actuellement, on s'attache à respecter ces abcès, quitte à assurer l'évacuation d'un pus devenu trop abondant par la ponction simple ; ou mieux, à favoriser l'évolution naturelle de la néoplasie phymateuse vers ses aboutissants normaux : la caséification ou la sclérose. C'est là le rôle des injections modificatrices.

M. le Dr Calvé, de Berck, utilise un petit trocart fort mince (1mm. 8 à 2 millimètres de diamètre), mais assez long, afin de permettre d'aborder la collection de loin.

L'aspirateur doit être facilement stérilisable, par conséquent aussi simple que possible. Une seringue du type Luer, à embout assez large, et percé d'un trou assez gros pour assurer le passage des granulations caséeuses, lui a donné toute satisfaction.

Après asepsie de la région, anesthésie locale par réfrigération au point d'élection, c'est-à-dire en un point situé à la partie la plus élevée de l'abcès, et assez loin de lui pour réduire au minimum les chances de fistulisation, le trocart est enfoncé en deux temps.

Dans un premier, on lui fait, d'un coup sec et rapide, franchir les limites de la peau.

Dans un second, on le guide lentement jusqu'à l'abcès à travers les masses musculaires.

On aspire ensuite doucement en évitant toute manœuvre violente qui ferait saigner la poche, et en retirant l'aiguille, on a soin de maintenir le vide pour empêcher l'ensemencement du trajet par le pus qu'elle contient.

Un mandrin mousse sert à déboucher le trocart, quand il se trouve obstrué par un amas caséeux.

A la suite de ces évacuations simples, on peut observer la guérison de l'abcès. Celle-ci est annoncée par des modifications du pus qui devient plus liquide en même temps que moins abondant. La rétraction scléreuse des parois est un signe de guérison prochaine.

Injections modificatrices. — Mais, le plus souvent, il faut avoir recours à un agent modificateur. M. Calvé emploie :

Soit l'iodoforme en solution éthérée à 10 0/0 ou en solution huileuse et alors associé au gaïacol et à la créosote, selon la formule :

Iodoforme	5	grammes
Ether sulfurique	10	—
Gaïacol, Créosote	ââ 2	—
Huile d'olives stérilisée	100	cent. cubes

Soit le thymol camphré ainsi composé :

Thymol	100	grammes
Camphre	200	—
Ether sulfurique	300	—

que l'on injecte à la dose de 2 à 5 centimètres cubes.

L'éther iodoformé est manié avec prudence. Se volatilisant au contact des tissus, il peut, si l'on injecte une quantité excessive, provoquer, avec une douleur très intense, la tension extrême et le sphacèle des téguments. La dose oscillera entre 10 et 20 centimètres cubes pour une seule fois ; mais, il convient de ne l'introduire dans la cavité de l'abcès que par fractions de 2 à 3 centimètres cubes et de laisser, à chaque fois, ressortir par le trocart les vapeurs d'éther.

Quant au napthol camphré, M. Calvé rejette absolument son emploi. Extrêmement toxique, il compte déjà à son actif six cas de mort et des accidents syncopaux et épileptiformes très graves.

L'iodoforme amène la sclérose et l'asséchement des abcès. Au contraire, le thymol semble agir d'une manière élective sur les fongosités, dont il facilite la fonte.

Tous deux provoquent une réaction inflammatoire locale assez intense et parfois un léger mouvement fébrile. Ces phénomènes sont en rapport avec une abondante diapédèse de polynucléaires, l'appareil d'un réseau fibrineux abondant, de globules rouges ; en un mot, il se produit un véritable *abcès chaud aseptique*. Mais Coyon et Fiessinger ont montré qu'il existe dans le pus chaud un ferment protéolytique qui dissout les albumines coagulées. Ainsi s'explique la digestion des fongosités sous l'influence des agents modificateurs.

M. Tribes, qui a analysé le travail de M. Calvé dans la *Clinique* du 5 août 1910, ajoute les remarques suivantes sur les indications des injections modificatrices :

Trois cas peuvent se présenter :

1° Ou bien la première ponction ramène tout ou partie du contenu de l'abcès, le pus coule facilement. Il faut alors s'en tenir à la ponction simple.

2° Malgré la ponction simple, le liquide se reforme plus abondant chaque fois, la cavité s'agrandit et il n'y a pas trace d'organisation fibreuse des parois.

L'éther iodoformé est alors formellement indiqué.

3° Le trocart, à la première ponction, pénètre dans une masse fongueuse et rien ne s'écoule.

On injectera alors du thymol.

Enfin lorsque l'abcès a une marche rapide, que l'état du sujet est précaire, il convient d'utiliser l'*huile iodoformée*, mais sans négliger d'instituer un traitement général approprié et d'immobiliser le malade.

L'habitus extérieur des névropathes : La contraction permanente des muscles adducteurs des cuisses.

Le Dr Bérillon, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés et Directeur de l'Etablissement de Créteil, au Congrès des Aliénistes de Bruxelles, a fait une communication à ce sujet.

L'habitus extérieur peut donner d'utiles indications pour le diagnostic et le pronostic. Un certain nombre d'auteurs ont signalé les particularités de la physionomie, de l'attitude, des gestes et de l'habillement, qui permettent de reconnaître les hystériques.

On retrouve également, chez les névropathes et les neurasthéniques, des signes extérieurs qui, par leur fréquence et par leur constance, indiquent qu'ils sont sous la dépendanee de perturbations fonctionnelles dans l'axe cérébro-spinal.

Indépendamment de manifestations de paresse musculaire, de laisser-aller et de tendance à obéir à la loi du moindre effort que l'on observe si fréquemment chez les névropathes, on est également frappé de la multiplicité de leurs gestes et de leurs mouvements involontaires et inconsidérés.

Mais il est une attitude qui est véritablement pathognomonique d'un degré déjà accentué d'épuisement nerveux et d'irritabilité spéciale, c'est celle qui consiste à maintenir, d'une façon à peu près permanente, les cuisses entrecroisées, l'une chevauchant sur l'autre.

L'importance de ce signe se révèle à la difficulté que les névropathes éprouvent à s'en guérir. Sa disparition correspond à l'amélioration générale du système nerveux et la réapparition coïncide avec le retour des troubles. Il n'est pas indifférent d'exercer les névropathes à se débarrasser des gestes involontaires et des attitudes affaissées ou défectueuses dont ils sont affectés. Leur guérison doit être un des objectifs du traitement psychothérapique. Elle est la meilleure démonstration de son efficacité.

REVUE DES CONGRÈS

XXe Congrès des médecins aliénistes.

La maladie du sommeil.— Alcoolisme et criminalité.— Petits signes de névropathie.

Le XXe *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes* des pays de langue française, tenu à Bruxelles, s'est occupé principalement de deux grandes questions : la maladie du sommeil, et l'alcoolisme dans ses rapports avec la criminalité.

M. Van Campenhout (de Bruxelles) a présenté un rapport général sur la trypanosomiase humaine ou maladie du sommeil.

La *maladie du sommeil* est une affection de l'Afrique centrale, due au trypanosome gambiense. On a cru pendant longtemps qu'elle ne pouvait pas atteindre les Européens. Il n'en est rien malheureusement, et on ne compte plus maintenant les sujets de race blanche qui ont contracté la maladie et y ont succombé. L'agent de propagation est un insecte suceur de sang, la glossina palpalis (mouche tsé-tsé).

L'évolution clinique de la maladie comprend trois périodes. La première période est caractérisée par une fièvre irrégulière (38°, 39°, 40°), de l'asthénie, de la paresse intellectuelle, parfois des phénomènes passagers d'excitation et du délire, des éruptions cutanées, du prurit, des engorgements ganglionnaires. A ces symptômes s'ajoutent, dans la deuxième période, du tremblement de la langue et de certains muscles, le changement de caractère, l'apathie et la somnolence. On peut voir aussi de véritables accès de folie. Dans la troisième période, la torpeur s'accentue, la somnolence devient continue et le patient meurt dans le collapsus.

Le diagnostic n'est difficile qu'au début. La coexistence de la fièvre, de l'asthénie, des plaques érythémateuses cutanées, du prurit, des engorgements ganglionnaires, chez un sujet qui a habité les régions à trypanosomiase, feront suspecter la maladie du sommeil et inciteront à pratiquer l'examen du sang, du liquide céphalo-rachidien, du suc ganglionnaire.

Le traitement a pour base l'emploi de l'atoxyl, médicament très actif contre les trypanosomes. On fait, avec la solution à 10 pour 100 d'atoxyl tyndallisée, des injections dans les flancs, les cuisses, les fesses. La dose est de 0 gr. 50 par piqûre et la cure doit durer plusieurs mois et être reprise, un peu à la façon de la cure antisyphilitique.

Quant aux mesures prophylactiques, elles s'adresseront à la fois aux mouches, agents de transmission du contage, et aux malades. On détruira les gîtes des mouches tsé-tsé. On pratiquera le débroussement des bords des rivières, qui sont les points les plus dangereux, et on protégera les habitations et les individus par des gazes métalliques, des voiles, etc. Les malades seront isolés.

MM. Thiroux, Granjux et Martin parlent de la maladie du sommeil au point de vue médico-légal. Les troubles mentaux sont assez fréquents dans la trypanosomiase. Ils consistent en accidents assez variés qui peuvent rappeler la confusion mentale, la folie de persécution, la paralysie générale, la syphilis cérébrale, etc. Le diagnostic différentiel a une importance non seulement clinique mais aussi médico-légale. Ainsi, des soldats ont été punis pour des actes délictueux qu'ils avaient accomplis sous l'influence d'une trypanosomiase au début méconnue. A un autre point de vue « dans l'armée, la paralysie générale n'ouvre pas des droits à une pension pour la veuve, tandis que cette pension est motivée par la trypanosomiase, maladie contractée en service » (Granjux). Il faut donc penser à la trypanosomiase, en présence d'accidents mentaux qui surviennent chez un sujet ayant vécu dans les pays à maladie du sommeil.

— MM. Ley et Charpentier ont présenté un rapport sur *l'alcoolisme et la criminalité*.

Les auteurs mettent en relief l'influence connue de l'alcoolisme sur la criminalité. Comme mesure principale destinée à prévenir les crimes alcooliques, ils proposent la prohibition de l'alcool,

que l'on préparera par l'éducation du peuple dans les écoles, au régiment et dans les sociétés anti-alcooliques. En attendant l'adoption de cette mesure (qui peut tarder beaucoup... !), il y a lieu d'interner les alcooliques délinquants et criminels. L'internement ne doit pas avoir un caractère répressif et ne doit pas non plus être fait dans un asile ordinaire d'aliénés. Il faut interner cette catégorie d'individus dans des sections spéciales annexées aux asiles de buveurs. On les soumettra aux règles d'abstinence tant que leur état l'exigera.

M. Simonin rappelle ce qui a été fait dans l'armée pour lutter contre l'alcoolisme (réglementation des cantines, enseignement anti-alcoolique). Toutefois, les mesures en question n'ont pas été suffisantes, la cause du mal étant principalement en dehors de la caserne, dans les débits nombreux des villes de garnison.

— M. Fauconnier (de Liége) a communiqué un travail sur la *valeur diagnostique du dermographisme*. Le dermographisme en relief, dit-il, peut être considéré comme un stigmate de névropathie. On le constate assez communément dans l'épilepsie, la démence, la paralysie générale. Le dermographisme plat (traînées roses ou rouges, sans bourrelet) se voit, au contraire, chez les sujets sains. Il n'acquiert un caractère pathologique que s'il est persistant et dure au-delà d'un quart d'heure. Toutefois le dermographisme n'a qu'une signification très générale. Il indique, sans plus, un état de nervosité.

Pour M. Dupré, on observe surtout le dermographisme chez les émotifs et les déséquilibrés de l'émotivité.

P. L.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par M. le Dr Chabrut

Caractères généraux des ulcères de la cornée

La cornée, très sensible à toute réaction inflammatoire, est protégée de l'infection par son épithélium. Aussi le moindre traumatisme amenant une érosion de cet épithélium est une porte d'entrée ouverte à l'infection. Cette infection se caractérise par une infiltration du tissu cornéen par les cellules migratrices. Cette infiltration peut se terminer par *résorption*, la transparence redevenant complète, par *suppuration*, amenant un *ulcère*, ou par son *organisation* en opacité ou *taie*.

Ulcère de la cornée est donc synonyme de suppuration localisée, d'où l'appellation ancienne d'abcès de la cornée, bien qu'en réalité, il n'y ait pas collection purulente.

Les causes des ulcères sont, en général, toutes celles qui, amenant par traumatisme une érosion de l'épiderme permettent aux microbes voisins l'accès des couches profondes : ainsi, un corps étranger, une plaie accidentelle ou opératoire, une implantation vicieuse des cils, une lésion du bord libre des paupières peuvent ouvrir la porte aux agents extérieurs de la suppuration. Un catarrhe des voies lacrymales, une conjonctivite catarrhale simple, l'eczéma (phlyctène) de la conjonctive, la blennorrhée oculaire surtout, le trachome, peuvent en même temps provoquer la plaie épithéliale et y inoculer le germe qui la fera suppurer et que toutes ces affections de voisinage possèdent par association.

Donc, le moindre traumatisme de la cornée d'un œil atteint d'une affection de la conjonctive, des paupières ou des voies lacrymales est une porte ouverte à une infection qui peut être grave.

Les affections des membranes profondes, iridocyclites, choroïdites, en troublant la circulation du globe et en diminuant la vitalité de la cornée, peuvent aussi favoriser le développement d'ulcères.

L'*ulcère* une fois formé se reconnaît aux signes suivants : la cornée est déprimée en un point, mate, infiltrée, de couleur grise tirant sur le jaune dans les cas les plus aigus. Le miroitement de sa surface à la lumière du jour ou à l'éclairage oblique indique des anfractuosités, des facettes en ce point.

La vascularisation du pourtour de l'ulcère présente les particularités suivantes :

Elle existe du côté de l'ulcère le plus près du limbe et, à moins d'une inflammation violente et d'une lésion très étendue et très grave, auquel cas elle est liée à l'évolution inflammatoire, elle est, le plus ordinairement, l'indice d'une régression de l'ulcère et limitée, sous forme d'un pinceau vasculaire, au bord qui se cicatrise (le bord voisin du limbe), qui se comble, reprend son miroitement, par régénération épithéliale, contrastant ainsi avec le bord opposé où la lésion progresse (*ulcère progressif*) et reste mate, sans reflet, avec une infiltration gris jaune.

Donc, au bout de très peu de temps, *un ulcère se répare d'un côté pendant qu'il s'étend de l'autre et le pinceau vasculaire, qu'il ne faut pas détruire, indique le sens de la guérison, de même que la teinte jaunâtre de l'infiltration indique le sens de la progression.*

Ces vaisseaux sont superficiels, flexueux, déliés, presque mobiles, bien rouges, peu nombreux ; ils rappellent ceux de l'infection conjonctivale dont nous avons parlé antérieurement et dont ils dérivent, étant une émanation des anses péri-kératiques.

Au contraire, l'injection vasculaire d'une infiltration profonde, parenchymateuse de la cornée, injection d'infection cette fois, et non de guéri-

son, est profonde elle-même, formée de vaisseaux fins, droits, parallèles, immobiles, d'un rouge violacé, très nombreux et très serrés comme ceux de l'injection ciliaire dont ils dérivent, étant comme eux une émanation des vaisseaux intra-scléraux d'anastomose entre les circulations conjonctivales et ciliaire.

La cornée, normalement avasculaire, participe donc dans les états pathologiques de l'une ou de l'autre des deux circulations qui l'avoisinent, suivant la partie atteinte.

Elle est solidaire, en maladie comme en santé, des organes voisins : conjonctive, sclérotique, et tractus uvéal qui ont participé à sa formation.

Aux signes qui précèdent et qui sont ceux de l'ulcère banal peuvent s'ajouter les suivants liés à une réaction infectieuse plus grande : signes d'*iritis*, d'*irido-cyclite* avec exsudat louche ou purulent dans la chambre antérieure.

L'exsudat purulent est l'*hypopyon* qui s'accumule dans l'angle inférieur irido cornéen où il est visible, teinté ou non de sang, sous la forme d'un croissant ou coup d'ongle qui se déforme et se déplace dars les mouvements de la tête.

Enfin la douleur et la *photophobie* sont les signes subjectifs ordinaires de l'ulcère de la cornée.

Le traitement de l'ulcère sera aussitôt que possible celui de la cause, quand elle réside dans l'œil et est immédiatement accessible (catarrhe des voies lacrymales, blennorrhée, trachome, corps étranger, paupières, etc.).

Localement, les compresses chaudes, l'atropine et le bandeau amèneront la guérison des petits ulcères. L'atropine a un effet sédatif marqué sur la kératite et l'iritis qui souvent l'accompagne. Il faudra faire des instillations assez fréquentes (2 à 4 gouttes, de une à deux fois par jour) d'un collyre au 1/300, pour maintenir la pupille en état de dilatation constante. Nous avons vu qu'en cas de perforation menaçante, l'atropine, qui rend le prolapsus de l'iris moins à craindre diminue les risques toujours graves du leucome adhérent, rend malheureusement cette perforation plus menaçante en augmentant la tension oculaire. Il y a là affaire d'opportunité qui semble indiscutable ; mais hors ces cas rares, les bénéfices de l'atropine sont sans conteste.

La paracentèse de la chambre antérieure, en diminuant la pression intraoculaire et en permettant d'éviter la perforation spontanée, hâtera la guérison de l'ulcère tout en évitant le prolapsus de l'iris. Elle pourra faire l'objet d'un plus grand développement dans un article de chirurgie oculaire.

Les injections sous-conjonctivales de sublimé paraissent avoir un effet mécanique en activant la circulation locale bien plus qu'un effet antiseptique. Elles se pratiquent, après cocaïnisation, dans l'angle externe avec une seringue de Pravaz, dont l'aiguille sera introduite sous la conjonctive très obliquement et presque tangentiellement à la surface pour éviter la piqûre de la sclérotique. L'injection, lente, sera de 1 à 2 gouttes et s'arrêtera quand la petite boule d'œdème aura la grosseur d'un demi-pois. Un peu de massage sur les paupières closes hâtera la résorption du liquide et son effet mécanique. La douleur est insignifiante à condition que la solution mercurielle soit non alcoolique. Le cyanure en solution au 1/10.000 pourra remplacer le sublimé au 1/1000.

Enfin les *pointes de feu*, comme il a été dit à propos des complications cornéennes des conjonctivites sont le *remède héroïque* des infections graves. Rappelons qu'elles se pratiquent de préférence avec l'anse galvanique, sur le bord infiltré jaunâtre de l'ulcère, à l'opposé du pinceau vasculaire de régression, après anesthésie soigneuse, en pointes fines superficielles de 1 mm. à 2 mm. d'écart environ, n'empiétant jamais sur la cornée saine en raison de l'opacité cicatricielle indélébile qui en résulte.

Quand l'ulcère est devenu franchement régressif et vascularisé, alors les massages à la pommade jaune (voir conjonctivite phlycténulaire) suivis de lavages et d'applications chaudes donnent les meilleurs résultats. Mais il faut les prolonger tant que la vascularisation ne sera pas éteinte.

Si les vaisseaux complètement organisés et anciens semblent vouloir persister après guérison, il sera bon de les détruire à l'anse galvanique.

Le calomel en projection sur la cornée pourra être employé alternativement avec la pommade jaune dans les cas anciens à réparation lente, et dans les taies récentes, auxquelles il convient surtout.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La limitation du nombre des Étudiants en médecine.

Par le Dr Ch. TOURTOURAT.
Rapporteur au Congrès des Praticiens.

Beaucoup d'articles ont paru ici même sur la question de la limitation et on peut dire, d'une façon générale, avec notre excellent confrère le Dr E. Dupont, de Villiers-Saint-Georges, que l'idée a fait du chemin depuis le Congrès. D'excellents esprits, que ce sujet avait un peu surpris au début, ont réfléchi et ont envisagé successivement toutes les faces de la question. Beaucoup reconnaissent qu'à l'heure actuelle, et si l'on n'y porte remède, la pléthore ne pourra que s'accentuer de plus en plus, comme de plus en plus s'accentue, d'une façon générale, l'amélioration de l'état sanitaire.

Il me paraît nécessaire de mettre les choses

au point et de bien préciser le sens dans lequel le Congrès des praticiens s'est prononcé à *une très grande majorité.*

Il faut notamment remarquer que le Congrès, ayant manifesté, à la presque unanimité, le désir nettement formulé de remédier à l'encombrement actuel, a, par le fait même, reconnu l'existence de cet encombrement.

Je rappellerai que les deux premières conclusions de mon rapport ont été *adoptées intégralement* :

1° Le troisième Congrès des praticiens, réuni à Paris, estime qu'il est désirable que le nombre des étudiants en médecine ne puisse croître, comme cela a lieu jusqu'à présent, sans limitation d'aucune sorte.

2° Etant entendu que la capacité d'enseignement d'une Faculté de médecine représente le nombre des étudiants auxquels, efficacement, elle peut donner l'enseignement théorique, pratique, professionnel et déontologique, le Congrès désire que toutes démarches utiles soient faites auprès des pouvoirs publics pour délimiter, dans chaque Faculté ou Ecole, cette capacité d'enseignement ;

Et que la 3e conclusion a été votée avec une très légère modification que j'ai d'ailleurs acceptée.

En voici le texte définitif :

3e Le Congrès donne mission aux représentants du corps médical organisé de faire auprès des pouvoirs publics le nécessaire pour que le nombre des étudiants soit maintenu ou ramené à une proportion en rapport avec la capacité d'enseignement de chaque Faculté.

Les adjonctions suivantes qui toutes ont pour but d'empêcher que le nombre des étudiants en médecine ne puisse croître sans limitation d'aucune sorte ont été alors proposées.

Je m'y suis entièrement rallié. Le Congrès des praticiens les a également votées :

Le Congrès émet le vœu que le contrôle des études médicales et la filière des examens par où doit passer le futur praticien deviennent plus strictement justes ; que, à cet effet, ces examens soient subis dans chaque faculté, devant un corps d'examinateurs appartenant à une autre faculté et que tout étudiant refusé trois fois à un même examen soit définitivement exclu de toutes les facultés.

WICART.

Le Congrès des praticiens, en vue d'obtenir l'élévation du niveau des études médicales et la diminution de l'encombrement, demande :

1° La suppression absolue de toute dispense de diplôme ;

2° Une sévérité plus grande aux examens avec ajournement progressif d'abord, définitif ensuite, des candidats refusés. DE PRADEL et BERRUYER.

Les examinateurs seront pris en dehors du corps enseignant. Les sessions d'examen auront lieu en juillet, octobre et avril. AUSSET.

Le Congrès émet le vœu :

1° Que le nombre des centres d'enseignement, facultés et écoles, dont l'importance a singulièrement augmenté depuis 1870, soit diminué ;

2° Que l'on donne, dans les facultés ou écoles, un enseignement pratique qui permettra de faire une sélection équitable parmi les étudiants.

JABLONSKI.

Mais il ne suffit pas d'émettre des vœux si excellents qu'ils soient, il faut encore, il faut surtout s'attacher à leur réalisation.

Le moyen de faire aboutir les desiderata exprimés ainsi d'une façon imposante est indiqué dans les textes mêmes adoptés par le IIIe Congrès des praticiens.

Il résulte, en effet, de l'ensemble des conclusions qu'on vient de lire, que des démarches doivent être faites auprès des pouvoirs publics par les représentants du corps médical organisé ; c'est-à-dire notamment par l'Union des syndicats médicaux de France et par le Comité de vigilance.

Ces démarches auront pour but d'obtenir des pouvoirs publics la définition de la capacité d'enseignement de chaque Faculté — l'encombrement sur les bancs des écoles préjudiciable au niveau scientifique, et si nuisible aux études, n'étant que le prélude de l'encombrement professionnel, néfaste au point de vue social.

Ces démarches devront être répétées aussi fréquemment qu'il sera nécessaire pour les faire aboutir. La question de l'Agrégation, pour ne parler que de celle-là, nous montre assez toute la ténacité, toute l'énergie, toute la patience même dont nous devons faire preuve et tout le temps qu'il faut employer quand nous voulons que triomphent nos revendications. La question qui a fait l'objet de mon rapport n'est pas d'un moindre intérêt pour le corps médical.

L'ensemble du corps social ne peut également qu'y trouver avantage et on me permettra de citer un article de Lucien Descaves, paru au *Journal*, qui, partant d'un point de vue d'intérêt général, abonde absolument dans notre sens.

L'opinion publique éclairée ne peut manquer dans cette circonstance d'être avec nous et ceci est d'une grosse importance, car certains escomptaient au contraire une opposition de la part du grand public. Je veux d'ailleurs être convaincu que le zèle de ceux, qui ont l'honneur d'être à la tête de nos groupements professionnels, ne se ralentira pas. Je suis persuadé qu'il ne sera pas moindre, pour faire aboutir cette question, qu'il ne l'a été dans la lutte contre l'Agrégation.

Et je ne cesserai de répéter qu'au moins autant que la question de l'Agrégation, la question de la pléthore est vitale pour l'ensemble des praticiens.

D'ailleurs, et en dehors des démarches décidées par le Congrès, il a été décidé qu'une vaste enquête serait faite auprès de tous les syndicats médicaux et que la *question resterait à l'ordre du jour du prochain Congrès.*

Nier à l'heure actuelle l'encombrement, ce serait faire preuve d'un singulier amour du paradoxe, et le paradoxe ici n'est guère de saison.

Car il ne s'agit de rien moins, dans l'espèce, que d'obtenir une solution presque radicale de la crise médicale, qui permette, à tous les médecins praticiens, de vivre honorablement en exerçant leur art, ce qu'ils ne peuvent pas, la plupart du temps, faire à l'heure actuelle.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Douces aménités

A M. le Secrétaire général du *Sou médical*.

Mon cher Confrère,

Je vous envoie une lettre que je viens de recevoir d'un agent de Compagnie d'assurances.

Que dois-je lui répondre ?

Dr G.

H. C.....
Agent général d'Assurances
contre
l'Incendie, Vie, Accidents
—
FONDÉ DE POUVOIRS
de la Compagnie du S..
A G.....

G..., le 3 septembre 1910.

Monsieur G....,
docteur en médecine,
à B.....

J'ai l'honneur pour la troisième fois de vous prier de m'envoyer, pour chaque déclaration de sinistre, votre certificat DIRECTEMENT et rien à l'usine, ce qui cause un trop grand retard de déclaration. De même, lors de la reprise de travail, non seulement il faut m'envoyer votre certificat le constatant, mais également votre note d'honoraires puisque l'ouvrier doit me donner aussi bien quittance des honoraires du médecin et du pharmacien que de son allocation quotidienne. Au lieu de pouvoir régler l'ouvrier, ce dernier est obligé d'attendre, *par votre négligence coupable*, ne pouvant deviner moi-même votre note d'honoraires. Lorsqu'on exige, comme vous, le tarif Dubief, qui est assurément un petit travail pour chaque sinistre, on doit avoir à cœur de ne pas faire attendre assuré et *sinistré*.

Si chaque docteur faisait comme vous, il y aurait de quoi envoyer tout au-dessus des moulins. Un peu de bon vouloir, je vous prie.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

H. C.

Prière de m'envoyer votre note d'honoraires pour B. (Arthur) ; nous attendons depuis 13 JOURS (*ouvrier non payé par votre faute*).

Réponse

En réponse à la lettre grossière que vous a adressée cet agent d'assurances vous pourriez lui écrire ceci :

« Monsieur, vous ne connaissez ni la politesse ni la loi du 9 avril 1898-31 mars 1905. La politesse, je ne chercherai pas à vous l'apprendre ; je me bornerai à cesser toutes relations de près ou de loin avec vous.

Vous ferez bien, avant d'employer des rappels à l'ordre insolents, de relire les textes de lois sur les accidents du travail. Vous y verrez que, malgré vos rodomontades, vous serez obligé de payer médecin et ouvrier séparément, alors que vous prétendez ne régler celui-ci que contre remise de mon mémoire d'honoraires acquitté. Il se pourrait même qu'un ouvrier, fort de son bon droit, vienne vous obliger à le payer, alors même que je n'aurais pas encore transmis mon mémoire d'honoraires et qu'en cas de refus de votre part, il ne vous demande, devant le juge de paix, des dommages intérêts pour retard injustifié de paiement.

Quant aux certificats, je me garderai bien de vous les envoyer directement. Ces certificats appartiennent à l'ouvrier et *c'est à lui seul que je les remettrai*. Agir autrement serait, de ma part, une violation du secret professionnel.

Si le patron veut un certificat — car officiellement et légalement je ne dois pas connaître la compagnie d'assurance — il demandera au juge de paix de lui désigner un médecin, qui viendra constater l'état du blessé et renseignera ce patron, d'après le protocole indiqué par l'art. 4 de la loi du 31 mars 1905.

Veuillez donc, à l'avenir, m'éviter votre prose si peu polie et si peu conforme à l'esprit de la loi. C'est tout ce que vous gagnez à vouloir mener les médecins à la baguette ».

Voilà ce que vous pourriez lui écrire, à ce fougueux assureur.

Dr Paul BOUDIN.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Accidents du travail.

1° *Le certificat médical est la propriété exclusive du blessé et non du patron ou de la Compagnie d'assurances. C'est donc au seul blessé que ce certificat doit être remis pour qu'il en fasse l'usage que de droit.*

2° *Condamnation d'un médecin à des dommages-intérêts pour refus de délivrer un certificat à un ouvrier.*

3° *La simple carte de reprise de travail ne doit pas être considérée comme étant un certificat.*

Le Président du Syndicat médical du Puy-de-Dôme nous a adressé le jugement suivant, pour que nous le soumettions à l'examen de nos Conseils juridiques.

Bien que le confrère visé ne soit (oh ! l'imprudent !) ni du *Concours*, ni du « Sou », ni de son Syndicat local, nous avons fait discuter ce jugement, à cause de l'importance considérable qu'il présente.

Mais auparavant, nous donnons la lettre explicative et de défense adressée par le médecin condamné au Président du Syndicat du Puy-de-Dôme.

A Monsieur le Président du Syndicat
du Puy-de-Dôme.

Mon cher Maître,

Vous êtes bien aimable de vouloir vous occuper de mon affaire, intéressante entre toutes pour tous les médecins, puisqu'il s'agit de notre liberté professionnelle. Je vous adresse par ce courrier le

jugement dont les attendus ne sont d'ailleurs pas conformes à la réalité des faits.

Voici ce qui s'est passé :

Le 26 mai dernier, un nommé M., ouvrier mineur, se blesse à l'œil droit. Il vient chez moi, muni d'un bulletin d'accident comme en délivre la compagnie à tous les blessés pour se faire soigner. Je donne à la Compagnie un certificat de : conjonctivite traumatique de l'œil droit devant entraîner une incapacité temporaire de 15 jours.

Je soigne ce blessé jusqu'au 16 juillet, jour où il se rend à ma consultation de la H., et là, devant plusieurs personnes présentes, me dit que son œil est guéri et me demande de lui signer sa carte de reprise de travail pour le 19 juillet.

Je lui remets, en mains propres, sa carte de reprise, carte spéciale, différente du bulletin d'accident, en mentionnant qu'il était guéri et pouvait travailler le jour demandé.

Le même jour (16 juillet), cet ouvrier vient chez moi et me demande un certificat d'*incapacité permanente*, prétextant qu'il avait une infirmité et qu'il voulait faire procéder à une enquête. Je lui refuse naturellement ce certificat puisque le matin, j'avais constaté sa guérison. Cette demande de certificat d'incapacité permanente a été faite également en présence de témoins qui auraient pu en témoigner.

Le lendemain, je reçois un avertissement pour me présenter devant le juge de paix de M.

Au lieu de paraître à l'audience, j'écris à M. le Juge de paix que j'ai signé la carte de guérison de M., pour le 19 courant et cela sans incapacité permanente.

Le juge de paix donne le permis de citer à l'ouvrier qui m'assigne alors pour l'audience du 2 août. Je fais, à cette audience, le récit de ce qui s'est passé et l'ouvrier de son côté nie tout et de m'avoir demandé sa carte de reprise de travail et de l'avoir reçue et d'être venu chez moi réclamer un certificat d'incapacité permanente. Il affirme au contraire qu'il m'a demandé un certificat quelconque sur l'état de sa blessure et que je le lui ai refusé.

J'ai bien demandé au juge de paix à faire entendre les témoins pour prouver que mon récit était exact ; mais contre toute justice, on m'a refusé et cependant ce jour-là, le juge de paix considérait la carte de reprise comme un certificat.

Remarquez que tous les blessés reçoivent pareille carte, au moment où nous jugeons qu'ils sont guéris. On renvoie l'affaire à huitaine et pendant ce temps-là, l'ouvrier vient demander à M. le Directeur des H. à reprendre son travail et lui avoue qu'il a reçu sa carte de guérison.

A l'audience du 9 août, l'opinion du juge de paix a changé ; la carte de reprise de travail n'est plus considérée comme un certificat et, malgré mes protestations et une nouvelle demande d'enquête, le juge de paix met son jugement en délibéré et me condamne, après quinze jours d'attente, à 40 fr. de dommages-intérêts et aux frais.

Je vois dans le jugement que le juge de paix s'est fondé pour me condamner sur le fait que, en même temps que je signais la carte de guérison de l'ouvrier, *j'adressais à la Compagnie un certificat* de guérison, l'avisant du jour où il devait reprendre son travail. C'est peut-être là le point faible de mon affaire ?

Bien cordialement à vous.

Dr D.

Mais je n'ai pas refusé à M. un certificat sur son état réel ; j'ai refusé simplement un certificat de complaisance puisque l'intéressé m'en a réclamé un, *constatant une infirmité qui n'existait pas.*

JUGEMENT

Justice de Paix du canton de Montaigut-en-Combrailles, arrondissement de Riom, département du Puy-de-Dôme.

(9 *août* 1910).

Entre M. M., ouvrier mineur,

Et M. D., docteur en médecine,

Le demandeur prétend que :

Il a été victime d'un accident du travail à la compagnie Châtillon, Commentry et Neuves-Maisons, le 26 mai 1910 ;

Que son médecin traitant était M. le docteur D. ;

Que le 16 juillet 1910, M. le docteur D. a enjoint à M. la reprise de son travail pour le 19 juillet, prétextant qu'il était guéri sans aucune incapacité ;

Que M. a une diminution de vision de l'œil droit due à son accident ;

Que M. a réclamé vainement, en différentes reprises à M. D., un certificat de l'état de sa blessure, que ce dernier s'y est toujours refusé ;

Que, conformément à la loi, *le médecin traitant n'est pas celui de l'employeur, mais bien celui de la victime,* qui doit le choisir elle-même en toute liberté ;

Que, par son refus obstiné de délivrer le certificat demandé, le docteur D. a causé un préjudice au demandeur, dont il est tenu d'en donner réparation ;

C'est pourquoi il a, suivant exploit de Maître Dargnat, huissier à Montaigut-en-Combrailles, en date du 30 juillet 1910, enregistré, fait citer le docteur D. à comparaître le mardi 2 août 1910, à 10 heures du matin, à l'audience et par-devant M. le juge de paix du canton de Montaigut-en-Combrailles, en son prétoire, sis en la dite ville, pour :

S'entendre, le docteur D., condamner à porter et payer à M. la somme de 200 francs de dommages-intérêts pour le préjudice causé et en tous les frais et dépens au profit du trésor, sous les plus amples réserves.

L'affaire est venue à l'audience du 2 août.

M. M. a maintenu les conclusions de son exploit introductif.

M. D. a répondu qu'il n'avait rien à ajouter au contenu de la lettre recommandée qu'il avait adressée au Juge après l'avertissement dont voici la teneur :

« M. le Juge de paix à Montaigut-en-Combrailles.

« Je viens de recevoir un avertissement pour

me présenter à votre audience de mardi prochain au sujet du nommé M. qui demande un certificat médical.

« J'ai l'honneur de vous informer que samedi matin 16 courant, conformément à l'avis exprimé par M. le docteur Liénard, de Montluçon, aux constatations que j'ai faites et sur la demande de l'intéressé, j'ai signé pour le 19 juillet le billet de reprise de travail de cet ouvrier qui est guéri de sa blessure à l'œil sans aucune incapacité permanente.

« Veuillez agréer, Monsieur le Juge de paix, l'expression de mes sentiments distingués. »

Qu'il n'était pas obligé de donner un certificat à M., vu qu'il lui avait signé et remis un bon de reprise de travail le 16 juillet pour aller travailler le 19 juillet ;

Que ce dernier lui avait demandé le matin du 16 juillet à reprendre son travail, mais non un certificat ; que le soir il était revenu pour lui en demander un pour faire procéder à l'enquête de son accident ;

M. M. a nié avoir reçu de M. D., ce bon de reprise et a indiqué qu'il lui avait demandé et demandait encore un certificat sur son état, vu que ce dernier en avait délivré un à la Compagnie, car celle-ci lui avait adressé la lettre suivante dont voici la teneur :

« St-Eloy-les-Mines (Puy-de-Dôme), le 20 juillet 1910.

« M. M., ouvrier mineur.

« Il résulte d'un certificat médical établi le 16 juillet par M. le docteur D., que votre état est définitif et consolidé sans incapacité permanente du fait de votre accident du 26 mai dernier et que vous pouviez reprendre votre travail le 19 de ce mois.

« En conséquence, nous vous informons que votre allocation de demi-salaire est supprimée à partir du 19 juillet courant et si vous ne reprenez pas votre travail d'ici le 26 courant, vous serez à cette date rayé des Contrôles de nos Houillères de St-Eloy-les-Mines.

« Agréez, Monsieur, nos salutations empressées.

« Le Directeur des Houillières,
« Signé : Ch. Lévy. »

L'affaire, renvoyée à huitaine sur la demande des parties, est revenue le 9 août.

Le docteur D. a maintenu ses déclarations antérieures, tout en soutenant qu'un médecin n'était pas dans l'obligation de délivrer un certificat à l'ouvrier victime d'un accident du travail, et a fourni à l'appui de ses dires l'ouvrage de M. Cruppi sur les accidents du travail, qu'il voulait établir par témoins qu'il avait bien remis à M. le billet de reprise du travail.

M. M., par son mandataire, a nié de nouveau avoir reçu le dit billet et a demandé à ce que le tribunal statue sur l'objet de sa demande ainsi que sur ses conclusions.

Le docteur D., ayant maintenu ses dires et explications, l'affaire a été mise en délibéré.

Attendu que M. a cité le docteur D., son médecin traitant pour accident du travail, en 200 francs de dommages-intérêts pour refus de délivrance de certificat sur l'état de sa blessure et préjudice causé de ce chef ;

Attendu qu'à notre audience du 2 août, sur citation, D. a répondu qu'il maintenait le contenu de sa lettre recommandée à nous écrite en date du 17 juillet dernier et dont il demandait la production aux débats ;

Qu'en outre, il n'était pas obligé de délivrer de certificat à M. ; qu'il lui avait remis un billet de reprise de travail le 16 pour le 19 du même mois ;

Qu'il a en outre soutenu que le matin du 16 juillet, M. ne lui avait pas demandé de certificat mais simplement de reprendre son travail ;

Que dans la soirée du même jour, 16 juillet, M. était venu demander un certificat pour faire procéder à l'enquête de son accident ;

Attendu que M. a maintenu les conclusions de son exploit introductif d'instance, en soutenant en outre qu'aucun billet de reprise de travail ne lui avait été remis et qu'en outre en aucun cas le billet ne pouvait remplacer le certificat de consolidation de blessure prévu par la loi ;

Qu'à cette même audience du 2 août, M. a déclaré que la Compagnie Châtillon, Commentry et Neuves-Maisons lui avait retiré son demi-salaire depuis le 19 juillet et l'avait mis à la porte de ses chantiers depuis le 26 du même mois de juillet, le tout sur la production d'un certificat du docteur D., délivré à la dite compagnie à son insu et dont il ignore la teneur ;

Qu'à l'appui de ses dires, il nous a produit une lettre de la compagnie datée du 20 juillet ;

Qu'il a, en outre, déclaré que le 25 juillet, il s'était vu dans l'obligation de s'adresser à un autre médecin, le docteur M., pour se faire visiter et lui demander un certificat sur l'état de sa blessure ;

Que ce docteur lui avait délivré un certificat, duquel il résulte qu'il a une incapacité partielle permanente provenant des suites de son accident ;

Que ce certificat avait été remis à nous, juge de paix, pour procéder à l'enquête de l'accident du travail à laquelle nous avons procédé le 29 juillet 1910 ;

Que le dit jour de l'enquête, 29 juillet 1910, l'ingénieur principal de la compagnie lui avait renouvelé devant nous, qu'il était définitivement mis à la porte des chantiers, faute d'avoir repris son travail au 26 juillet, et suivant le certificat du docteur D., qui déclare sa blessure consolidée sans aucune incapacité ;

Attendu, que le Dr D. a soutenu que le médecin n'était pas obligé de délivrer de certificat à l'ouvrier victime d'un accident du travail, disant que c'était même l'opinion de M. Cruppi dans son ouvrage sur les accidents du travail.

Qu'il a, en outre, demandé à prouver qu'il avait délivré à M. le billet de reprise de travail ;

En droit. — Attendu que le droit donné à l'ouvrier victime d'un accident du travail de choisir son médecin résulte de la loi elle-même et dérive humanitairement de la liberté de confiance qui fait partie du droit naturel ;

Que cette liberté doit être *absolue* et s'exercer

avec son plein effet, quelles que soient les circonstances;

Que l'employeur a simplement un droit de contrôle dont il ne peut user qu'en se conformant aux formalités édictées par la loi ;

Qu'aux égards susénoncés la loi du 31 mars 1905, dans son article 4, ne laisse prise à aucune équivoque, que l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 en est une confirmation et une conséquence ;

Que la loi n'a fait aucune obligation pour le médecin traitant ou ceux voisins du théâtre de l'accident de délivrer au patron *le certificat initial ou d'origine ; qu'en cas de refus, ce dernier doit demander au juge de paix la désignation d'un médecin légal à cause de la déclaration qu'il est tenu de faire à la Mairie* ;

Que si le certificat d'*origine peut être délivré au patron,* il n'en est pas de même de celui de *consolidation* de la blessure *qui est la propriété exclusive de la victime* ;

Que l'employeur ne peut avoir du médecin traitant qu'un *duplicata* de ce dernier certificat et *encore avec l'autorisation du blessé,* ainsi est l'avis de plusieurs auteurs ;

Attendu qu'en aucun cas, le médecin traitant ne peut refuser à son blessé les certificats d'origine et de consolidation,même tout autre nécessité en cours de traitement, lorsqu'il est réclamé par ce dernier avec des raisons légitimes ;

Que l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 en prescrit le paiement par l'employeur même directement au nom du docteur ;

Que le certificat de consolidation devient une pièce indispensable au blessé pour se rendre compte des conséquences de son accident et des suites à donner à l'affaire s'il y a lieu ;

Que le médecin traitant n'est pas juge des suites que peut donner lieu l'accident entre l'ouvrier et le patron et qu'il doit simplement rester dans sa sphère et délivrer le certificat en conscience et suivant sa connaissance ;

Que le billet de reprise de travail est un simple arrangement entre les Compagnies ou patrons et leurs médecins, qui ne peut engager la victime, ni lui enlever la moindre parcelle de ses droits;

Que la seule pièce légale est le certificat, et que *le billet de reprise du travail ne peut le remplacer ni lui être assimilé,* vu qu'il n'est ni prévu ni reconnu par la loi, et qu'en outre il n'en remplit pas les conditions indispensables ;

Attendu qu'il n'y a pas lieu d'autoriser la preuve de la délivrance du billet de reprise du travail, cette pièce n'étant ni légale, ni valable, ni l'objet de la demande de M. et ne pouvant substituer le certificat réclamé d'abord ;

Qu'en outre, par sa lettre du 17 juillet à nous adressée après l'avertissement, le docteur D., déclare simplement avoir signé le billet de reprise du travail ;

Attendu que le défendeur en déclarant qu'il n'avait pas délivré de certificat sur les réquisitions du demandeur et en soutenant qu'il n'était pas tenu de le faire, reconnaît suffisamment le bien fondé de l'action formée par l'ouvrier blessé sans qu'il soit nécessaire de recourir à d'autres moyens de preuve ;

Attendu, en conséquence, que des deux lettres produites aux débats et des renseignements dont nous nous sommes entouré dans l'intérêt de l'affaire, notamment par l'enquête de l'accident du travail que nous avons faite, il est démontré que le *refus de délivrance du certificat demandé a causé un préjudice à M.,* tant par lui-même que par ses conséquences qui ont motivé le renvoi de l'ouvrier de son chantier ;

Qu'actuellement ce dernier est dans l'obligation de se déplacer avec sa famille ou de chercher ailleurs du travail ;

Attendu aussi que le docteur D., par ses conclusions, fait une fausse interprétation de la loi, et en particulier de l'opinion de l'ouvrage du distingué auteur M. Cruppi ;

Attendu encore que D. *a outrepassé ses droit et ses devoirs de médecin traitant* en délivrant *à la compagnie* Châtillon, Commentry et Neuves-Maisons le *certificat de consolidation de* blessure de M. à l'insu de ce dernier et sans qu'il en connaisse la teneur ; que ce certificat lui-même ou son double nous a été adressé par la Compagnie Châtillon, Commentry et Neuves-Maisons et a été produit aux débats de cette affaire ;

Attendu qu'aux termes de l'article 1382 du Code civil : « Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer » ;

Attendu que nous avons les éléments suffisants pour apprécier le dommage causé à M.;

Par ces motifs :

Vidant notre délibéré ;

Faisant droit aux parties ;

Jugeant contradictoirement et en dernier ressort ;

Disons la demande de M., recevable et fondée et y faisons droit ;

Condamnons le docteur D., pour tous dommages-intérêts, à porter et payer à M. la somme de 40 francs.

Réponse

A M. le Président du Syndicat
du Puy-de-Dôme.

Nous avons mis bien longtemps à vous répondre parce que nous avons désiré nous entourer de tous les renseignements possibles, bien que votre confrère, ne faisant partie ni du *Concours,* ni du « Sou », n'avait droit à aucune consultation. Nous espérons que cela lui servira de leçon et qu'il ne remettra pas son adhésion à plus tard, car c'est surtout à cause de vous que nous avons étudié cette affaire.

En réalité,le jugement dujuge de paix a une très grande importance. Tout d'abord, il est heureux, pour notre confrère, que le juge ait déclaré que le bulletin de reprise de travail ne soit pas assimilé à un certificat; sans cela,ce n'est pas en vertu de l'art. 1382 du Code civil qu'il aurait été condamné, mais d'après les prescriptions de l'art. 30 de la loi du

31 mars 1905, dernier paragraphe, qui dit : « Est passible d'une amende de 16 à 300 fr. sous réserve de l'application de l'art. 463 du Code pénal : 4° Tout médecin ayant, dans des certificats délivrés pour l'application de la présente loi, sciemment dénaturé la conséquence des accidents ». En effet, le blessé ne présentait-il pas un certificat d'un autre médecin déclarant qu'il existait une incapacité permanente partielle de travail ?

La grosse question qui se pose pour notre confrère est celle de savoir si un médecin a le droit de refuser un certificat.

1° Lorsque le traitement n'est pas commencé, il n'y a pas de doute : le médecin est entièrement libre de refuser de donner ses soins à un blessé en disant qu'il veut éviter ainsi les ennuis que pourraient lui procurer les certificats qu'il lui faudrait délivrer.

2° Si un médecin a accepté de soigner un blessé, et a commencé à le soigner, nous ne pensons pas qu'il puisse, sans inconvénient, refuser de délivrer des certificats, même, si au début, il a fait remarquer au blessé qu'il refuserait de délivrer un certificat.

Car s'il était poursuivi pour refus de certificat, le juge pourrait lui répondre comme en matière de secret professionnel : « le blessé, en acceptant votre refus de certificat, n'était pas compétent pour apprécier le préjudice que pourrait lui causer le manque de certificats. » Il y aurait là un contrat contraire à l'ordre public.

3° Il accepte purement et simplement de soigner le blessé et commence le traitement. Si dans ces conditions il refusait tout certificat explicite, *on trouverait des juges* qui condamneraient le médecin, en alléguant qu'il y a un contrat tacite entre le praticien et son malade, du moment où celui-là a donné des soins. On pourrait soutenir que cet engagement moral existe en réalité, puisque le médecin est parfois seul à connaître certains faits qui se sont passés au cours du traitement.

Par exemple, un malade, atteint d'hématurie traumatique, ne s'étant produite qu'une seule fois, au su du praticien qui l'a soigné, est bien fondé de demander à celui-ci de certifier ce fait qu'il est seul à connaître.

Il y a violation du secret professionnel, me direz-vous, lorsqu'on délivre un certificat même à son client. Au sens strict et absolu du mot, oui ; mais dans la réalité, nous devrions alors ne jamais délivrer de certificat, à personne ni dans aucune circonstance. Ah ! certes, si l'on voulait nous délivrer de ces maudits certificats, on rendrait grand service aux médecins praticiens.

Un autre argument découle de la loi de 1898 elle-même. N'y voit-on pas que le législateur, en mettant les frais médicaux à la charge du patron et non à celle de l'ouvrier, a voulu démontrer qu'il entendait que toute garantie de paiement soit donnée pour les frais occasionnés par le traitement du blessé ?

On peut donc dire qu'un médecin qui a donné ses soins à un blessé, sans le prévenir qu'il ne lui délivrerait aucun certificat, n'est pas tenu, au sens absolu du mot, à donner cette pièce ; mais qu'en fait, ce refus pourrait être considéré comme un abandon injustifié du malade et comme ayant causé un dommage, relevant de l'art. 1382. Pourquoi notre confrère s'est-il entêté à refuser un certificat à l'ouvrier alors qu'il envoyait le bulletin de reprise de travail à la Compagnie ? N'aurait-il pas mieux fait de délivrer à l'ouvrier un certificat établissant ce qu'il constatait et de conclure qu'à son avis, il ne persistait aucune lésion du fait de l'accident constituant une incapacité permanente de travail ?

Sa conduite a plutôt été celle d'un médecin contrôleur de compagnie que de médecin du blessé. Le juge de paix dit fort bien que le certificat terminal doit être la propriété absolue du blessé, que cette pièce doit lui être donnée en mains propres, comme d'ailleurs tout certificat, même l'initial. Au patron ou à la compagnie, s'ils désirent certificats ou renseignements, de faire désigner un médecin contrôleur, comme le leur permet l'art. 4 de la loi du 31 mars 1905.

En somme, nous ne pouvons que dire que notre confrère a eu tort et que le juge de paix a fort bien jugé. La seule morale à dégager est la suivante : lorsque les assureurs viennent nous chicaner sur le prix du certificat terminal et nous dire qu'on ne nous doit pas d'honoraires pour cette pièce qui, d'après eux, n'a aucune valeur, nous sommes en droit, désormais, de répondre : « Ce certificat a si peu de valeur que des médecins se font condamner lorsque ce certificat n'est pas bien rédigé et est dommageable pour l'ouvrier ».

Veuillez agréer, mon cher Confrère, mes cordiales salutations.

Dr Paul Boudin.

SOU MÉDICAL

Extraits des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation.

Messieurs les docteurs :

1786 Champdemerle, à Conlie (Sarthe).
1787 Panis, à Touquin (Seine-et-Marne).
1789 Paradis, à Bonne (Haute-Savoie).
1790 Vion-Delphin, à Culoz (Ain).
1791 Poulain, à Ouistreham (Calvados).
1792 Michard, à Unverre (Eure-et-Loir).
1793 Serra, à Meslay-le-Vidame (Eure-et-Loir).
1794 Teyssier, à Cloyes (Eure-et-Loir).
1795 Rabourdin, à Brou (Eure-et-Loir).
1796 Maksud, à Bonneval (Eure-et-Loir).
1797 Trouvé, à Châteaudun (Eure-et-Loir).
1798 Thorain, à Bonneval (Eure-et-Loir).
1799 Meyer, à Brétigny-sur-Orge (Eure-et-Loir).
1800 Rifaux, à Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire).
1801 Lamard, à St-Germain-des-Bois (Saône-et-Loire).

1802 Léculier, à Louhans (Saône-et-Loire).
1803 Boutavant, à Mercurey (Saône-et-Loire).
1804 Bauzon, à Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire).
1805 Rais, à Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire).
1806 Lamy, à Louhans (Saône-et-Loire).
1807 Chabanon, à Tarare (Rhône).
1808 Le Tohic, à Pontivy (Morbihan).
1809 Louviot, à Gérbeviller (Meurthe-et-Moselle).
1810 Galvin, à La Mure (Isère).
1811 Foucault, à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir).
1812 Meignié, à St-Vivien-de-Médoc (Gironde).
1813 Ader, à Senlis (Oise).
1814 Manaud, à Pujols-sur-Dordogne (Gironde).
1815 Heurtaud, à Brehal (Manche).
1816 Perrin, à Calais (Pas-de-Calais).
1817 Piollet, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
1818 Régnat, à Vertaizon (Puy-de-Dôme).
1819 Attaix, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
1820 Lemoine, à Brive (Corrèze).
1821 Dodeuil, à Ham (Somme).
1822 Dr Boucarut, à Marseille, boulevard National.
1823 Rousselot, à Beine (Marne).
1824 Loiseau, à Boynes (Loiret).
1825 Maurin, à Khenchela (Constantine).
1826 Quilliet, à Bègles (Gironde).
1827 Gros, à St-Chartier (Indre).
1828 Bourg, à Issy-les-Moulineaux (Seine).
1829 Valensi, à Montfermeil (Seine-et-Oise).
1830 Bonnarme, à Mandres (Seine-et-Oise).
1831 Masson, à Beaune (Côte-d'Or).
1832 Laugier, à Lézinnes (Yonne).
1833 Le Bras, à Daoulas (Finistère).
1834 Benoist, à Chilleurs-aux-Bois (Loiret).
1835 Mabilais, à Vallet (Loire-Inférieure).
1836 Ader, à Combs-la-Ville (Seine-et-Marne).

Accident agricole ; transport du blessé à l'hôpital. — La Compagnie d'assurances refuse de payer, et l'hôpital, assignant le patron, appelle le Dr A. en garantie, parce que c'est lui qui a envoyé le malade à l'hôpital.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr A.

Diffamation. — Le Dr H. est victime d'une diffamation par voie de distribution et de remise à domicile d'imprimés.

Le Conseil du « Sou », ayant la preuve de ces faits, accorde au Dr H. l'appui pécuniaire pour poursuivre son diffamateur.

— *Demande de subvention.* — Le Trésorier de la Fédération parisienne demande à quel chiffre le « Sou » entend fixer sa cotisation annuelle pour participation aux travaux de la Fédération.

Le Conseil est d'avis de répondre que ses statuts interdisent au « Sou » de donner une cotisation régulière à une œuvre de défense générale, d'autant que ses adhérents parisiens font déjà partie d'autres groupements qui cotisent à la Fédération, notamment le S. M. S. et le S. M. P.

Il décide donc d'envoyer, non une cotisation, mais une subvention de 25 francs.

— Le Dr M. demande l'appui pécuniaire pour une affaire de succession : un enfant, qui faisait une pension alimentaire à sa mère, refuse de payer les frais de maladie de celle-ci, décédée.

Le Conseil estime que la question a été trop souvent jugée pour que le « Sou » puisse encore la considérer comme d'intérêt général. Il n'accorde donc pas son appui pécuniaire, se réservant d'intervenir ultérieurement, s'il y a lieu.

— Le Dr B. demande l'appui pécuniaire pour un procès antérieur à son adhésion.

Le Conseil regrette de ne pouvoir accorder cet appui, lié qu'il est par ses statuts.

— Le Dr B. a été dénigré par un agent d'assurances, dans le but d'empêcher des blessés du travail de le choisir comme médecin.

Le Conseil accorde son appui pécuniaire, à condition que le Dr B. suivra, dans sa poursuite, les indications de Me Gatineau. Il fait toutes réserves pour la décision à prendre en cas d'appel.

— Le Dr D. qui demande le remboursement des honoraires de son avocat dans une affaire correctionnelle, n'ayant pas payé sa cotisation de 1910, le Conseil est d'avis qu'il n'y a pas lieu de faire droit à sa demande.

REPORTAGE MÉDICAL

Aventure médico-légale. — Nous tenons du médecin qui en a été le héros et presque la victime, le récit d'une aventure médico-légale où plus d'un confrère puisera une leçon... de prudence, voire d'insouciance.

Le fait date de l'année dernière, et nous en pouvons garantir l'absolue authenticité.

Un médecin est appelé chez un de ses clients pour deux enfants âgés de trois ans et de six ans. Le confrère trouve ses petits malades, les pupilles dilatées, secoués de soubresauts tétaniques, il diagnostique un empoisonnement par la strychnine. Le confrère rentre rapidement chez lui pour se munir d'un vomitif et d'un contrepoison. Sa maison n'était pas distante de deux cents mètres de l'habitation des malades ; à son retour un des enfants avait déjà succombé, le second échappa à grand'peine à la mort.

Une enquête conduite avec soin apprit au confrère que les enfants avaient sucé certaines dragées, dont la mère avait fait l'acquisition chez un droguiste de la capitale pour se soigner elle-même. L'étiquette renseignait simplement : dragées au lactate de fer.

Le médecin, à la suite de ces faits graves d'empoisonnement, fit saisir par la gendarmerie les dragées suspectes et adressa un rapport écrit sur les faits d'intoxication observés par lui.

Le lendemain, il y eut une descente du parquet flanqué d'un médecin légiste. Le parquet interrogea, le médecin légiste autopsia... puis tous les serviteurs de Thémis se trouvant en pays agréable allèrent taquiner la truite pendant quarante-huit heures. Les viscères de l'enfant mort furent enfermés dans des bocaux, l'histoire ne dit pas si d'autres vidanges emportèrent le produit de la pêche.

Le médecin informateur n'en sut jamais rien, puisque la justice ne daigna pas l'interroger.

Pendant ces deux journées, il avait gardé la maison, s'attendant d'un instant à l'autre à être con-

voqué, négligeant sa clientèle pour éclairer la justice.

L'affaire fit un bruit formidable ; on ne parlait que de cela à dix lieues à la ronde.

Des explications avaient été demandées par téléphone au fabricant des dragées, lequel finit par avouer qu'elles renfermaient de la noix vomique.

Cependant le droguiste ne fut poursuivi ni pour homicide par imprudence, ni pour infraction à l'arrêté royal ordonnant aux fabricants de remèdes d'inscrire sur leurs boîtes, flacons, etc.. la composition qualitative du produit délivré.

La morale de l'aventure a été tirée par le public qui, naturellement, a daubé le médecin. Il s'est trompé, il n'y avait rien. C'est dégoûtant ; il a provoqué une autopsie chez des parents déjà assez frappés par la mort d'un enfant.

Cependant le résultat de l'autopsie avait confirmé le diagnostic du praticien. Pourquoi le parquet n'a-t-il pas daigné l'interroger ?

Notre confrère se souviendra longtemps des ennuis et des transes que lui a procurés sa conduite d'honnête citoyen.

Pour nous, médecins, il reste une autre conclusion à tirer. Que deviennent, en l'espèce, les articles 16 et 17 de la loi de mars 1818 ?

Art. 16. — Il ne pourra être fourni aucune substance vénéneuse ou soporifique qu'en vertu d'une ordonnance écrite et dûment signée par un docteur en médecine, etc.

Art. 17. — Jurisprudence de la Cour de cassation, 19 février 1894.

Les récipients qui renferment les spécialités pharmaceutiques doivent être revêtus d'une étiquette mentionnant les substances qui entrent dans leur composition.

(Loi Belge du 12 mars 1818, art. 17 ; arrêté royal du 1er mars 1868, art. 3.)

(*Le Scalpel de Belgique.*)

La maladie du roi de Suède. — Le roi de Suède souffre depuis quelque temps de troubles de la nutrition sur lesquels on n'a que peu de renseignements ; pour s'en guérir, il vint se mettre entre les mains du Dr Schwenninger, l'ancien médecin de Bismarck, et se mit au régime de sa maison de santé.

L'état du roi étant moins grave qu'on ne l'avait tout d'abord supposé, Schwenninger l'autorisa à s'absenter trois jours pour visiter, incognito, l'exposition de la chasse, actuellement visible à Vienne.

De retour à Munich, le terrible médecin s'aperçut que son royal malade n'avait pas suivi ses prescriptions à la lettre et qu'en particulier il s'était livré à des écarts de régime. Pour l'en punir, le séjour à la maison de santé fut prolongé et le roi ne pourra repartir aussitôt qu'on le lui avait tout d'abord promis. Ça lui sera une leçon.

(*Revue médicale d'Aix-les-Bains.*)

La pharmacie exercée par les débitants de tabac... en Tunisie. — *Arrêté ayant pour but de faciliter, dans la Régence de Tunis, l'achat, par le public, des dragées de quinine à prix réduit* :

Article premier. — Les débitants de tabac sont tenus de vendre au public, à partir du premier juillet 1909, du chlorhydrate de quinine en boîtes contenant 20 dragées de 20 centigrammes l'une et dont ils sont approvisionnés par l'entrepôt dont ils relèvent.

Article 4. — Les pharmaciens qui en feront la demande *pourront* être autorisés à vendre au public, dans les mêmes conditions que les débitants de tabac, des dragées de chlorhydrate de quinine qui leur seront fournies par le service des monopoles.

Tunis, le 15 juin 1909.

Le Directeur des Finances,
DUBOURDIEU.

Tout commentaire affaiblirait la portée de cet arrêté. Les pharmaciens pourront être autorisés à vendre au public des dragées roses de quinine tenues dans les bureaux de tabac !

Une indiscrétion nous a appris que ce n'était qu'un commencement et qu'un arrêté en préparation étendrait cette mesure au copahu gouvernemental, à l'onguent gris du beylik et aux préservatifs portant le timbre de garantie des essayeurs spéciaux diplômés du harem. Mieux vaudrait décréter que l'exercice de la pharmacie est libre dans la Régence.

On sait qu'à Constantinople, on considère toujours la Tunisie comme une province turque ; mais ce n'est tout de même pas une raison pour que l'Administration française prenne les pharmaciens pour des têtes de Turcs.

Dr E. LEGRAIN.

— **La Furonculose** est une maladie qui détruit le poisson. Elle est due à un microbe que l'on est parvenu à isoler. Elle se caractérise par de petites tumeurs qui deviennent ulcéreuses. Le poisson en meurt rapidement. Elle atteint surtout la truite, le brochet, la carpe et les salmonides. Elle existait depuis longtemps en Allemagne et en Autriche. Elle vient de faire son apparition en France.

Dr L. CAZE.

Fâcheuse nouvelle pour la pisciculture, à moins qu'on ne démontre l'efficacité de la levure de bière contre cette ichthyopathie ! !!

Doctoresses antiques. — A propos des femmes doctoresses en médecine, la *Frauen Rundschau* fait remarquer que ce n'est pas là une nouveauté et que la Grèce antique en a connu des exemples.

A Athènes, une loi interdisait aux femmes d'exercer la médecine. Un jour, se présenta au fameux médecin Hiérophyte un beau jeune homme qui le pria de l'accepter au nombre de ses élèves auxquels il enseignait la science d'Esculape.

Ce jeune homme avait tout ce qu'il fallait pour être médecin : naissance légitime, célibat et sexe masculin. Il fut accepté et montra un zèle incomparable, si bien que le vieux médecin était satisfait de son élève.

On remarqua toutefois qu'il ne soignait que des femmes. Il eut bientôt une telle clientèle féminine que les autres médecins constatèrent avec ennui la diminution de leurs profits. Ils complotèrent contre le jeune concurrent et l'accusèrent de séduire les femmes.

Devant les juges, l'accusé sourit et déclara que cela n'était pas possible, parce qu'il était femme.

L'accusation tomba, mais l'affaire n'en pouvait rester là. Pour avoir, en tant que femme, exercé la médecine, il encourait, d'après la loi athénienne, la peine de mort. Cependant, les femmes d'Athènes se liguèrent pour le sauver et elles obtinrent effectivement sa mise en liberté. Même la loi fut abolie.

(*Rev. des hôp. de Paris.*)

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 39 Dimanche 25 SEPTEMBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
En consultation, outre la science, le tact est nécessaire. — Les conflits entre les maitres et les praticiens. — Comment les solutionner ?..... 827
Clinique électrologique
L'électrothérapie du Praticien..... 829
La semaine médicale
Luxation du semi-lunaire en avant. — Massage et accidents du travail. — Point douloureux de l'artère iliaque droite et faux points appendiculaires. — Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus..... 831
Revue des Congrès
Congrès international de médecine légale. — Examen médico-légal des taches de sang. — De la responsabilité criminelle. — Viol et attentat à la pudeur. — Signes physiques de la pédérastie. — La mort par submersion..... 833
Formulaire raisonné
La belladone 834
Pratique médicale
Un cas de méningite cérébro-spinale traité par l'application jusqu'à guérison de l'appareil à drainage lombaire de MM. G. Le Filliâtre et Rosenthal..... 836
Thérapeutique
L'essence de pommes..... 837
Chronique des accidents du travail
Ce qui reste de la loi accidents du travail. — A qui doivent être les remis certificats initial et terminal ? A l'ouvrier ? Au patron ? A la Compagnie d'assurances ?..... 838
Chronique de la mutualité
Le libre-choix et la visite dans les sociétés de secours mutuels. — Comités d'arbitrage..... 840
Intérêts professionnels
L'enregistrement du diplôme de docteur doit être fait avant tout acte de la profession médicale..... 841
Correspondance
La misère des médecins est réelle. — Villégiatures de grands maitres. — Vouloir n'est pas toujours pouvoir. — Le médecin est souvent un des premiers promoteurs de l'exercice illégal de son art..... 842
Reportage médical..... 845

PROPOS DU JOUR

En consultation, outre la science, le tact est nécessaire. Les conflits entre les Maîtres et les Praticiens. Comment les solutionner ?

Je soignais, il y a quelque dix ans, une jeune malade et mon diagnostic restait en suspens. Grippe à forme grave, fièvre typhoïde, tuberculose aiguë ? Je n'osais me prononcer. La famille, du fait de cette indécision, restait plongée dans la plus cruelle inquiétude. On me proposa la consultation du professeur X. J'acceptai d'enthousiasme et je l'attendais un peu comme certains attendaient jadis le Messie.

Il vint, aimable et pimpant, m'appela son cher ami et me couvrit de fleurs devant la famille. Je lui fis de mon mieux l'histoire de la malade, il approuvait de la tête et, comme j'affirmais n'avoir rien trouvé dans les urines, il m'interrompit tout à coup, d'un ton d'une extrême importance :

« Avez-vous recherché l'indican ? »

Je ne sais guère mentir : « Non », répliquai-je.

« Mon ami, continua-t-il gravement, vous deviez chercher l'indican. »

Et les parents inquiets me jetaient des regards hostiles, je les entendais chuchoter : « Le docteur n'a pas cherché l'indican. Il n'a donc pas fait tout ce qu'il devait faire. Devons-nous nous fier à lui ? Grand Dieu ! On nous l'a pourtant bien recommandé. »

J'eus la chance de ne pas être remercié. Le maître avait opiné en faveur de la fièvre typhoïde ; mais en émettant de telles réserves que la famille n'était guère plus avancée après la consultation qu'avant.

L'inquiétude des parents fit encore cortège à l'indécision des médecins. Je continuais à soigner ma malade, mais la confiance qu'on avait en moi avait sensiblement décru ; j'avais ce-

pendant recherché l'indican et n'en avais pas trouvé. Trois jours après, la malade n'allait ni mieux, ni plus mal. Inquiétude croissante des parents, nouvelle consultation. Le Pr X. revint, conclut plus nettement à la fièvre typhoïde ; une purgation fut prescrite. Le lendemain la température tombait et, trois jours après, l'enfant était guérie.

Histoire banale de bien des consultations, direz-vous. Elle ne vaudrait guère la peine d'être contée si, très aimablement, le Pr X. ne m'avait assommé, consciemment ou inconsciemment (?), du reproche de n'avoir pas recherché l'indican.

Il en faut peu pour éveiller les pires défiances dans l'esprit de gens inquiets, qui veulent à tout prix trouver quelqu'un pour le rendre responsable de leur malheur, et le poursuivre de leur ressentiment. Aussi le consultant devrait être d'une extrême prudence, quand il parle devant la famille du malade.

Les parents sont suspendus à ses lèvres, ils écoutent ses paroles comme celles d'un oracle, ils y cherchent l'espoir.... et quelle déception s'ils ne l'y rencontrent pas !

Le moindre mot est répété, commenté et transformé. La moindre dé sapprobation, la moindre critique du Maître, soit en consultation, soit à l'hôpital, peut avoir pour le praticien les conséquences les plus graves.

Combien de fois ne nous a-t-on pas répété que le Pr X. avait dit que le Dr Z. était un âne, et nous devons tous, nous praticiens, nous estimer heureux si, se bornant à nous traiter d'imbéciles ou de crétins, on n'ose faire de nous des malfaiteurs.

Il arrive par exception, mais par une exception toujours trop fréquente, que le Professeur a réellement prononcé les paroles désobligeantes. Une erreur de diagnostic a pu donner à ses méchants propos une apparence de légitimité. Et cependant, quel est celui, fût-il réellement grand, qui, en médecine, peut se targuer d'infaillibilité ?

Voici donc un tort considérable porté à un praticien. Quel moyen a-t-il pour obtenir réparation ? Le plus souvent, il n'en a aucun. Nos Maîtres fréquentent de moins en moins les Syndicats médicaux. En outre, ils viennent en consultation souvent de fort loin ; il arrive que le malade est allé à la ville voisine, dans un autre département, à Paris, consulter ou se faire opérer. Comment alors obtenir les indispensables explications ? Celui qui est accusé de propos malsonnants daignera-t-il, s'il est un Maître, les donner franchement ? Et s'il les donne, sera-t-il toujours cru ?

Dans l'intérêt du Maître qui a toujours, s'il est un bon confrère, avantage à se justifier et à ne pas laisser courir sur son compte des bruits mal fondés, dans l'intérêt du praticien qui a besoin d'être rassuré et qui peut se trouver dans la nécessité d'opposer à la malveillance de certains clients un démenti catégorique, il serait nécessaire que ces genres de conflits fussent portés devant un Conseil de famille, devant une sorte de jury d'honneur médical.

Dans le *Bulletin du Syndicat des Médecins de la Seine* du 5 août, le Dr Tourtourat, dont on connaît bien l'énergie, la franchise et la droiture, a examiné cette question, et, dans le but de solutionner ces conflits, a émis le projet de faire créer une sorte de tribunal mixte, où divers groupements de médecins seraient représentés. En effet, les Conseils de famille de nos Syndicats, bien qu'offrant toutes les garanties d'impartialité désirables, manqueraient d'autorité. Ils pourraient légitimement être récusés par ceux qui, pour un motif quelconque, n'ont pas voulu se syndiquer, ou qui ont abandonné le Syndicat, tandis qu'une sorte de jury d'honneur, composé de représentants des praticiens, des professeurs, des médecins ou chirurgiens des hôpitaux, des spécialistes, offrirait toutes garanties d'impartialité.

Cette sorte de tribunal ne serait pas un Conseil de l'Ordre, puisque ceux qui seraient appelés devant lui n'auraient qu'une obligation morale de se rendre à sa citation.

Personne ne pourrait discuter l'autorité ni l'impartialité de ses jugements. Le refus d'accepter de comparaître devant lui équivaudrait professionnellement à une flétrissure. Devant lui se dissiperaient bien des malentendus, s'apaiseraient bien des rancunes ; grâce à lui, les intempérants de langage, comme les calomniateurs et les médisants, mettraient plus de retenue dans leurs jugements et moins de malicieuse envie dans leurs propos. Les rapports entre professeurs et praticiens ne pourraient qu'y gagner. On faciliterait les explications loyales, et l'on arriverait peut-être un jour à combler ainsi le fossé entre les médecins dits officiels et les médecins praticiens, fossé qui s'est singulièrement élargi dans ces dernières années.

C'est pourquoi nous appelons toute l'attention de nos lecteurs sur le projet du Dr Tourtourat.

J. Noir.

CLINIQUE ÉLECTROLOGIQUE

Hôpital Beaujon : Service de M. le Prof. ROBIN.

L'électrothérapie du praticien.

Conférence de M. le Dr Foveau de Courmelles.

Le médecin électricien étale généralement, dans son cabinet de consultation, tout un luxe d'instruments. Cette multitude d'appareils, si elle agit sur l'esprit des malades, agit aussi souvent sur celui du médecin praticien, qui arrive à penser que l'électrothérapie lui est complètement inaccessible. La prolixité des ouvrages traitant des applications médicales de l'électricité n'est d'ailleurs pas faite pour le détromper.

Eh bien ! je voudrais précisément, dans cette conférence, vous montrer qu'avec deux simples boîtes, une pile de 20 éléments à courant continu, et un petit appareil à induction, le médecin peut faire déjà, et très facilement, beaucoup de choses.

Voici une pile de 20 éléments. Elle suffit à produire un courant continu. Voici un petit galvanomètre qui vous permettra de mesurer le courant. Pour conduire le courant, vous avez des fils spéciaux. Vous pourriez, à la rigueur, vous servir d'un fil métallique quelconque, d'un vulgaire fil de fer. Ces fils se relient à des électrodes que l'on applique aux points où le courant doit entrer et sortir.

Il y a eu autrefois, au sujet du sens du courant, de longues discussions. On a prétendu que le courant descendant était calmant, alors que, au contraire, le courant ascendant était excitant. Cette notion du sens du courant est aujourd'hui abandonnée. On tient compte actuellement de l'action polaire, de l'action propre au pôle positif et au pôle négatif. Le pôle positif est un pôle *calmant*. Si vous placez une électrode positive sur une région rhumatismale douloureuse, vous constaterez un effet sédatif. Ce même pôle positif est *atrophiant* et *hémostatique*. Si vous le placez sur une glande, la partie hypertrophiée diminuera d'épaisseur. De même, il agira favorablement sur les hémorrhagies.

Vous devinez que le pôle négatif jouira de propriétés inverses. Il exerce, en effet, une action *irritante*, *hypertrophiante* et *hémophilique*. Posez un pôle négatif sur une région douloureuse, la douleur augmentera. Il est, à ce sujet, une particularité à noter. L'action prolongée du pôle négatif, en épuisant la douleur, peut produire finalement un effet calmant. Ainsi, dans certaines névralgies rebelles, des sciatiques par exemple, là où le pôle positif a échoué, on a pu obtenir du pôle négatif assez prolongé une sédation de la douleur. Cependant ce n'est pas là une application du pôle négatif à laquelle il faille s'adresser d'emblée.

La connaissance de ces divers effets respectifs des pôles va vous indiquer tout naturellement comment vous appliquerez les courants continus en thérapeutique.

Il est un phénomène dont il faut tenir grand compte quand on emploie les cou ants continus. Il se produit à chaque pôle des actions chimiques spéciales. Les acides (ou les corps similaires) sont attirés au pôle positif, alors que les alcalis le sont au pôle négatif. Ceci a servi de base à la méthode électrolytique. Un détail à noter : Quand vous employez l'électrolyse dans le traitement d'un nævus, l'action hémostatique du pôle positif fait que l'aiguille se fixe à son niveau dans la tumeur. Si vous voulez l'enlever, vous arrachez les tissus et provoquez l'écoulement d'un peu de sang, ce qui semble *a priori* contradictoire avec les propriétés hémostatiques du pôle positif. Pour éviter ce petit ennui, usez d'un artifice, qui consiste à renverser le courant, pendant 3 ou 4 secondes, de façon à ce que le pôle positif devienne momentanément négatif. Son escarre devient alcaline et cesse dès lors d'être adhérente. Les appareils électriques comportent à cet effet un renverseur de courant, qu'il vous suffira de mettre en action.

Les appareils ordinaires portent tous la mention des pôles. Le positif est marqué par une croix (+), le négatif par un trait (—). Mais si vous vous servez d'une simple batterie de piles quelconques, ou même du courant d'un secteur, vous avez besoin de déterminer les pôles. C'est très facile. Vous prenez un verre d'eau et vous y plongez les deux pôles. Au pôle + va se développer le métalloïde, l'oxygène, et au pôle — l'hydrogène. Comme l'hydrogène est beaucoup plus abondant, le dégagement sera beaucoup plus accusé au négatif. Donc, là où vous verrez un dégagement notable de bulles, vous direz : c'est un pôle négatif.

Quelques mots rapides sur les mesures électriques. Le praticien doit connaître l'ohm, l'ampère, le volt. Ces mesures peuvent se comprendre facilement grâce à la loi de Ohm. Cette loi s'énonce par une formule :

$$I = \frac{E}{R}$$

(I, intensité ; E, force électromotrice ; R, résistance). L'intensité se définit en ampères, l'ampère étant l'unité d'intensité. En électrothérapie, soit dit en passant, nous n'utilisons généralement que des milliampères. Permettez-moi une petite figure hydraulique représentant des vases communiquants. La pression sur le fond du vase a pour analogue la pression électrique. C'est

cette pression électrique que l'on appelle le voltage, ou force électromotrice.

L'unité de résistance s'appelle l'ohm. On a pris arbitrairement (les unités, en général, le mètre par exemple, sont définis arbitrairement) pour caractériser l'ohm la résistance d'une colonne de mercure de 1 m. 06 de hauteur et de 1 millim. carré de section.

Comme unité de force électro-motrice (le volt), on a pris la force d'une pile ordinaire de Daniel.

Connaissant E et R, nous pouvons déterminer l'ampère, grâce à la loi de Ohm.

Voyons maintenant les applications des courants continus à la thérapeutique. Nous allons les déduire des propriétés même des pôles positif et négatif.

Quand nous aurons un rhumatisme, une névralgie à calmer, nous utiliserons le pôle +. Comme électrode, j'ai adopté la plaque de plomb. Comme on interpose entre l'électrode et la peau soit une couche d'ouate, soit une compresse quelconque, il n'y a pas pénétration du plomb dans l'organisme. On se sert également de plaques en fer blanc. Elles ont l'inconvénient de ne pas reprendre leur forme. Devenues irrégulières, le courant se porte sur quelques points seulement et l'on risque la production d'escarres. Il convient d'avoir une électrode qui s'applique de façon parfaite ; sinon vous risquez d'avoir des brûlures, brûlures lentes à guérir comme celles des Rayons X.

Pour les lavements électriques, appliqués au traitement de l'occlusion intestinale, vous aurez recours également au pôle positif. C'est lui qui sera introduit dans le rectum,le négatif étant placé sur le ventre. Vous avez une double action. Vous relèverez le renverseur, de façon à renverser rapidement le courant et à déterminer de grandes secousses. Vous avez ainsi des chances de dérouler les anses intestinales et de provoquer une débâcle. Le lavement électrique donne souvent d'excellents résultats dans le traitement de l'occlusion intestinale, et, si une seule application ne suffit pas,il ne faut pas craindre de le recommencer à 4 ou 5 heures de distance, plusieurs fois. Vous renverserez le courant environ toutes les 30 secondes ; des secousses trop fréquentes atténueraient l'action du lavement.

L'action atrophiante du pôle positif sera utile contre les glandes à faire résorber. Vous la compléterez par l'électrolyse médicamenteuse, qui fait pénétrer le médicament dans les tissus au moyen du courant électrique. Cette électrolyse médicamenteuse a été appelée plus récemment *ionisation* et elle a fait fortune sous ce nom. On avait essayé aussi le terme de cataphorèse qui est mauvais. Si vous voulez faire entrer une base (cocaïne, morphine) vous la mettrez au pôle *positif*. Si vous voulez faire entrer un acide, une substance métalloïdique, du cyanogène je suppose, vous le mettrez un pôle *négatif*. Cette pénétration, quoique assez faible, est indéniable. Vous pouvez d'ailleurs faire pénétrer aux deux pôles des médicaments concordants, tels la lithine, du carbonate de lithine au positif, et l'acide salicylique du salicylate de soude au négatif.

Les effets hémostatiques du positif trouvent leur indication dans le grand groupe des affections utérines, les fibrômes en particulier. Lorsque vous avez un fibrôme avec hémorrhagies, vous vous adresserez au pôle positif.

En gynécologie, l'action hémophilique du pôle négatif trouve son indication dans l'aménorrhée et la dysménorrhée.

Je vous signale un détail. Lorsque vous promenez une électrode sur la peau atteinte d'une écorchure, au moment où l'électrode vient en contact avec l'écorchure, vous sentez une douleur. Si vous promenez une électrode dans le canal de l'urèthre, vous constaterez un maximum douloureux là où siègent les lésions. C'est à cet endroit, ainsi révélé, que vous aurez à appliquer l'action thérapeutique, les instillations médicamenteuses par exemple.

Vous pouvez faire l'électrolyse de l'urèthre. C'est surtout le pôle négatif que vous devrez employer. Il est deux méthodes d'électrolyse de l'urèthre, l'électrolyse linéaire et l'électrolyse circulaire. Toutes deux ont du bon. L'électrolyse linéaire est meilleure dans la profondeur, l'électrolyse circulaire préférable plus près du méat.

Dans la paralysie atrophique de l'enfance, on utilisera le pôle négatif en raison de ses propriétés hypertrophiantes du muscle. Vous y associerez les courants d'induction. Vous donnerez de la force par le courant continu et de la motilité par le courant faradique. Vous vous servirez d'une électrode assez petite pour localiser l'action sur un muscle. Ne prolongez pas l'application du courant induit plus de 2 à 3 minutes pour chaque muscle, sous peine de produire la courbature du muscle. N'écoutez pas trop le patient qui vous incitera naturellement à faire une application prolongée.

Le courant faradique, en pareil cas, sert non seulement au traitement, mais aussi au pronostic. Un muscle qui réagit au courant faradique n'est pas complètement dégénéré. Il fait espérer la guérison. S'il ne réagit pas, le pronostic doit être très réservé. Quelquefois, cependant, la *natura medicatrix* intervenant, la réaction peut se produire plus tard, même sans traitement.

J'en ai fini ; mon but dans cette conférence un peu décousue, a été d'attirer votre attention sur la simplicité des applications électrothérapeutiques. Elles découlent, pour les applications des courants continus, vous l'avez vu, des propriétés respectives des pôles positif et négatif.

(*Conférence recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Luxations du semi-lunaire en avant

M. le Dr Mouchet vient de consacrer à l'étude du pronostic et du traitement des luxations en avant du semi-lunaire une leçon clinique que publie la *Quinzaine Thérapeutique* :

« La seule luxation du semi-lunaire, même sans fracture du scaphoïde, dit M. Mouchet, est grave si elle n'est pas traitée. Les cas où, ce déplacement n'ayant pas été traité, le résultat fonctionnel n'en a pas moins été satisfaisant, restent l'exception.

« En dehors des luxations compliquées de plaies et qui, comme telles, sont exposées aux infections suppuratives, à la septicémie, au tétanos, il y a deux complications principales à redouter dans les déplacements en avant du semi-lunaire, surtout s'ils ne sont pas traités ; d'une part, les *troubles paralytiques* dans le domaine du *nerf médian* et quelquefois du *cubital* ; d'autre part, les raideurs articulaires, résultant d'*arthrite* post-traumatique.

« Les *raideurs articulaires* constituent une complication très sérieuse de ce genre de lésions carpiennes, et qu'on est trop souvent impuissant à prévenir ; elle n'est pas, en effet, subordonnée à une immobilisation trop prolongée du membre ou à l'âge trop avancé du sujet ; elle résulte d'une arthrite post-traumatique qui ne cède pas au massage, qui peut même être aggravée par une mobilisation intempestive ou brutale.

« Dans l'appréciation du pronostic, on doit toujours tenir compte de la précocité du traitement, de l'existence de complications surajoutées (luxations ouvertes, lésions nerveuses), de la complexité des lésions anatomiques (fracture du scaphoïde concomitante), de l'âge du sujet, etc.

« En cas de troubles nerveux, on doit pratiquer un examen électrique, dont la valeur pronostique est considérable.

« La réduction de la capacité physique peut varier de 15 à 20 pour 100 dans les cas simples, de 40, 50, voire 60 pour 100, s'il existe une complication névritique, et s'il s'agit de la main droite. Souvent même, en dehors de toute lésion nerveuse, ces blessés n'ont plus aucune force dans le poignet, ni presque pas de flexion dans les doigts.

« Les luxations du semi-lunaire en avant doivent être réduites immédiatement, si possible. On administre du chloroforme et on applique les manœuvres suivantes :

« 1° Exagérer l'hyperextension du poignet et tirer fortement sur la main ;

« 2° Appuyer sur le semi-lunaire ;

« 3° Fléchir fortement le poignet.

« Il est des cas où vous ne réussirez pas à remettre en place le semi-lunaire ; par contre, vous pourrez réussir dans certains cas compliqués de fracture du scaphoïde.

« Enfin, cette réduction est nuisible, s'il existe des complications nerveuses ; celles-ci ont pu être aggravées, principalement dans le cas où le médian est soulevé par le semi-lunaire ; les pressions violentes exercées sur cet os risquent alors d'écraser pour ainsi dire le nerf médian.

« Quoi qu'il en soit, si la réduction a été suivie de succès, maintenez-la par une courte immobilisation du poignet, 5 à 6 jours environ, avec deux attelles palmaire et dorsale, le poignet étant placé en flexion légère.

« *Vous ne devrez, en résumé, tenter la réduction que dans les cas récents et sans complications nerveuses.*

« Si la luxation est ancienne, ne cherchez pas à réduire, surtout s'il y a une complication nerveuse ; opérez immédiatement et enlevez l'os luxé.

« Après la réduction ou l'opération, attendez quelques jours avant de pratiquer le massage et la mobilisation. Ne mobilisez le poignet ni trop tôt, ni trop tard, pour éviter l'ankylose.

« Attendez-vous, dans les cas favorables, à une incapacité totale de travail d'une durée de deux mois au moins, et retenez ce fait que le blessé aura une incapacité permanente partielle d'au moins 10 *pour cent, quelquefois même de 30, 50* et 60 pour cent. »

Massage et accidents du travail

M. le Dr Tschudnowsky a fait, dans la « Kinésithérapie », une étude des avantages du massage dans les accidents du travail. Il précise l'époque et les conditions d'application du massage suivant la nature de l'accident :

« 1° *Le massage doit être appliqué le 1er jour de l'accident* dans les cas suivants :

a) Contusions simples, compliquées ou non d'hématomes sous-cutanés ;

b) Suites des efforts violents : déchirures partielles tendino-musculaires, distensions ligamenteuses iléo-costo-vertébrales, foulures, entorses, hydro et hémarthroses, avec ou sans déchirures ligamenteuses ;

c) Luxations réduites, fractures — non compliquées — des petits os des extrémités.

2° *Le massage doit être appliqué du 3e au 4e jour du début de l'accident* dans les cas suivants :

a) Plaies contuses, plaies par instruments tranchants, plaies par instruments piquants, compliquées ou non d'hémorrhagies, mais aseptiques ;

b) Brûlures péri ou préarticulaires au 2e degré.

3° *Le massage doit être appliqué du 7e au 10e jour du début de l'accident* :

Dans toutes les fractures des os longs des extrémités, des côtes et des os du bassin.

Le massage seul suffit-il dans tous les accidents du travail ci-dessus énumérés ?

Il suffit dans les cas du premier groupe, où

✦✦

l'intégrité des téguments des parties lésées est plus ou moins parfaite, où il n'y a point de perte de substance cutanée.

Il ne suffit pas pour le traitement des accidents des 2e et 3e groupes. Les premiers exigent des pansements préalables pendant 2 à 3 jours, par des compresses humides, aseptiques ou par des bains ; ces pansements seront humides et compressifs dans le cas d'hémorrhagie. Au quatrième jour, on commence le massage quotidien, ou tous les deux jours, *en détergeant et protégeant avant*, avec une poudre aseptique quelconque, *la perte de substance, la plaie existante*. Les pansements humides sont continués jusqu'à la cicatrisation des plaies ; ensuite, on continue le massage comme dans le 1er groupe.

Les seconds, les accidents de travail de notre 3e groupe, se caractérisent par la violence du traumatisme, par les douleurs locales intenses et par l'inhibition profonde par voie réflexe du système nerveux central : par conséquent, un traitement général et local analgésique par l'immobilisation absolue, est préalablement nécessaire.

Dans les fractures des os longs, on applique au début de l'accident un appareil plâtré amovo-inamovible, pour 7 à 15 jours environ ; on commence les séances de massage, tous les jours ou tous les 2 jours, du 7e au 8e jour de l'accident, en ouvrant l'appareil pour la durée des manœuvres massothérapeutiques.

Après le 2e septenaire, l'appareil plâtré est remplacé par un pansement en tarlatane amidonnée. Dans les cas de fractures simples, sans déplacement des fragments et sans complications du côté du système nerveux central, l'appareil plâtré est inutile. On peut traiter ces fractures comme les accidents du premier groupe ; le pansement amidonné de tarlatane serait plus résistant et plus étendu. Ces cas se présentent principalement dans les fractures des os de l'avant-bras et de la jambe.

Quelle est la durée du massage dans les accidents de travail, ou mieux la durée du traitement par le massage ?

Elle est variable dans certaines limites, suivant le caractère du traumatisme et de la région accidentée.

La durée moyenne de chaque séance est de 15 à 30 minutes, jusqu'à 60 minutes, dans les cas de traumatismes multiples ou très étendus.

La durée totale peut varier de 8 à 30, à 75 jours environ.

De 8 à 15 jours : dans les contusions au premier et au deuxième degrés, foulures, déchirures partielles tendino-musculaires, distensions ligamenteuses iléo-costo-vertébrales, plaies et piqûres aseptiques ne touchant pas les zones articulaires.

De 15 à 30 jours dans les entorses, non compliquées de fractures des parois osseuses des articulations correspondantes, hydro et hémarthroses, brûlures au premier et deuxième degrés, plaies et piqûres dans les zones articulaires ;

De 30 à 75 jours : dans les fractures, luxations réduites, contusions et brûlures au troisième degré.

Point douloureux de l'artère iliaque droite et faux points appendiculaires

MM. Maurice Lœper et Ch. Esmonet ont publié dans le *Bulletin médical*, une étude spéciale du point douloureux de l'artère iliaque droite et des faux points appendiculaires.

« Chez certains individus atteints d'entérite ou d'intoxications diverses, disent les auteurs, l'exploration de l'abdomen fait apparaître des points douloureux qui correspondent tous aux confluents vasculo-nerveux de la masse intestinale. L'un est situé à droite de l'ombilic, c'est le *point mésentérique supérieur* ; l'autre à gauche et un peu plus bas, c'est le *point mésentérique inférieur*. Deux autres occupent les fosses iliaques, ce sont les *points iliaques droit et gauche* absolument symétriques.

Les deux premiers sont nettement localisables et l'on distingue en général aisément l'hyperesthésie limitée dont ils peuvent être le siège, de celle, plus diffuse et plus étalée, qui traduit l'irritation de l'intestin lui-même.

Les points iliaques sont plus profondément situés et d'exploration plus délicate : la douleur du point iliaque droit se confond même, à un examen rapide, avec la douleur de l'appendicite. Aussi est-il utile de revenir sur ses rapports anatomiques et sa localisation exacte et de préciser, autant qu'il est possible, les principaux éléments du diagnostic différentiel. On connaît déjà dans la fosse iliaque droite deux points douloureux : le point de Mac Burney et le point de Lanz. Celui-là est situé au tiers externe d'une ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure ; celui-ci à l'union du tiers externe avec le tiers moyen de la ligne bispinale.

Le *point iliaque* est un peu plus haut que le précédent et un peu plus bas que le point de Mac Burney ; il se trouve exactement sur la ligne qui joint le promontoire à l'épine iliaque, c'est-à-dire sur la bissectrice de l'angle formé par la ligne de Mac Burney et la ligne de Lanz, à 4 centimètres du raphé médian.

Presque tous les entéritiques, les nerveux, les intoxiqués, accusent de la sensibilité à la pression profonde à ce niveau ; certains d'entre eux éprouvent même une sensation très pénible et une vive douleur. La localisation du point iliaque est d'une constance remarquable, et cette fixité contraste avec la situation si variable du cæcum et même, quoi qu'en dise Lanz, de l'appendice. Bien plus, le point iliaque est bilatéral et symétrique : on le retrouve à gauche, au centre même d'une région où n'existe ni cæcum, ni appendice, mais seulement le colon descendant. Aussi ne peut-on le considérer comme un point d'hyperesthésie viscérale, intestinale ou appendiculaire, mais bien comme un point d'hyperesthésie profonde : nerveuse ou vasculaire.

Lorsqu'on explore avec soin le fond de la fosse iliaque, on perçoit aisément, chez les malades maigres, la pulsation des vaisseaux et l'on peut suivre les artères iliaques jusqu'à leur entrée dans l'anneau crural ; le point sensible est situé sur l'artère même, à 4 centimètres du massif vertébral quand aucun organe ne s'interpose entre elle et la main qui palpe.

La douleur au point iliaque peut être assez facilement confondue avec la douleur d'une urétérite ou d'un calcul urétéral, avec une inflammation cæcale ou colique, avec une lésion salpingienne ou ovarienne ; mais c'est avec l'appendicite que le diagnostic différentiel peut être le plus délicat. Nous ne parlons pas, bien entendu, de l'appendicite franche, dont le cortège symptomatique est nettement accusé, tant au point de vue local qu'au point de vue général, mais de ces appendicites torpides ou chroniques que quelques auteurs considèrent comme si fréquentes et dont les manifestations se bornent à des troubles dyspeptiques peu caractéristiques et à des sensations douloureuses vagues dans le côté droit.

Comme la douleur appendiculaire, la douleur de l'artère iliaque peut être spontanée et apparaître en dehors de tout examen ; comme elle, elle s'exagère beaucoup par la pression, mais cette exagération est éminemment passagère et cesse dès que cesse la palpation de l'abdomen. Elle s'accompagne souvent d'une sensation un peu angoissante, qui « porte au cœur », suivant l'expression des malades.

C'est un point douloureux et non une zone douloureuse ; c'est un point profond, plus profond que le point appendiculaire, et dont la pulsation iliaque, quand elle peut être perçue, précise exactement l'invariable localisation. Ce sont là des nuances, mais des nuances importantes et fort utiles au diagnostic ».

Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus

Le cancer de l'utérus augmente de fréquence dans tous les pays ; en Angleterre, il meurt 4 fois plus de femmes qu'il y a 50 ans ; en Allemagne, on compte plus de 26.000 décès par cette maladie, chaque année. Or, opéré de bonne heure, le cancer de l'utérus est l'un des plus curables ; c'est l'un des plus chirurgicaux.

M. le Dr Marceau Bilhaut a, de nouveau, insisté dans les *Archiv. de Chirurgie et d'Orthopédie*, sur l'importance du diagnostic précoce du cancer de l'utérus. Malheureusement, ce diagnostic est difficile parce que dans divers cas, il n'y a pas dès le début de symptômes fonctionnels, parce que les femmes font peu attention aux métrorrhagies de la ménopause.

« La grossesse est une prédisposition incontestable à l'évolution du cancer.

Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, à l'examen, ce sont le caractère de dureté et de friabilité des néophasmes et la variabilité du siège de la lésion initiale, qui peut être tantôt bien visible sur la portion vaginale du col, tantôt dissimulée dans la cavité cervicale, si bien que, pour ne pas la laisser inaperçue, il faudra donner aux valves du spéculum de Cusco leur plus large écartement, afin d'étendre le plus possible les culs-de-sac vaginaux qui, tirés de la sorte, feront bâiller l'orifice du col.

La majorité des cancers du col méconnus à l'examen sont des cancers intra-cervicaux.

Dans le cas de col infiltré, dur, où cet examen intra-cervical ne peut se faire, on peut placer une laminaire dans l'orifice. Si, au bout de 24 heures, le col est dilaté, l'examen est facile, si au contraire, bien que la laminaire soit restée en place, le col ne s'est pas dilaté, l'infiltration cancéreuse de l'organe est certaine.

Enfin, il ne faudra pas que le praticien perde du temps à observer la malade. En cas de doute, il pratiquera immédiatement une biopsie.

On prélèvera au bistouri un morceau du col en forme de coin, près du bord de l'ulcération, en ayant soin d'empiéter un peu aussi sur les tissus sains. Le fragment enlevé, de la grosseur d'un pois, sera mis immédiatement dans l'alcool à 50°. Points de sutures complémentaires, si la plaie saigne par trop et que le tamponnement soit insuffisant.

Pour l'histologiste, il est nécessaire de pratiquer des séries de coupes en plusieurs points : le diagnostic posé sur l'examen d'une seule série de coupes est suffisant s'il est positif, insuffisant s'il est négatif, car la prolifération maligne peut ne se faire que par place.

La résistance de la malade à l'opération sera le dernier empêchement à vaincre, lorsque le diagnostic sera posé comme nous le disions précédemment ; c'est là que s'élève l'écueil des nouveaux sérums, que le médecin prudent fera sagement côtoyer jusqu'à nouvel ordre, prenant bien garde d'y laisser attirer sa malade.

Il faudra que le chirurgien, lui aussi, use de toute son autorité pour faire comprendre l'importance d'une décision immédiate ».

REVUE DES CONGRÈS

Congrès International de médecine légale

Examen médico-légal des taches de sang.— De la responsabilité criminelle. — Viol et attentat à la pudeur. — Signes physiques de la pédérastie. — La mort par submersion.

Le *Congrès international de médecine légale* vient de se tenir à Bruxelles. Nous donnons, ci-après, un compte rendu résumé des principales communications présentées à ce congrès.

M. Stockis (de Liége) fait un rapport sur *l'examen médico-légal des taches de sang*. La recherche des taches de sang, dit-il, peut s'effectuer par plusieurs procédés qui sont : 1° les moyens d'orientation ; 2° les essais cristallo-

graphiques ; 3° l'examen spectroscopique, et 4° l'examen histologique et les méthodes biologiques.

Les moyens d'orientation ont pour but de mettre en évidence le sang sur les objets qui n'offrent, à l'œil nu, aucune tache suspecte bien apparente. On emploie souvent, à cet effet, dans les laboratoires, la réaction de Schonbein par l'eau oxygénée qui colore rapidement la tache en blanc mat. L'auteur a obtenu aussi de bons résultats avec l'ammoniaque additionnée de 5 °/₀ d'hydrate d'hydrazine ; elle donne à la tache une teinte rouge.

Les essais cristallographiques étant l'objet d'un rapport particulier de M. Sarda, M. Stockis ne s'y attarde pas, et il passe à l'examen spectroscopique, méthode très importante de diagnostic du sang. L'expert y trouvera des bases capitales pour ses conclusions, en employant les appareils ordinaires lorsqu'il dispose de quantités un peu notables de solution hématique, ou le microspectroscope s'il a seulement des parcelles très faibles de sang.

La recherche histologique des globules rouges dans les taches n'offre rien de spécial. On pourra pratiquer aussi l'examen direct des globules sur des objets opaques, méthode préconisée par Florence en 1907 et assez couramment utilisée aujourd'hui. Quant aux méthodes biologiques, elles permettent de préciser l'origine du sang. Les méthodes en question sont : l'agglutination, la réaction de précipitation de Wassermann, l'érythro-précipitation de Klein, la méthode de fixation du complément, et enfin l'anaphylaxie.

M. Sarda (de Montpellier) s'occupe du diagnostic des taches de sang par la micro-cristallographie. Avec les iodures et les bromures de potassium, sodium, strontium et ammonium, on obtient des cristaux caractéristiques, à condition que le sang ne soit pas brûlé. Toutefois, par cette méthode, on ne peut établir une différenciation entre le sang de l'homme et celui des animaux.

— La *responsabilité criminelle* fait l'objet de quatre rapports, de MM. de Bœck, Lebrun, Simons (de Bruxelles) et Mathé (de Paris).

M. Lebrun estime qu'au point de vue pénal, la responsabilité atténuée ne doit pas aboutir comme conclusion à une atténuation de la peine. Cette façon de procéder à la justice est essentiellement illogique. Un individu a commis un acte délictueux. Sa responsabilité est atténuée par une tare mentale quelconque. La société a le devoir, non de le condamner à une demi-peine, mais de l'enfermer pour assurer la sécurité publique.

M. Mathé partage cette opinion. Si l'aboutissant de la responsabilité atténuée est simplement une diminution de la peine, les débiles mentaux seront ainsi remis trop rapidement en liberté, et ne tarderont pas à devenir des récidivistes. La responsabilité atténuée doit être l'objet de mesures spéciales : un traitement d'abord, et, une fois l'état mental amélioré, une peine destinée à produire une influence éducatrice et préservatrice. On commencera le régime spécial de ces délinquants par le traitement (projet suisse) et non par la peine (système allemand), car si l'on applique la peine au début, le condamné n'en comprendra pas la raison. Le traitement sera appliqué dans un asile particulier, un asile-prison. La durée de ce traitement sera imputée sur la durée de la condamnation.

— M. de Busschère lit un rapport sur le *viol et l'attentat à la pudeur en droit moderne*. L'auteur montre qu'il est souvent difficile de certifier le viol. Il pense qu'il y aurait avantage, pour simplifier la question, à adopter le texte des législations anglaise et canadienne qui considèrent le viol comme consommé par le seul fait de l'intromission vulvaire de la verge, quelque minime qu'elle ait été.

— M. Perrando (de Pise), chargé d'un rapport sur les *signes physiques de la pédérastie*, déclare n'attacher qu'une importance minime à ces signes, auxquels on ne saurait accorder, dit-il, une réelle valeur médico-légale.

— M. Stockis présente une étude sur le *diagnostic de la mort par submersion, par l'examen du planchton cristallin du cœur*.

Ce procédé, dû à MM. Corin et Stockis, est basé sur le passage dans la circulation générale, à travers l'épithélium pulmonaire, des particules solides charriées par l'eau de submersion. Chez un noyé, l'eau pénètre dans les voies respiratoires et, à la faveur des déchirures du tissu pulmonaire, dans la circulation capillaire, puis de là dans le cœur. Le cœur, en pareil cas, finit donc par contenir des particules solides et principalement des particules minérales cristallines, qui se trouvaient dans l'eau, et sont assez fines pour pénétrer dans les capillaires. La recherche de ce planchton cristallin du sang dans le cœur sera considérée comme une méthode particulièrement rigoureuse de diagnostic de la mort par submersion.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

La belladone,

Par le Dr André Lombard.

La belladone jouit depuis longtemps en médecine d'une réputation justifiée qu'elle ne doit, il est vrai, à aucune propriété bien spécifique ; mais étant sédative du système nerveux, narcotique, antispasmodique, modératrice des sécrétions, mydriatique, elle trouve son emploi dans de nombreuses affections. Elle doit son activité à l'atropine ; on utilise la racine et la feuille, mais surtout la racine en raison de sa teneur à peu près cons-

tante en alcaloïde (4 à 5 p. 1000) ; aussi ne nous occuperons-nous que des préparations de racine, et selon le Codex 1908. Il est important de noter que la belladone est beaucoup mieux tolérée par les enfants que par les adultes ou les gens d'un âge avancé.

Son action la plus rapide, physiologique ou toxique, se manifeste par la dilatation pupillaire ; avec les doses toxiques on observe de l'agitation, du délire, la sécheresse des muqueuses, l'accélération des mouvements respiratoires et cardiaques. Le médecin doit veiller par l'examen quotidien du malade soumis à l'action des doses fortes du médicament à la recherche précoce de ces symptômes pour éviter toute intoxication. Il ne faut guère compter sur le prétendu antagonisme de la morphine et de la belladone, ni sur l'antagonisme plus réel de la pilocarpine, car on risquerait de substituer deux intoxications à une seule. On combattra les empoisonnements d'abord par le lavage de l'estomac, non par un vomitif, voué d'avance à l'insuccès, puis par l'usage des stimulants : thé, café, piqûres d'éther, de caféine, la sinapisation et la respiration artificielle.

On utilise la belladone sous forme de *poudre de feuilles*, qu'on prescrit à la dose quotidienne de cinq à cinquante centigr. chez l'adulte ; à celle de trois à cinq milligr. par année d'âge chez l'enfant ; *d'extrait*, dont un adulte peut avaler deux à dix centigr., un enfant, un à deux milligr. par jour et par année d'âge ; cet extrait (Codex 1908) est plus actif que celui de l'ancien Codex. La poudre et l'extrait sont peu employés en médecine infantile ; on s'adresse plutôt à la *teinture* préparée au 1/10 donc moitié moins active, d'après le Codex 1908 ; on en donne aux adultes vingt à cent gouttes par jour, et, aux enfants, deux à quatre gouttes par année d'âge ; et au *sirop*, dont une cuillerée à café (6 gr.) contient 0 gr. 60 centigr. ou trente-quatre gouttes de teinture ; il est un tiers moins actif dans le nouveau Codex ; les adultes en peuvent avaler 5 à 20 gr. et les enfants, environ un tiers de cuillerée à café (1 gr. 50 à 2 gr.) par année d'âge. Quelle que soit la préparation employée, il faut avoir soin d'en fractionner les doses, et on peut ainsi les élever progressivement, s'il est utile.

Comme médicament sédatif et antispasmodique, la belladone est employée dans certaines psychoses, l'hystérie notamment, sous forme d'extrait, dans les pilules suivantes :

Extrait de belladone	0 gr. 01
Extrait de jusquiame	0 gr. 02
Oxyde de zinc	0 gr. 05

qui sont prises deux fois par jour, aux repas, pendant dix jours. Dans l'insomnie qui ne revêt d'autre origine qu'un état nerveux, on prescrira au coucher, avec une infusion chaude de tilleul, une pilule avec :

Extrait de belladone	0 gr. 01
Extrait de jusquiame	0 gr. 02
Extrait thébaïque	0 gr. 03

(GRASSET.)

Comme médicament antidouloureux et sédatif, on l'emploiera aussi dans le mal de mer, dans l'incontinence nocturne d'urine ; on prescrit la potion suivante :

Teinture de belladone	4 gr.
Antipyrine	5 gr.
Sirop de groseilles	80 gr.
Eau distillée de tilleul	100 gr.

dont on fait prendre une à deux cuillerées à soupe le soir, au coucher (Pouchet), aux adultes. Les phénomènes d'hyperexcitabilité, des névralgies, d'insomnie, qu'on observe souvent au moment de la ménopause seront heureusement influencés avec une pilule de :

Extrait de belladone	0 gr. 01
Extrait de jusquiame, Extrait de valériane	âà 0 gr. 05

à prendre, au coucher, avec une infusion de tilleul.

Mais c'est surtout contre la toux qu'on utilise heureusement ses propriétés antispasmodiques et narcotiques, dans la bronchite, la coqueluche et l'asthme. Dans la bronchite aiguë, avec toux quinteuse, on pourra prescrire le sirop suivant :

Teinture de belladone	XL à LX gouttes.
Eau de laurier-cerise	8 gr.
Sirop de codéine, Sirop de tolu	âà 50 gr.

à prendre par cuill. à soupe toutes les trois heures ; ou, plus simplement, quatre cuillerées à café par jour de :

Teinture de belladone	6 à 10 gr.
Eau de laurier cerise	50 gr.
Eau de tilleul q.s.p.	125 gr.

A un enfant, on pourra donner la potion suivante :

Teinture de belladone, Teinture d'aconit, Teinture de drosera	âà XV gouttes.
Eau de laurier-cerise	0 gr. 20
Sirop de codéine	2 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	30 gr.
Eau distillée	40 gr.

à prendre par cuill. à café toutes les 2 heures, jusqu'à effet sédatif, même si l'enfant n'est âgé que d'un an, dans les cas de bronchite fébrile avec agitation.

(A suivre.)

PRATIQUE MÉDICALE

Un cas de méningite cérébro-spinale traité par l'application jusqu'à guérison de l'appareil à drainage lombaire de MM. G. Le Filliâtre et Rosenthal.

Par le docteur Gorse, de Villiers-sur-Marne.

J'ai l'honneur de vous communiquer une observation toute récente concernant un cas de méningite cérébro-spinale présenté par un enfant de sept ans et demi. Le résultat heureux que j'ai obtenu doit être attribué non seulement au sérum antiméningococcique, mais encore au drainage lombaire inventé par nos confrères les Drs G. Le Filliâtre et Rosenthal. J'ai pu, en effet, grâce au drain placé par le Dr Le Filliâtre, *répéter sans ennui les injections de sérum* et *surtout évacuer des quantités notables de liquide*, alors qu'il était très abondant.

Je résumerai en quelques lignes cette observation : Le début s'est fait brusquement, en coup de foudre, comme cela se produit la plupart du temps en pareil cas. L'enfant avait joué comme d'habitude dans la journée, mangé de fort bon appétit le soir, quand dans la nuit il fut pris tout à coup de vomissements violents et fréquents. La mère crut à une indigestion et je ne fus appelé que le lendemain. Je trouvai cet enfant, que je connaissais si nerveux et si remuant, dans un état de prostration complète. Le thermomètre placé dans le rectum marquait 40°6 et le pouls battait à 130. L'enfant répondait faiblement aux questions posées, mais ne présentait aucune raideur. La tête était douloureuse sans excès ; la réaction pupillaire intacte.

Je conseillai de donner à l'enfant du lait froid coupé d'eau de Vals afin de combattre les vomissements et prescrivis des suppositoires au bromhydrate de quinine.

Le lendemain, la température avait légèrement baissé, 39°2, et l'état général me parut meilleur. L'enfant répondait plus nettement ; les vomissements toutefois n'avaient pas cessé.

Le troisième jour, la température descend à 38°2, mais le jour suivant elle monte à 39°2 ; le soir, l'enfant accuse *un violent mal à la tête* et la *raideur de la nuque est manifeste*, il existe en outre de l'herpès labial. Pas de signe de Kernig encore ; la réaction pupillaire est toujours conservée, mais si l'enfant comprend parfaitement les questions posées, il répond faiblement. Depuis deux jours aucune selle.

En présence de ces symptômes je pense à la *méningite cérébro-spinale* et je prescris des bains tièdes à 38° donnés toutes les 3 heures, une friction quotidienne avec la pommade de Crédé et du calomel pour combattre la constipation.

Sous l'influence de ce traitement la température diminue pendant deux jours, mais le *sixième jour*, le 30 mars, elle remonte brusquement le soir à 39°7 et le lendemain matin, *septième jour*, elle est à 40°2. A ce moment le *signe de Kernig* est manifeste.

J'écris aussitôt au Dr Le Filliâtre pour le mettre au courant de la situation et le prier de venir pratiquer le drainage lombaire afin de faire des injections de sérum antiméningococcique dans le canal rachidien.

Dès le lendemain, *huitième jour*, mon excellent confrère et ami le Dr Filliâtre vient appliquer son appareil à drainage lombaire et donne issue à 20 centimètres cubes d'un liquide abondant et très louche qui est recueilli avec soin à fin d'examen bactériologique. On injecte ensuite une quantité égale de sérum antiméningococcique de Weichselbaum. La canule lombaire, munie de sa plaque de fixation, de son écrou de serrage et de son obturateur métallique, est fixée suivant la technique, et entourée d'un pansement approprié.

Dès le lendemain, *neuvième jour*, la température, qui était de 39°2 la veille, tombe à 38° le matin et à 37°2 le soir. La céphalée a disparu presque aussitôt après l'évacuation du liquide et la raideur de la nuque a sensiblement diminué.

Le 3 avril, *onzième jour* (troisième jour après la pose du drain lombaire), la céphalée reparaît très violente et la température remonte à 39°9.

En présence de ces symptômes, je m'empresse de dévisser l'obturateur métallique fermant le drain et le liquide céphalo-rachidien sort en jet et très abondant. Je recueille ainsi dans un verre 25 à 30 cent. cubes de liquide et j'injecte de nouveau 20 cent. cubes de sérum antiméningococcique. La céphalée disparaît de nouveau et la température retombe le soir à 37°2. Le lendemain, *douzième jour*, elle oscille entre 38°7 le matin et 37°7 le soir. Mais le 5 avril, *treizième jour*, elle remonte le matin à 39°6 et ramène avec elle la céphalée. Je redévisse aussitôt l'obturateur métallique et je retire une nouvelle quantité de liquide louche dont le jet est beaucoup moins fort et l'aspect un peu moins louche. Nouvelle injection de 20 cmc. de sérum.

Le lendemain, *quatorzième jour*, la céphalée, la raideur de la nuque, ont disparu, l'état général s'est très amélioré, mais seule la température reparaît et monte à 39°. Je redévisse encore l'obturateur métallique, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien a disparu et je pousse par la canule lombaire une dernière dose de 20 cent. cubes de sérum antiméningococcique.

Deux jours après cette quatrième injection faite par la canule lombaire, c'est-à-dire au *seizième* jour de la maladie, la température *cède définitivement* et ne remonte plus au-dessus de 37°, 37°3. Le signe de Kernig a complètement disparu.

Je laisse encore le drain en place pendant 48 heures et au *dix-neuvième jour* de la maladie exactement, au *onzième jour de l'application du drainage lombaire*, je l'enlève, devant l'état rassurant présenté par l'enfant. Pendant tout le temps de l'application de l'appareil à drainage

lombaire je n'ai jamais constaté de ce fait la moindre gêne chez mon petit malade ; jamais cet enfant, que je connais comme très sensible, ne s'est plaint ; en outre, il n'a jamais existé sur la peau, au niveau du point d'application de la canule, aucun signe d'inflammation ; il n'y a pas eu en outre d'infiltration de liquide céphalo-rachidien dans le tissu cellulaire ; cette canule enlevée le onzième jour a donc été admirablement supportée et m'a permis de *traiter mon malade avec grande facilité*, sans avoir à recommencer devant la famille l'opération de la ponction, opération délicate et toujours redoutée du patient.

La canule lombaire employée dans ce cas avait un diamètre intérieur correspondant au n° 6 de la filière Charrière.

THÉRAPEUTIQUE

L'essence de pommes.

Gübler semble avoir pensé le premier à l'utilisation thérapeutique de la pomme.

« Les pommes, surtout celles de reinette, servent à préparer par décoction une tisane fort agréable aux malades atteints de fièvre, d'embarras gastrique, d'état bilieux, d'ictère. Elle est parfois légèrement laxative. On l'a vantée contre l'asthme, la phtisie, et plus justement contre la gravelle. Ce qui paraît certain, c'est que les affections calculeuses sont à peu près inconnues dans les pays où l'on fait usage du cidre » (1).

De la céphalée, de la tendance au sommeil, ont été signalées chez des individus ayant fait un long séjour dans une pièce contenant de grandes quantités de pommes.

Un certain nombre de nourrices font prendre à leur nourrisson du sirop de pommes de reinettes

La pomme semble donc, *a priori*, contenir des substances susceptibles d'être utilisées en thérapeutique.

L'analyse chimique a confirmé ces faits, en décelant dans la pomme, à côté de tartrate et de malate de potasse, de tanin, de sucre, de cellulose et d'eau, la présence d'un éther de l'acide valérianique, l'éther amyl-valérianique ou valérianate d'amyle.

Cet éther est intéressant à plusieurs points de vue. Employé dans la confiserie sous le nom d'essence de pommes, c'est un liquide incolore, d'odeur rappelant celle des produits valérianiques et qui, *in vitro*, dissout, à une même température, trois fois plus de cholestérine que le chloroforme.

Il a, de plus, un point d'ébullition très élevé, alors que l'éther sulfurique bout à 35°6, l'éther amyl-valérianique ou valérianate d'amyle bout à 188°. Il s'élimine par suite avec une lenteur remarquable, ce qui lui permet une action plus durable que celle de l'éther sulfurique.

(1) Gubler. — *Commentaires*, édit. 74, p. 306.

Les essais thérapeutiques ont montré que cet éther présentait des applications nombreuses.

1° *Comme dissolvant de la cholestérine*, dans toute colique hépatique qui ne s'accompagne pas d'un embarras gastrique trop accentué, il n'y a pas de meilleur agent thérapeutique. L'éther amyl-valérianique, qui agit surtout comme antispasmodique au cours de la crise, exerce son action dissolvante dans l'intervalle des crises douloureuses.

Pendant la crise, il suffit de donner, tous les quarts d'heure, 3 ou 4 capsules d'éther amyl. Le valérianate d'amyl pouvant être donné sans danger à des fortes doses, on répétera cette ingestion de 3 ou 4 capsules jusqu'à cessation de la crise douloureuse.

Dans l'intervalle des crises, et chez les lithiasiques sans crises douloureuses, ou à crises frustes ou anormales, il suffira de donner deux capsules avant chaque repas.

2° *Comme analgésique*, l'éther amyl-valérianique calme toutes les douleurs, l'élément valérianique qui prend part à sa constitution, en fait le meilleur sédatif des algies d'origine névropathique. C'est le meilleur agent thérapeutique que l'on possède contre les migraines.

3° *Comme hypno-anesthésique*. Il est susceptible de provoquer le sommeil par inhalation, mais il n'est pas employé dans ce but. Par ingestion il provoque la tendance au sommeil. Trois capsules prises le soir avant de se coucher donnent un sommeil calme, sans action dépressive sur le système circulatoire.

4° *Comme antispasmodique*. —Incomparablement plus actif que les valérianates alcalins ou métalliques, dont l'efficacité paraît d'ailleurs fort douteuse, c'est un des rares agents thérapeutiques que l'on puisse employer avec quelques chances de succès dans les névroses, et en particulier dans l'hystérie. L'action antispasmodique de cet éther détermine la sédation rapide de la colique néphrétique et l'expulsion rapide des calculs. Il calme les coliques utérines, et rend indolores les règles douloureuses

Posologie. De 0 gr. 30 à 1 gr. 50 par jour.

M. le professeur Pouchet conseille la formule d'émulsion suivante :

Valérianate d'amyle.....	0 gr. 60
Huile d'amandes douces.....	8 gr.
Gomme arabique pulvérisée..	5 gr.
Sirop de coings.....	30 gr.
Eau distillée.....	60 gr.

à prendre en une seule fois dans un 1/2 verre d'eau ou de lait.

Dans la pratique journalière, l'éther amyl-valérianique ne se prescrit guère qu'en capsules de gélatine. Il est ainsi présenté au malade, sous une forme agréable et d'un petit volume, c'est sous cette forme que G. Bruel, dès 1883, a proposé l'emploi du valérianate d'amyle.

Essayées, tout d'abord, dans les hôpitaux de Paris, les capsules Bruel à l'éther amyl-valérianique sont un de ces rares produits qui apportent aux praticiens un concours précieux, mais

que beaucoup de confrères ignorent, parce qu'ils n'ont pas été l'objet d'une réclame bruyante.

Docteur L. BRUEL.

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Ce qui reste de la loi accidents du travail.

On refuse dans les mairies d'accepter les déclarations des blessés, en violation de l'art. 11.

Récemment, un inspecteur du travail, de la région de Nantes, informait, dans ses rapports, le Ministre du Travail que les chefs d'industrie déclaraient à peine les 3/4 des accidents.

Cet hiver, pendant mes voyages dans la région du Nord, j'ai appris, par des renseignements venus de divers côtés et concordants, que non seulement les chefs d'industrie ne déclaraient pas tous leurs accidents, mais encore qu'ils menaçaient de ne pas reprendre les ouvriers blessés qui, usant de leurs droits, (art. 11 § 4) iraient faire leur déclaration à la mairie ; et cela, dans le but d'éviter l'enquête du juge de Paix qui coûte une dizaine de francs à ces malheureuses Compagnies, dont l'une, par exemple, vient d'être réduite, après 10 ans d'application de la loi accident, à vendre 36 millions son fonds de commerce à une grande banque internationale.

Or, les faits que je rappelle ne se passent pas seulement en Bretagne, ou dans le Nord, ils sont fréquents, même à Paris, sous l'œil bienveillant de M. le Ministre du Travail, et sous le contrôle paternel de M. Paulet, directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales au Ministère du Travail.

M. le Ministre du Travail est un homme aimable qui préfère le doux farniente aux coups de dents des « Requins », auxquels on s'expose quand on s'attaque aux grands financiers (voyez Commission d'enquête parlementaire, 1re page des journaux actuels). Aussi dans son ministère, ce n'est pas lui qui porte la culotte ; il n'est qu'indirectement responsable des abus qui se commettent sous son règne, et qu'on lui fait couvrir de sa signature. Nous nous occupons en ce moment de relever dans le *Bottin* le nom des officiers ministériels qui cumulent les fonctions de greffiers avec celles d'agent de Compagnie d'assurances, ce qui expliquera la façon peu bienveillante dont sont reçus, dans beaucoup de greffes, les blessés qui veulent plaider contre les Compagnies ; mais en attendant que nous revenions sur ce qui se passe dans les greffes, occupons-nous pour aujourd'hui de ce qui se passe dans les mairies.

Les lettres ci-dessous mettront facilement nos lecteurs et nos députés au courant des « manigances » des assureurs qui exploitent la loi-accidents.

Paris, le 22 juillet 1910.

A Monsieur Barthe, député de l'Hérault,

Monsieur le Député,

Les journaux ont annoncé qu'à la rentrée des Chambres, vous questionneriez le Ministre du Travail sur la façon toute particulière dont on applique les lois ouvrières. Le fait suivant et bien d'autres documents, que je tiens à votre disposition, pourront vous éclairer. Un de mes clients, M. L., domicilié à Bagnolet, 246, rue Etienne-Marcel s'est blessé, le 18 juillet 1910, à I. (Seine), pendant qu'il travaillait pour son patron, M. X., rue de Seine, à I. Je lui ai fait un certificat, et je lui ai recommandé de porter son certificat à la mairie, de faire lui-même sa déclaration, et d'en demander un récépissé comme lui en donne le droit le § 4 de l'art. 11, de la loi-accident.

Au lieu d'accepter sa déclaration, l'employé de la mairie lui aurait dit d'apporter mon certificat à son patron, qui ferait sa déclaration. Ainsi sur les conseils de la mairie d'I., un blessé se dépouille d'un certificat, qui lui est utile pour la défense de ses intérêts et il va le remettre à son patron qui peut avoir intérêt à égarer ce certificat et à en faire faire un autre par son médecin.

De plus en plus, s'accréditent, dans les milieux des ouvriers et des employés, des bruits qui tendent à faire croire que les employés et les fonctionnaires chargés de faire exécuter la loi sur les accidents sont dans les termes les meilleurs avec certaines Compagnies d'assurances.

M. le député Lauche a pu affirmer, à la Tribune, que la loi sur les accidents n'était plus respectée par les fonctionnaires chargés de la faire exécuter. Il y a des faits qui viennent donner une singulière force à ces affirmations.

J'ai plusieurs fois signalé à M. le Ministre du Travail, des faits semblables à celui sur lequel j'attire votre attention. M. le Ministre m'a fait répondre, par la Direction de la Prévoyance sociale au Ministère du Travail, qu'après avoir interrogé le Maire, celui-ci avait répondu que son employé niait avoir commis cette faute.

Naturellement, on admet la version de l'employé, qui nie sa faute et on n'accorde aucun crédit à celle du blessé.

Et voilà, et le lendemain ça recommence

Veuillez agréer, Monsieur le Député, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr DIVERNERESSE.

A Monsieur le Ministre du Travail,

Monsieur le Ministre,

Un de mes clients, M. L..., domicilié à Bagnolet, 246, rue Etienne-Marcel, s'est blessé le 18 juillet à I... (Seine), rue Franklin, pendant qu'il travaillait pour son patron, M. X..., rue de Seine, à I....

Il est venu me voir, *je soigne sa famille depuis vingt ans*. Je lui ai fait un certificat, et je lui ai dit d'aller faire sa déclaration *lui-même*, à la mairie d'I. et de se faire donner un récépissé

conformément au § 4 de l'art. 11 de la loi-accident.

Arrivé à la mairie, il a été reçu par un employé qui *a refusé sa déclaration*, et qui lui a dit qu'il devait porter son *certificat à son patron*.

J'ai déjà eu l'honneur de vous signaler plusieurs faits semblables, qui se sont passés dans diverses mairies du département de la Seine. Naturellement, lorsque vous faites une enquête, l'employé de la mairie déclare que les affirmations du blessé sont inexactes et qu'il n'a pas refusé la déclaration du blessé. Cependant pourquoi ce blessé, qui a présenté son certificat à la mairie, se serait-il amusé à aller d'abord à la mairie pour aller porter ensuite son certificat à son patron ?

Donc, malgré la loi, le règlement d'administration publique et malgré les ordres que vous avez donnés, sans aucun doute, on continue à refuser les déclarations d'accidents faites dans les mairies. Les ouvriers, en face de ces faits, demeurent de plus en plus convaincus qu'il y a entente entre certains employés de Mairie et certains assureurs. Il semble de plus en plus vrai que, comme le disait M. le député Lauche, la loi sur les accidents du travail ne soit plus respectée par ceux qui ont pour mission de la faire exécuter.

Je vous signale en outre ce fait qu'il semble résulter des instructions données par la direction des affaires départementales à la Préfecture de la Seine aux maires de banlieue qu'ils n'ont pas à accepter de déclaration de l'ouvrier quand le patron a fait la sienne.

Dr Divernéresse.

Paris, le 23 juillet 1910.

Monsieur le maire,

J'ai l'honneur de vous informer qu'un de mes clients, M. L..., s'est présenté avec un certificat médical signé de moi, pour faire sa déclaration d'accident.

L'employé de la mairie a refusé d'accepter sa déclaration et de lui donner un récépissé. Votre employé ignore sans doute le § 4 de l'article 11 de la loi-accident, aux termes duquel *la victime de l'accident ou ses représentants peuvent faire la déclaration d'accident*, tout aussi bien que le patron.

Mais cet employé a fait pis encore ; il a dit au blessé qu'il devait remettre son certificat médical à son patron. Ainsi voici un certificat qui a été fait pour sauvegarder les intérêts du blessé, qui doit être déposé à la mairie pour accompagner la déclaration non pas du patron, mais du blessé et un employé de mairie donne à un ouvrier le *mauvais conseil* de remettre cette pièce entre les mains du patron, qui a intérêt à ne pas produire ce certificat.

On dit partout que les employés de mairie et des greffes sont au mieux avec les agents d'assurances ; je n'ai jamais voulu le croire, mais des faits comme ceux-ci paraissent donner raison à ces bruits qui s'accréditent de plus en plus.

J'ai l'honneur de vous informer que je porte plainte au Procureur Général et au Ministre du Travail contre les agissements de la personne qui assure le service des déclarations à la mairie d'I.

Dr Divernéresse.

A qui doivent être remis les certificats initial et terminal ? A l'ouvrier ? Au patron ? A la Compagnie d'assurances ?

Au Docteur Genet, secrétaire du Syndicat du Rhône,

Mon cher Ami,

Permettez-moi de vous signaler une petite erreur qui s'est glissée dans le *Bulletin du Syndicat du Rhône*, n° 9, p. 198. Il y est dit que la Chambre syndicale a décidé que les médecins devraient délivrer aux blessés du Travail, au début et à la fin du traitement, *le double* du certificat établi, soit *pour* le patron, soit *pour* la Compagnie d'assurances.

Non, mon cher ami, ce n'est pas exact. *L'original* du certificat doit être la propriété absolue du malade.

Ceci découle de l'esprit de la loi elle-même, comme de la jurisprudence. Vous avez dû lire, dans le *Concours* de dimanche dernier un très intéressant jugement à ce sujet.

Oui, nous ne devons pas délivrer de certificats à des tiers ; ce faisant, nous violerions le secret professionnel. Notre blessé a besoin d'un certificat pour faire *lui-même* sa déclaration à la mairie (loi du 31 mars 1905, art. 11, par. 4) ; nous *lui* délivrons donc cette pièce ; puis, comme la plupart du temps, son patron est assuré, et pour ne pas entraver la bonne marche des affaires, nous pouvons remettre à l'ouvrier le double du certificat initial, pour que l'ouvrier le donne au patron, lequel l'adressera à son assurance. Quant au certificat terminal, il doit également être remis à l'ouvrier, dont il est la propriété exclusive (même loi, art. 15, par. 3). L'ouvrier, en cas d'incapacité permanente, doit porter ce certificat, non à son patron, mais au juge de paix (art. 12, par. 2) qui ouvrira une enquête.

Voici le pourquoi de ces précautions :

1° La loi de 1898-1905 ne constitue pas une dérogation au droit commun et ne nous délie pas des prescriptions de l'art. 378 du Code pénal sur le secret professionnel. Nous ne devons de certificat qu'à notre malade et non à un tiers ; le malade fera de ce certificat ce que bon lui semblera. Si nous adoptions en tout et pour tout cette conduite, nous ne serions jamais poursuivis, du fait de nos certificats.

2° Remettre le certificat à l'ouvrier, c'est lui permettre de faire la déclaration d'accident à la mairie, ou d'incapacité permanente auprès du juge de paix, tandis qu'au contraire, certaines usines ont le chic d'égarer systématiquement ceux des certificats, qui feraient du tort à leur caisse. Nous n'avons pas à nous faire les complices, même involontaires, de ces machinations ; le certificat mis entre les mains du blessé, c'est à ce

dernier à savoir à qui le remettre pour que ses droits soient sauvegardés.

3° Si nous sommes en mauvaise intelligence avec le patron ou certaine compagnie procédurière et chicanière, nous ne donnerons qu'un seul certificat au blessé. Si le patron ou la compagnie en désire un, il demandera, d'après l'art. 4, par. 4, la nomination, par le juge de paix, d'un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime.

Agir ainsi sera mettre notre responsabilité à l'abri ; ce sera également montrer aux compagnies d'assurances qu'elles nous ont appris à connaître les lois, à savoir nous en servir comme elles le font, et enfin, à leur prouver que, puisqu'elles nous cherchent toujours noise, la loi à la main, nous pouvons leur répondre du tac au tac. A bon entendeur, salut.

Veuillez me croire bien cordialement vôtre,

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Le libre choix et la visite dans les Sociétés de secours mutuels

Il n'est pas inutile de savoir de quelle manière les mutualistes intelligents et au courant des besoins de la mutualité apprécient le libre choix et le système à la visite. Voici comment MM. Reversal et Peissi, membres du Conseil d'administration de l'Union des Sociétés de secours mutuels de l'Hérault, s'expriment dans un rapport présenté par eux :

« Ici on évite les inconvénients du système à l'abonnement. D'abord chaque malade a le choix du docteur. Cette question est d'une très grande importance, chacun ayant dans le docteur qu'il choisit une *confiance* toute particulière. Généralement dans les familles nouvelles, c'est le docteur qui a soigné, dans son jeune âge, le père ou la mère, qui continue à être appelé pour donner des soins aux parents et à leurs enfants. Ce médecin, connaissant le tempérament de la famille, peut appliquer des médicaments appropriés à la constitution, bien mieux que ne le ferait un docteur soignant pour la première fois. Ce qui le prouve bien, c'est que dans le cas où un malade a à consulter un docteur spécialiste, son docteur habituel ne l'envoie jamais sans un mot indiquant ainsi au confrère des détails concernant le tempérament général et qui pourront être d'une grande utilité.

« Le système à la visite nécessite évidemment une organisation spéciale. Il faut d'abord, afin de réprimer les abus, nommer une Commission médico-mutualiste. Celle-ci doit être choisie de façon à avoir une autorité suffisante sur les mutualistes d'abord et le Corps médical ensuite, afin que les décisions qu'elle aura à prendre touchant les abus qui pourraient se produire, soient acceptées, sans protestation, par les deux parties.

« A Montpellier, nous ne pouvons que nous féliciter de la composition de cette Commission.

« Cette Commission est composée de sept docteurs et de sept mutualistes. Elle est présidée à tour de rôle par le doyen de la Faculté de Médecine et par le Président de l'Union départementale des Sociétés de secours mutuels. Ils font partie eux-mêmes de cette Commission. Celle-ci est certainement la cause de la bonne volonté apportée par le corps médical à l'égard des Société de secours mutuels. Les quelques cas d'abus qu'elle a été appelée à trancher l'ont toujours été en faveur des Sociétés. Le médecin en cause s'est toujours incliné et a ramené ses honoraires exagérés au prix fixé par la Commission, conformément aux vues de ses collègues.

« C'est ainsi que le *système à la visite* donne pleine satisfaction aux Sociétés et aux malades. Il n'est pas onéreux pour les Sociétés à la condition, bien entendu, d'avoir un contrôle bien organisé. *Il est donc, à notre avis, bien préférable au système de l'abonnement.* Voici même une expérience qui permet de constater que l'on peut arriver avec lui à réaliser une économie. L'exemple est emprunté à la Société de secours mutuels des commis et employés de Montpellier.

« Pour les deux exercices de 1899 et 1909, alors que la Société avait un médecin spécial, il a été payé à celui-ci pour visites aux malades 1.017 fr. pour six cent trente sociétaires, une moyenne de 1 fr. 45 par tête. La Société ayant reconnu ultérieurement que le choix du docteur laissé à chaque sociétaire était préférable, a adopté ce système à partir de 1901. Le nombre des visites s'est alors sensiblement accru, le système adopté ayant donné pleine satisfaction aux sociétaires. Aussi pour les années suivantes, c'est-à-dire de 1901 à 1907, soit sept ans, la somme payée pour visites a-t-elle été de 10.885 francs, soit pour deux mille sept cent trente sociétaires, une moyenne de 4 francs par tête. Ce chiffre pourrait paraître élevé au premier abord, mais on est bien obligé de reconnaître qu'avec l'abonnement pendant ces sept années et pour ces mêmes deux mille sept cent trente sociétaires, la Société aurait eu à payer $2.730 \times 6 = 16.380$ francs.

« Nous espérons que ce cas particulier à Montpellier se généralisera et que l'entente médico-mutualiste sera sous peu établie dans toutes les villes de France. »

(*Bulletin de la Fédération du Sud-Ouest.*)

Comités d'arbitrage

Parmi les vœux adoptés par l'Union Mutualiste de la Drôme, au Congrès de Nyons, dans sa séance du 28 avril 1910, sous la présidence de M. Emile Loubet, nous relevons le vote suivant :

« Le Congrès,

« Considérant que les relations des mutualistes et des pharmaciens de la Drôme ont tou-

jours été cordiales et qu'il y a lieu de s'efforcer de les maintenir dans le même état.

« Considérant que l'Union mutualiste et le Syndicat des pharmaciens ont, dans le but de prévenir toute difficulté, créé un Comité mixte d'arbitrage ;

« Considérant que les Congrès nationaux de la mutualité tenus à Nice et à Nancy ont proclamé l'utilité d'un Comité national d'arbitrage ;

« Que, de leur côté, les représentants autorisés des pharmaciens ont accueilli formellement cette idée :

« Que M. Emile Loubet, répondant à l'invitation des mutualistes faite par M. Mabilleau, et des pharmaciens, a bien voulu accepter de présider ce Comité.

« Remercie M. le président Loubet d'avoir bien voulu accepter la présidence du Comité national, et émet le vœu que le Comité mixte d'arbitrage mutuelo-pharmaceutique fonctionne au plus tôt, fixe les conditions dans lesquelles il est désirable que les mutualistes s'entendent avec les pharmaciens, tranche les difficultés qui lui seraient soumises par les Comités départementaux d'arbitrage, mais toutefois en laissant libres les Sociétés de conserver leurs accords respectifs et locaux avec les pharmaciens. »

Pourquoi ne pas voter aussi la création de Comités mixtes d'arbitrage *médico*-mutualistes? Ne serait-ce pas la manière la plus rationnelle d'apaiser et de faire juger bien des conflits ? Que nos confrères, présidents ou membres influents de Sociétés de S. M. prennent l'initiative de faire adopter pareil vœu par leur société. Ils rendront service au Corps médical, mais le voudront-ils ou le pourront-ils ?

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'enregistrement du diplôme de docteur doit être fait avant tout acte de la profession médicale.

Nous publions à titre de document la circulaire ministérielle du 2 juillet 1910 :

Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, à MM. les préfets.

La loi du 14 avril 1910, publiée au *Journal officiel* du 16 du même mois, a modifié comme suit le paragraphe premier de l'art. 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine : « Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les accoucheuses, sages-femmes, sont tenus, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du Tribunal civil de leur arrondissement et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile. Et s'il s'agit de débutants n'étant pas encore en possession de leur titre ou diplôme, ils devront faire enregistrer et viser, comme il est dit ci-dessus, le certificat provisoire qui leur a été délivré par la faculté ou par l'école professionnelle ».

En vertu de l'ancien texte du premier paragraphe de l'art. 9, les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes étaient simplement tenus de faire enregistrer leur titre dans le mois qui suivait leur établissement. Désormais, ils devront remplir cette formalité dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession.

Des faits, malheureusement trop nombreux, ont démontré la nécessité de cette réforme. Comme l'a indiqué M. le docteur Villejean, dans le rapport qu'il a présenté à la Chambre, on a vu des individus profiter du délai imparti par la loi « pour s'installer sans diplôme, assurés d'un mois au moins de libre exercice et s'implanter parfois dans une région jusqu'à ce qu'un incident scandaleux vienne les démasquer».

La loi du 14 avril 1910 comporte une seconde innovation. Dorénavant, les praticiens, dès leur établissement et avant l'accomplissement d'aucun acte de leur profession, seront tenus non seulement de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture ou à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement, mais encore de le faire viser à la mairie de leur domicile.

Cette prescription additionnelle vient renforcer celle de l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892, qui dispose que chaque année, dans le mois de janvier, les listes des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes domiciliés dans un département doivent être affichées dans toutes les communes de ce département et elle permettra aux municipalités de concourir plus efficacement à la répression de l'exercice illégal des professions médicales.

Je vous rappelle qu'aux termes du second paragraphe de l'art. 9 de la loi du 30 novembre 1892 « le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai » ; il n'a été apporté aucune modification à ce paragraphe.

Dès lors, si le praticien change de domicile tout en restant dans le même département, il n'est pas tenu à un nouvel enregistrement, et ce n'est qu'autant qu'il porte son domicile dans un autre département qu'il doit réitérer cette formalité. En aucun cas, le changement de domicile n'entraîne l'obligation d'un nouveau visa à la mairie.

Mais quand un médecin, un dentiste ou une sage-femme se livre, dans une commune, à la pratique de sa profession sans s'être au préalable présenté à la mairie aux fins de visa, il appartient au maire de l'interpeller pour s'assurer que l'intéressé a satisfait à toutes ses obligations légales.

Comme, dans la pratique, un délai plus ou moins long s'écoule avant la remise du titre ou diplôme de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme aux personnes qui ont subi les examens réglementaires, la loi nouvelle admet que les débutants qui ne seraient pas encore en possession de leur titre, peuvent néanmoins exercer immédiatement leur profession à la

condition de faire enregistrer et viser le certificat provisoire qui leur a été délivré par la faculté ou l'école professionnelle dûment autorisée.

Ne peuvent évidemment être admis au visa que les certificats provisoires établis conformément aux instructions données par M. le ministre de l'Instruction publique (Circulaire du 15 octobre 1885). Ces certificats doivent indiquer les noms, prénoms, date et lieu de naissance de l'intéressé ; ils sont délivrés, pour les médecins et les chirurgiens-dentistes, par les secrétaires de Facultés, et, pour les sages-femmes, concurremment par les secrétaires de Facultés, des Ecoles de médecine de plein exercice et des Ecoles préparatoires de médecine.

Aux termes de la circulaire sus-visée du 15 octobre 1885, tout certificat provisoire doit être rendu aux secrétaires des Facultés et des Ecoles au moment de la remise du diplôme correspondant. Il s'ensuit que l'enregistrement et le visa du certificat n'ont eux-mêmes qu'une valeur provisoire et que cette double formalité doit être renouvelée aussitôt que le praticien est mis en possession de son diplôme.

L'expression d' « accoucheuses » a été introduite dans le nouveau texte du premier paragraphe de l'art. 9 de la loi du 30 novembre 1892, mais elle n'y figure qu'à titre de simple redondance et elle fait double emploi avec celle de « sages-femmes ». Il n'existe pas de titre ou de diplôme d'accoucheuse distinct du titre ou diplôme de sage-femme.

Les présentes instructions modifient celles qui ont fait l'objet de la circulaire du 15 juin 1894. Vous voudrez bien les porter à la connaissance des maires de votre département par la voie du *Recueil des actes administratifs*.

Signé BRIAND.

CORRESPONDANCE

La misère des médecins est réelle

Au *Concours médical*,

Je lis dans le dernier numéro du *Concours médical*, un entrefilet portant le titre suivant : « La misère des médecins est réelle », écrit à propos d'un médecin qui demande à faire chez lui, pour vivre, des travaux n'ayant aucun rapport avec l'exercice de notre profession.

Je crois de mon devoir de vous signaler qu'en ce moment-ci, presque toutes les Compagnies de navigation cherchent des médecins. A côté de celles qui payent à peine leurs médecins, il en est qui les rémunèrent d'une façon raisonnable et dans lesquelles il est possible de se faire une situation suffisante, et à mon avis fort agréable, (telles que Messageries, Transports maritimes, etc.). Et ces Compagnies sont constamment à la recherche de médecins sanitaires.

Il est incontestable qu'il y a pléthore de médecins en France ; mais pourquoi les médecins dédaignent-ils les situations qui leur sont offertes en dehors de la ville et du village ? Les Colonies, en particulier l'Afrique occidentale, cherchent des médecins pour l'organisation de leur assistance et en manquent constamment. Une Société de travaux faisant un chemin de fer en Chine, et payant fort bien ses médecins, a été obligée de recourir à des médecins italiens, de Beyrouth, faute de pouvoir en trouver en France.

Pour résumer ma pensée, j'estime qu'un médecin, avant de chercher, par la voie des journaux, de la comptabilité à faire à sa maison, ferait infiniment mieux de chercher à se tirer d'affaire en exerçant sa profession, d'une façon quelconque, soit comme médecin sanitaire maritime, soit comme médecin colonial, etc., sans empiéter sur le domaine des comptables, teneurs de livres, etc., qui, eux aussi, sont intéressants et ne gagnent pas toujours facilement leur vie.

Un abonné fidèle du *Concours médical*.

Réponse

Nous vous remercions de vos indications que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Mais nous nous sommes laissé dire que tout n'est pas rose dans la vie de médecin maritime et que les Compagnies de navigation veulent avoir des médecins entièrement dévoués à leur cause.

Puis beaucoup de nos confrères ont le très légitime désir de fonder une famille, chose presque impossible pour le médecin maritime.

Les médecins de colonisation se plaignent aussi d'être à la merci d'un gouverneur autocrate ; ils dénoncent des abus formidables ; ils souffrent de la concurrence déloyale, de l'exercice illégal, etc.

Aussi serions-nous heureux d'avoir des opinions autorisées et des renseignements précis, car jusqu'à présent, certains nous disent que, comme dans la fable du chien et du loup : « ce collier ne me dit rien qui vaille », pendant que d'autres affirment qu'il y a plus de mirage que de réalité dans la vie du médecin aux colonies.

Qui croire ?

Dr Paul BOUDIN.

Villégiatures de grands maîtres.

Monsieur le Directeur du *Concours médical* et cher Confrère,

Je ne suis ni pontife ni Parisien, même pas syndiqué, mais il m'arrive à moi aussi de prendre quelquefois des vacances et quelquefois aussi de faire de la philanthropie — j'appelle cela autrement, mais le nom ne fait rien à la chose.

Or je ne me sens pas le cœur assez impitoyable pour refuser ma porte ; je n'ai jamais d'ailleurs touché deux louis, que je sache, même pour une consultation patentée. Cependant il m'importerait de savoir si oui ou non, ce faisant,

je tombe sous le coup de la loi du 14 avril 1910 et c'est ce que vous avez omis de dire au confrère D...

A sa place, j'eusse été trouver tout bonnement le dit pontife et d'une franche explication serait sorti, au lieu de tant d'aigreur, un peu de cordialité ; qui sait ? beaucoup de bien, peut-être ?

A part cela, il y a une chose dont le Dr D... n'a pas l'air de se douter : c'est que le diplôme ne fait pas l'homme, pas plus que le syndicat ne fait le confrère, et qu'il y a des pignoufs dans toutes les professions.

Dr A. Rignier,
du Concours médical.

Réponse.

Permettez-moi, mon cher Confrère, de donner mon opinion toute personnelle sur ce débat. Je vous avoue d'abord qu'ayant exercé à la campagne pendant neuf années, je partage entièrement la façon de penser de notre confrère D...

Oui, un médecin, lorsqu'il prend des vacances, ne doit plus se considérer comme médecin. Mais la philanthropie, me dites-vous ? Oui, dans un cas d'extrême urgence, dans un pays sans praticien, nous pouvons donner les premiers soins ; mais nous avons le devoir impérieux de remettre ensuite le malade entre les mains du médecin de l'endroit et de ne plus donner les secours de notre art, à moins d'en être prié par le confrère. Dans ce cas, ce serait en consultation, toujours avec le praticien de la localité.

Il faut bien que chacun de nous puisse vivre et j'estime, pour mon compte personnel que ce serait mal aux habitants de la grande ville, de se prévaloir de l'auréole attachée, à tort ou à raison, à cette résidence, pour aller faire de la concurrence déloyale au médecin des champs.

Oui, ce faisant, vous tomberiez sous le coup de la loi du 14 avril 1910 et vous auriez une nouvelle patente à payer, calculée sur votre loyer le plus cher.

L'explication entre confrères? C'est à vous à la provoquer et non au praticien de campagne à venir vous la réclamer. Celui-ci vit dans sa région ; pourquoi donc aller le gêner dans ses moyens d'existence ? Par conséquent, si nous voyons un malade, même ne serait-il pas en traitement, nous devons aller de suite prévenir notre confrère et lui porter nous-mêmes nos explications.

Moi aussi, je prends mes vacances dans un petit trou, à six kilomètres de tout médecin : je vous réponds qu'on m'y laisse en paix et que, si par hasard je vois un malade, c'est avec le médecin traitant.

Voici mon opinion toute personnelle. Merci pour nous avoir fait connaître la vôtre et souhaitons que d'autres lecteurs nous fassent également connaître leur façon de penser.

Bien confraternellement à vous,

Dr Paul Boudin.

P. S. — Remarquez que je ne vous ai pas parlé des règles de déontologie syndicales. Le syndicat ne fait pas le confrère, dites-vous. C'est encore une erreur et beaucoup de « pignoufs » sont devenus d'honnêtes collègues, grâce à l'action moralisatrice du groupement syndical. Ma déclaration vous fera sourire ; mais je pourrai, lorsque vous le voudrez, vous fournir des preuves *vécues* de ce que j'avance.

Vouloir n'est pas toujours pouvoir.

Le Dr C.., nous écrivant à propos d'une affaire de jugement pour règlement d'honoraires, ajoutait *in fine* :

« Ce n'est pas faute de le connaître que je ne fais pas partie du « Sou ». Voilà sept ans que je suis du *Concours* et lecteur assidu ; mais je vous renvoie à l'article d'un des derniers numéros : Vouloir n'est pas toujours pouvoir. C'est la première fois que j'ai eu pareille contestation et je croyais pouvoir économiser 20 fr. Il y a fort à faire dans mon département. Quel gâchis ! quelle concurrence ! Venez-nous voir. »

Oui, mon cher Confrère, j'irai vous voir ; j'irai vous aider à sortir, si possible, du gâchis et de la concurrence déloyale.

J'irai vous prêcher la concorde, l'union et le syndicat, pas un syndicat à l'eau de rose, mais un groupement qui puisse vous servir à vous défendre aussi bien contre les exploiteurs du dehors que contre, malheureusement, certains forbans du dedans.

Mais, en attendant, pourquoi vouloir économiser 20 fr. d'adhésion au *Sou*, parce que vous n'avez jamais eu maille à partir avec dame Justice ?

Ce sont là, croyez-le bien, des économies de bouts de chandelle, tout comme si vous vouliez par économie ne pas contracter d'assurance contre l'incendie.

Vingt francs, c'est beaucoup, me direz-vous ? Mais mieux vaudrait économiser les 18 fr. que vous dépensez chaque année à lire un journal politique quelconque, qui ne viendra pas à votre secours, lorsque vous serez attaqué.

Economisez encore sur les cotisations de membre honoraire que des sociétés locales viennent vous soutirer. Econduisez poliment mutualistes, pompiers, fanfare, orphéon, chorale, gymnastique, club sportif quelconque. Songez à vous d'abord et garantissez-vous vous-même.

Les autres passeront après, s'il en reste.

Car, croyez-le, ces cotisations que vous versez comme membre honoraire de vos sociétés locales ne vous rapportent pas un client de plus.

Votre argent versé, adieu promesses et flatteries.

Excusez-moi, mon cher confrère, de vous faire cette réponse ouverte, mais combien en profiteront, parmi ceux qui se croient en sécurité aujourd'hui et se réveilleront demain avec un bon procès sur les bras.

Nos confrères ne croient pas à l'utilité du *Sou*, parce que leur vie a été, jusqu'à ce jour, exempte de tracas, loin du prétoire. De même, il est de bon ton, chez les gens bien portants, de blaguer médecins et médecines et d'invoquer Molière. Ce sont les premiers à recourir aux ressources de notre art, dès la moindre colique.

La prudence, sous forme de l'adhésion au *Sou*, est mère de la sûreté.

Dr Paul Boudin.

Le médecin est souvent un des premiers promoteurs de l'exercice illégal de son art.

Mon cher Confrère,

Les internes du Mans ont protesté contre l'invention du diplôme de chloroformisateur ; ils méritent les félicitations du Corps médical.

Se peut-il qu'un médecin, par ce temps de crise médicale, cherche à diminuer encore le gagne-pain de ses confrères?

Ce fait me décide à vous soumettre quelques réflexions, qu'une répugnance bien naturelle à traiter ici une question de gros sous m'avait jusqu'à ce jour fait garder pour moi.

Lutter contre l'encombrement, l'exercice illégal, l'invasion des hôpitaux par les malades aisés, est chose utile et louable, mais à la condition que nous ne donnions pas de la main gauche cent fois ce que nous reprenons de la main droite. Il est une chose infiniment plus terrible et plus désastreuse pour notre profession, c'est l'émiettement continu du domaine médical, auquel de nombreux médecins se livrent comme à plaisir.

Nous ne sommes plus au temps où les fièvres typhoïdes et autres épidémies assuraient aux médecins déjà nombreux un labeur suffisant.

Avec l'hygiène ce temps est passé. C'est dans le traitement des nombreux traumatismes et des affections chroniques ou diathésiques que le médecin doit désormais, tout en rendant les plus grands services à ses clients, trouver pour une large part ses sources de vie.

Or de ces sources que fait-il ?

Les massages sont abandonnés à des parasites de la profession, qui en profitent pour faire toutes sortes de choses. Le médecin est-il appelé pour une luxation ou une fracture, il réduit, met un appareil et, selon le tarif, touche une centaine de francs ; mais il envoie un masseur, qui masse pendant cinq ou six semaines, et touche plusieurs centaines de francs, qui eussent été pour le médecin s'il avait mieux compris ses intérêts.

Faut-il des électrisations, le médecin praticien, au lieu de les faire ou de les adresser à un confrère électricien, fait acheter au malade aisé, qui ne demande qu'à être bien soigné et à payer, une petite pile dont il se servira fort mal. Résultat : le marchand d'appareils gagne sa pile ; le médecin, une consultation de 5 fr. ou 10 fr. là où il devait avoir le bénéfice d'un traitement plus ou moins prolongé.

Une femme aisée ou riche vient-elle consulter certains praticiens pour une affection gynécologique, vite ceux-ci lui ordonnent et apprennent à se faire des pansements, qu'elle se fera avec une inhabileté compréhensible et une malpropreté mère des pires infections dans la suite ; mais au moins les bons praticiens auront-ils échappé aux honoraires qui les menaçaient.

Pour les pansements de plaies, les lavages de vessie, les ventouses mêmes scarifiées, etc., c'est la même chose.

Et les injections hypodermiques, ah, voilà le bouquet ! Sitôt leur apparition, le praticien, épouvanté par les séries qui auraient été aussi fructueuses pour lui qu'avantageuses aux malades, a vite mis la seringue dans la main du malade, de la famille, de la femme de chambre ou de quelque garde improvisé ; et l'on voit les débilités s'injecter le cacodylate et l'eau de mer, les syphiliques s'injecter les sels solubles, les endoloris s'injecter la morphine et même s'intoxiquer ; mais au moins le bon praticien reste vierge de toute autre rétribution que celle de sa consultation. Eh bien, son rêve de désintéressement sera bientôt dépassé, car le public acquiert de jour en jour une telle pratique qu'avec les ampoules de toutes sortes qu'il peut se procurer partout, il n'aura bientôt pas plus besoin du médecin pour ordonner que pour faire une injection d'huile camphrée ou de caféine à un cardiaque, ou une injection de sérum de Roux à un diphtéritique. Il a vu faire cela, dans tel et tel cas, il a la seringue et « c'est pas pour rien ».

Il y a pire : un syphilitique riche à qui son médecin venait de faire une série d'injections de benzoate de Hg., rencontrant un jour celui-ci, qui lui demanda de ses nouvelles, lui fit cette réponse : « Ça va bien, docteur, mais un de mes amis dans le même cas que moi a eu affaire à un médecin plus consciencieux, qui lui a appris à se faire ses piqûres ».

Confrères, goûtez et savourez !

Eh bien, je dis qu'il est lamentable d'en être arrivé à se voir injurié pour avoir rempli son rôle, et cela par la faute de médecins inconscients de leurs propres intérêts.

Et pourquoi cette façon de faire ?

Est-ce paresse ? Cela est inconnu chez le médecin.

Est-ce dédain pour ces travaux manuels ? Seuls les virtuoses du bistouri, les princes de la science aux gros honoraires, les rares médecins favorisés de la fortune, peuvent se le permettre, à la condition de ne confier qu'à de jeunes confrères moins favorisés qu'eux ce qu'ils ne veulent pas faire ; ces derniers se trouveront bien de cette rétribution et sauront se la conserver dans l'avenir. Chez tous ceux qui doivent vivre de leur profession ce dédain est ridicule.

Est-ce la crainte d'obérer le budget des clients ?

Que diable, si par nos soins assidus et répétés nous sauvons un cardiaque ou un diphtéritique, si nous mettons un blessé à l'abri d'une éternelle boiterie ou un syphilitique à l'abri des

accidents précoces ou tardifs, nous méritons tout de même tout aussi bien une retribution, que quand nous faisons une opération chirurgicale. Ou alors, si tous ces soins sont chose si vile et méprisable, pourquoi dans nos tarifs les estimer le double ou le triple ? Quelle inconséquence !

Dans le centre de Paris, où cet abus sévit à son maximum, nos prix sont 5 fr. ou 10 fr. selon la classe pour la consultation ou la visite simple ; dans la banlieue, dans les villes de province, dans les campagnes, le nouveau tarif les a portés à un chiffre rémunérateur. Ne vaudrait-il pas mieux, dans le cas où la bourse du malade ne pourrait supporter les prix doubles, donner ces soins au prix de la consultation que de les confier à des parasites de la médecine ?

Je demande à tous les confrères qui sont tombés dans cette erreur de vouloir bien estimer combien chaque mois ils ont négligé de séries de massages, injections hypodermiques, lavages de vessie, électrisations, pansements gynécologiques et autres, etc.; séries qui, toutes, même au tarif simple ci-dessus, leur auraient rapporté un ou plusieurs billets de cent, et de calculer combien à la fin de l'année ils ont volontairement perdu de billets de mille. Et je suis convaincu qu'après cette simple petite opération d'arithmétique la plupart seront guéris de leur erreur.

Conclusion : gardons pour nous la pratique de ces soins, qui ne sont point du domaine des infirmiers et n'incombent qu'aux médecins, donnons-les aux prix fixés par les nouveaux tarifs. Si, par exception, la situation du malade l'exige, donnons-les au prix de la consultation ; mais jamais au-dessous, car cette base doit rester désormais intangible.

Envoyons les malades incapables de payer dans les hôpitaux, qui sont faits pour eux et où les étudiants sont assez nombreux pour être chargés de ces soins à la place des infirmiers, ce qui leur fera la main pour l'avenir.

Si nous sommes quelquefois en présence de personnes manifestement malheureuses et ne pouvant pour des raisons valables s'adresser aux hôpitaux, c'est pour nous le moment de nous montrer généreux, et tout à fait. Donnons-leur ces soins gratuitement ; mais, jamais, sous aucun prétexte, ne mettons la seringue entre les mains du public, et ne lui apprenons jamais à faire de la médecine illégale, en l'apprenant à sortir de son rôle.

C'est à un organe répandu et puissant comme le *Concours Médical*, c'est aussi aux syndicats médicaux qu'il appartient d'user de leur influence pour mettre fin à cette désastreuse tendance. J'espère, mon cher confrère, que vous serez de cet avis, et que notre distingué et actif président du Syndicat de la Seine le partagera.

Veuillez, mon cher confrère, excuser la longueur de ma lettre, et agréer l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr A. de la Rochefordière,
33, rue de Turin, Paris.

REPORTAGE MÉDICAL

Les bourses de doctorat en médecine.— Le *Journal officiel* vient de publier l'arrêté ministériel suivant :

Article premier. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 28 octobre 1910.

Art. 2.— Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 15 octobre, à 4 h.

Art. 3.— En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Art. 4.— Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études P. C. N. et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie) ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire :

Les épreuves sont : *a*) une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie ; *b*) une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a*) une composition de médecine ; *b*) une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a*) une composition de médecine ; *b*) une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Art. 5 — Les candidats qui justifient soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études P. C. N., soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

Mort par accident à 106 ans.— Un homme très vieux est mort dernièrement à Montréal (Canada). Il s'appelait Pierre Forget et comptait 106 ans révolus. Le vigoureux centenaire n'est pas mort de vieillesse, mais d'une chute qu'il a faite en se promenant !

Il laisse une veuve âgée de 98 ans. Aux obsèques, on se montrait les cinq générations des descendants de ce couple admirable et heureux, car jusqu'à l'extrême vieillesse, mari et femme ont conservé une extraordinaire lucidité, la mémoire et tous les avantages de l'intelligence.

Hygiène scolaire.— Notre confrère Dupeux a proposé au Conseil général de la Gironde, pour avis favorable, le vœu :

« Que deux fois par an, à Pâques et à la fin de l'année scolaire, ainsi que cela se pratique à Bor-

deaux, toutes les écoles publiques du département soient désinfectées, soit par les vapeurs sulfureuses, soit par les vapeurs d'aldéhyde formique ; que les murs des classes soient badigeonnés au lait de chaux et les parquets bien lessivés ; que les sept postes de service de la désinfection organisés dans le département en vertu de la loi du 15 février 1902 soient chargés d'assurer, ou tout au moins de surveiller l'application de cette mesure essentiellement prophylactique. »

Services médicaux des Compagnies de chemins de fer. — M. Borderie a émis au Conseil général de la Gironde le vœu « que M. le Ministre des Travaux publics invite les Compagnies de chemin de fer à établir dans chaque gare un poste de secours, avec instruments, appareils de première urgence en cas d'accidents et à réorganiser leurs services médicaux de manière à assurer toutes garanties au public et au personnel (Services spéciaux : yeux, oreilles, etc). » (*Gaz. des Hôp. de Bordeaux.*)

Vocabulaire des clients. — Celui-ci n'a pas un *kyste*, mais un *Christ* sur le pied. Un autre demande non pas un *fortifiant*, mais qu'on s'occupe de sa *fortification*.

Un troisième, ancien soldat dans la cavalerie, répond, quand on lui demande s'il va *à la selle*, qu'à son âge il ne peut plus y aller *sans étriers*.

Il y a encore l'amateur de beau langage, qui ne pouvant rien dire simplement, se plaint que la maladie lui a laissé un peu d'*absurdité*.

Enfin, il ne faut pas omettre la jeune femme avariée à qui on a prescrit les pilules de Dupuytren qui sont, pour elles, les pilules des deux p. t.. ns.

A. L.

Les notions de cuisine indispensables au médecin — A une époque où l'institution des régimes alimentaires tient une juste place dans la thérapeutique, il devient indispensable au médecin de connaître quelques notions de cuisine diététique qui, malheureusement, ne se rencontrent pas dans nos livres médicaux. *Bardet* signale les plus utiles dans le *Bulletin général de Thérapeutique* du 23 août 1910. Pour varier les régimes qui doivent être longtemps suivis, on dispose de procédés nombreux amenant chacun des changements particuliers dans les aliments. Ainsi, pour obtenir un bouillon de viande riche en albumines solubles et en matières extractives, il convient de mettre la viande à l'eau froide. Le procédé du bouilli égalise toutes les viandes au point de vue de leur digestibilité. Pour le poisson, il convient de le faire « revenir » dans le beurre avant de le faire bouillir.

Les légumes doivent être cuits dans peu d'eau et immergés ensuite dans l'eau bouillante.

Les grillades sont irritantes pour l'estomac, leur partie superficielle étant revêtue d'une couche d'albumine oxydée. Il en est de même pour les fritures, qui doivent être très chaudes pour ne contenir aucun atome de graisse.

(*La Clinique.*)

Accidents d'artistes. — Dans une revue jouée cet hiver au Moulin Rouge, à Paris, Mlle R. exécutait une danse hindoue avec un serpent vivant.

Ce rôle n'était pas sans danger, puisque le 9 mars l'artiste fut mordue par cet animal.

Atteinte d'une blessure constituant une infirmité permanente, elle a demandé à la direction du théâtre, la réparation du dommage en se réclamant de la loi sur les accidents du travail.

La défenderesse soutenait que la loi n'était pas applicable parce que Mlle R. n'était pas une employée ordinaire, mais qu'elle constituait dans la revue un numéro attractif.

Le tribunal de paix du XVIIIe arrondissement a donné gain de cause à l'artiste.

En dehors des considérations de faits, le jugement rappelle que, non seulement les employés ordinaires, mais les surveillants, les contre maîtres, les ingénieurs même qui se trouvent dans l'atelier peuvent prétendre à bénéficier de la loi sur les accidents du travail.

D'autre part, l'article premier de la loi du 12 avril 1906 étend la législation sur les responsabilités du travail à toutes les entreprises commerciales. Qu'au surplus ce qui caractérise la qualité de l'employé, c'est la subordination professionnelle existant entre le patron et lui ; or, ce rôle de subordonné qu'occupait Mlle R. ressort manifestement des termes de son engagement.

Enfin, le tribunal estime que l'engagement des artistes envers les directeurs de théâtre répond aux conditions indiquées par l'article 1780 du Code civil et constitue un louage de services et qu'à tous égards il y a lieu d'admettre la prétention de Mlle R., qui obtient l'indemnité qu'elle réclamait.

(*Bull. des acc. du trav.*)

Un monument érigé à un médecin. — Qui ne se souvient de la mort héroïque du docteur Mauchamp, massacré au Maroc par les gens auxquels il avait, depuis des mois, consacré tous ses soins et son dévouement ? Au docteur Mauchamp, assassiné à Marakech, en 1907, la France a élevé un monument qui a été inauguré le 21 août, à Chalon-sur-Saône, sa ville natale, par M. Pichon, ministre des affaires étrangères.

Ier Congrès de la Fédération des stations thermales d'Auvergne. — Le lundi 19 courant, s'est tenu, à Royat, le premier Congrès de la Fédération des stations thermales d'Auvergne. Le but de ce Congrès est de grouper les différentes initiatives en vue d'une action commune pour développer et améliorer l'ensemble des stations thermales. Il se compose des municipalités, syndicats médicaux, d'hôteliers, d'initiative, etc., et des représentants des Etablissements thermaux et Casinos.

La réunion du bureau (Comité fédéral) s'est tenue au bureau du Syndicat d'initiative de Royat, le matin à 10 heures, et l'assemblée générale à 2 heures et demie dans le grand hall de l'établissement thermal de Royat.

Un mot de la fin, que le lecteur nous pardonnera d'insérer, parce qu'une fois n'est pas coutume et qu'il est assez spirituel pour mériter d'être reproduit :

— Chère Madame, il n'y a qu'un remède à votre état de langueur... vous remarier !

— Oh, Docteur ! avec vous, volontiers !

— Madame, une simple remarque, le docteur ordonne la médecine, mais ne la prend pas !

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

TRENTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 40 — DIMANCHE 2 OCTOBRE 1910

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 7.000 PRATICIENS

Groupés dans la SOCIÉTÉ D'ÉTUDES « Le CONCOURS MÉDICAL »

et les ŒUVRES DE DEFENSE ET DE PREVOYANCE, *ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS

France..... 10 fr.
Etranger..... 12 »
Etudiants..... 5 »
Le Numéro..... 20 cent.

DIRECTION

H. JEANNE, DIRECTEUR

Paul BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

A. GASSOT, A. MAURAT, H. CEZILLY
P. CEZILLY, DIVERNERESSE

J. DUMESNY, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF

P. HUGUENIN — P. LACROIX
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 23, rue de Dunkerque (*Place de la Gare du Nord*), PARIS

Dans les rhumatismes, souvenez-vous que le salicylate est un poison qui agit sur le CERVEAU (mémoire infidèle 10 ans après) qui brûle l'ESTOMAC et qui exerce une action dépressive sur le CŒUR.

Le médecin possède un médicament d'une action autrement puissante et d'une innocuité absolue, l'URODONAL. Dans les cas aigus 3 cuillères à soupe par jour, chacune dans un verre d'eau, jugulent l'accès par une saignée urique énergique. Des centaines d'observations l'attestent. L'essai est concluant et inoffensif.

Urodonal

Dissout l'Acide urique

3 cuillerées à café par jour chacune dans un verre d'eau entre les repas, 10 jours par mois.
États aigus : 3 cuill. à soupe par jour.
Aucune contre-indication.

TOUX Spasmodique Coqueluche
Ct Hle O3 Sédatif puissant contre
AETHONE

DIGITALINE CRISTALLISÉE NATIVELLE
Employée dans tous les Hôpitaux de Paris

CEREBRINE MIGRAINES Névralgies rebelles. RÈGLES DOULOUREUSES

AVIS

Prime à nos abonnés

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos abonnés (anciens et nouveaux) qu'ils recevront désormais chaque année *gratuitement et franco* l'AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN.

Notre volume qui paraîtra vers le 15 novembre prochain (voir sommaire n° 23) comportera au moins 700 pages, et sera relié soigneusement. *Il contiendra tous les renseignements d'ordre professionnel qui sont indispensables aux praticiens.*

AVIS

Remplacements

L'Administration du *Concours* prie MM. les docteurs ou étudiants (ayant 16 inscriptions) désireux de faire des remplacements de vouloir bien se faire inscrire le plus tôt possible au bureau du journal en indiquant exactement l'époque pendant laquelle ils seront libres.

AVIS

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Vient de paraître la *nouvelle édition* du

Vade-Mecum du médecin-praticien

dans ses interventions pour les accidents du travail régis par les lois de 1898 - 1902 - 1905, d'après les documents du *Concours* et du « Sou Médical », recueillis par le Dr Duchesne. Edition mise au courant de la jurisprudence par M. Dumesny. **Prix : 2 fr. 50** *franco aux bureaux du Concours.*

AVIS

Accidents du Travail

1° *Notes d'honoraires médicaux* ;
2° *Mémoires de fournitures pharmaceutiques* ;

Suite page III.

Rhumatismes, Goutte, Gravelle, Diabète

Prescrire aux Repas.

VICHY-CÉLESTINS

Préparation économique de l'Eau artificielle gazeuse avec les

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Envoi échantillons au CORPS MEDICAL. — Adm.: 24, Boul. des Capucines, Paris.

PHYTINE

PRINCIPE PHOSPHO-ORGANIQUE
NATUREL DES GRAINES VEGÉTALES
22.8 % DE PHOSPHORE ASSIMILABLE
RECONSTITUANT ENERGIQUE, APERITIF PUISSANT
Cachets — Granulé — Comprimés — Gélules

FORTOSSAN
PHYTINE pour NOURRISSONS

PHYTINATE DE QUININE

Echantillons gratuits et Littérature
SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE, Dép. pharmac. SAINT FONS (Rhône)

Les **MÉDECINS FAISANT LA PHARMACIE**
emploieront avec avantage les
CAPSULES, GRANULES, PILULES, AMPOULES SP,
POTIONS GRANULÉES DE
A. LE COUPPEY
SOUILLARD-LE COUPPEY & Cie, Succ.
Fournisseurs des hôpitaux de Paris. 23, RUE DES ECOUFFES, PARIS
Fournisseurs de droguerie des Membres du « CONCOURS »

CACHET DE GARANTIE

GRANULES LE COUPPEY

La forme « GRANULE » est la plus sûre et la plus commode pour administrer les alcaloïdes et médicaments actifs et en surveiller l'action

Les « GRANULES DE COUPPEY » rigoureusement titrés et préparés avec des produits d'une pureté absolue donnent toutes les garanties de te dosage de régularité d'action.

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER

HYGIÉNIQUES & MÉDICAMENTEUX

SAVON doux ou pur, **S.** hygiénique, **S.** surgras au Beurre de cacao, **S.** à la glycérine (*pour le visage, la poitrine, le cou*, etc.), **S.** Panama, **S.** Panama et Goudron, **S.** Naphtol soufré, **S.** Goudron et Naphtol *pour les soins de la chevelure, de la barbe, pellicules, séborrhée, alopécie, maladies cutanées.* **S.** Sublimé, **S.** Phéniqué, **S.** Boriqué, **S.** Créoline, **S.** Eucalyptus, **S.** Eucalyptol, **S.** Résorcine, **S.** Salicylé, **S.** Salol, **S.** au Solvéol, **S.** Sulfate de cuivre, **S.** Thymol (*accouchements, anthrax, rougeole, scarlatine, variole*, etc.). **S.** au Pétrole contre *la gale, parasites.*
SAVON à l'Ichthyol, **S.** Panama et Ichthyol, **S.** Sulfureux, **S.** à l'huile de Cade, **S.** Goudron, **S.** Boraté. Goudron boriqué, **S.** Iodé à 5 o/o d'Iode, **S.** Mercuriel à 33 o/o de mercure, **S.** au Tannoforme contre *les sueurs*, S. à l'huile de Chaulmoogra, contre *la lèpre, le psoriasis*, **S. S.** du Pérou et pétrole, *gale, parasites.*

Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, Paris.

8° *Notes d'ordonnances* ;
4° *Certificats* ;
5° *Tarifs officiels*
6° *Affiches* ;
7° *Mémoires d'expertises* ;
8° *Modèles d'assignation* ;
9° *Barème de rachat des rentes* ;

Mutualité.

10° *Le service médical des mutualités* ;

Repos hebdomadaire.

11° *Décision du Congrès des praticiens.*

Nous tenons à la disposition de nos confrères:

1° **Des notes d'honoraires médicaux.**

2° **Des mémoires de fournitures pharmaceutiques,** prévues par l'art. 15 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

3° **Notes d'ordonnances** (format augmenté et rédaction modifiée).

Notes d'ordonnances portant comme en tête les instructions aux blessés du travail.

4° **Certificats.**

Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Les quatre sortes d'imprimés sont envoyés franco au prix de :

Les 50..... 1 fr. 50
Le 100..... 2 fr. 50
Les 500..... 10 fr.
Les 1000..... 15 fr.
Au-dessus, conditions spéciales

5° **Tarifs officiels**

Tarif spécial des honoraires médicaux pour les accidents du travail avec son *Répertoire alphabétique*. Franco 0 fr 50.

Tarif pharmaceutique.

Accidents du travail).
Franco 0 fr. 75.

6° **Affiches**

Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix du médecin.

PRIX FRANCO : les 50, 3 fr., le cent 5 fr.

7° **Mémoires d'expertises. Accidents.**

Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail. (Loi du 9 avril 1898).

PRIX FRANCO : 2 fr. 50 les 50 et 4 fr. le cent.

8° **Modèles d'assignation et Jurisprudence.**

1° A propos de la question du cumul des visites ou consultations avec les autres interventions

2° Avec demande de dommages-intérêts pour résistance injustifiée de paiement.

3° Le contrôle du médecin patronal.

Prix de la plaquette franco : 0 fr. 50.

9° **Barème minimum pour le rachat des rentes** inférieures à cent francs et tableaux d'évaluation d'incapacité permanente partielle, par le Dr DIVERNERESSE. Prix 1 fr. franco.

10° **Mutualité.**

Le Service Médical des Mutualités : ses défectuosités ; le peu de garanties qu'il offre aux Sociétaires au point de vue de l'efficacité des soins, par le Dr VIGNONT.

Prix franco : 0 fr. 25 (par cent : 10 fr.)

1° **Repos hebdomadaire**

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs des imprimés au sujet du repos hebdomadaire.

Suite page V.

GYROL

CRAYON ET PAPIER

RÉVULSIFS A LA CAPSICINE

Action rapide et continue, pouvant durer ou se supprimer à volonté. — Déterminant, sans douleur ni éruption ou trace consécutive quelconque, un afflux sanguin avec vive rougeur et simple chaleur.

Supérieur aux autres révulsifs dont il n'a pas les inconvénients.

SOUVERAIN DANS LES : Rhumes et Bronchites, Angines, Laryngites, Grippes, Congestions, Névralgies, Rhumatismes musculaires et douleurs diverses, Sciatique, Lumbago, etc.

Prix : **Crayon** permettant de faire 40 à 50 applications, 2 fr.
Papier, 1 fr. 50 la boite de 8 feuilles.

Aux médecins pour essai, 1 fr. 50 ou 1 fr. (mandat ou timbres-poste).

Dépôt général : **COIRRE, 79, rue du Cherche-Midi, PARIS**

HUILE GRISE STÉRILISÉE VIGIER

et HUILE au CALOMEL STÉRILISÉE VIGIER * HUILE au BI-IODURE de MERCURE STÉRILISÉE
VIGIER, Phien, 12, Boul[t] Bonne-Nouvelle, PARIS, et toutes Pharmacies.

Traitement local des Sciatiques, Lumbagos, Coliques hépatiques, Névralgies intercostales
PAR LE

SINAPLAN AU CHLOROFORME

Préparation donnant une chaleur agréable et d'un effet calmant surprenant.

PRIX : 2 FRANCS au Public. — Ticket 0 fr. 40

Dépôt : **Pharmacie COURTINE, 201, boul. Victor-Hugo, St-Ouen** (Seine) | PARIS : **MM. PIOT et LEMOINE, 117, rue Vieille-du-Temple**, Spécialiste

Antiseptique-Cicatrisant *Ozone Naissant*
NON TOXIQUE

NÉOL

Épidermise **Brûlures**
en quelques jours ; supprime douleur en quelques secondes. (Panser au NÉOL à 1 p. 5.)

Cicatrise **Ulcérations** cutanées et muqueuses.
(**Escarres, Anthrax, Plaies** phagédéniques, **Chancres** mous.)
(Toucher au NEOL pur ; panser à 1 p. 5.)

Guérit **Angines**
en 24-36 heures; supprime immédiatement dysphagie. (Toucher NÉOL pur ; gargarisme 1 p. 10).

Employé journellement dans les Hôpitaux de Paris

Le Directeur du *Laboratoire du NÉOL, 9, rue Dupuytren*, sollicite du Corps médical l'**essai loyal du NÉOL.** Il adresse échantillons gratuits

NOUVEAU PANSEMENT GYNECOLOGIQUE

TAMPOVULES Brevetés S. G. D. G.

de Corbière et Lindeux



(Echantillon gratuit)

AVANTAGES :

1° Maintien de l'ovule au niveau où il a été introduit pendant toute la durée de sa fonte ;
2° Action plus énergique du médicament résultant de son séjour plus prolongé au contact de la muqueuse.

A la glycérine solidifiée et à tous antiseptiques

ichthyol, thigénol, oxygène naissant, résorcine, cocaïne, ferripyrine, antipyrine, chloral, collargol, etc., etc..

PRIX { La boîte de 6 Tampovules simples..... 4 fr.
» 6 » à tous autres principes.. 5 fr.

Vente réglementée assurant un bénéfice de 25 o/o aux pharmaciens.

Pansements brevetés de **Corbière et Lindeux**, 3, rue Fourcroy, PARIS. -:- Tél. 537-64

MARQUE DÉPOSÉE

CHOLÉOKINASE

6 à 8 ovoïdes par jour
TRAITEMENT SPÉCIFIQUE
DE L'ENTÉROCOLITE MUCOMEMBRANEUSE
de la Constipation liée à l'insuffisance biliaire
DES DYSPEPSIES INTESTINALES
DE LA LITHIASE BILIAIRE

Laboratoires
DURET & RABY
à MARLY-LE-ROI (S&O)

THAOLAXINE *LAXATIF-RÉGIME*

TUBERCULOSE PULMONAIRE
BRONCHITES Aiguës et Chroniques
DILATATION des BRONCHES
PLEURÉSIES

CAPSULES COGNET

Eucalyptol absolu Iodoformo-crésoté,

Antiseptique Pulmonaire Incomparable

PARIS — 43, Rue de Saintonge, et PHARMACIES.

Chloro-Anémie
CONVALESCENCES
ATONIE

DRAGÉES DE FER COGNET

Protoxalate de Fer et Quassine Cristallisée

Le plus ACTIF des Ferrugineux.

PARIS — 43, Rue de Saintonge, et PHARMACIES

Trente-deuxième année. N° 40 Dimanche 2 OCTOBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Au Congrès des Maladies Professionnellss de Bruxelles. — Les singularités d'un représentant du Ministère du travail. — Comment les médecins français y furent appréciés..... 847
Médecine pratique
Diagnostic et traitement modernes de la syphilis.... 849
La semaine médicale
La préparation 606. — L'emploi de l'eau chaude dans la gynécologie. La perforation intestinale des tonneliers..... 853
Formulaire raisonné
La belladone..... 855
Thérapeutique
Caractères et traitement de la conjonctivite purulente. 856
La lutte contre le libre choix du médecin en France
Compte rendu d'un voyage d'information à Paris par le professeur Dr Lennhoff, fait à Berlin le 28 juin 1910, à la Société de réforme médicale de Berlin..... 857
Chronique syndicale
A propos de la réorganisation de l'Union des Syndicats médicaux de France..... 864
L'encombrement médical
Limitation du nombre des étudiants en médecine.... 866
Reportage médical... 868

PROPOS DU JOUR

Au Congrès des Maladies Professionnelles de Bruxelles. Les singularités d'un représentant du Ministère du Travail. Comment les Médecins français y furent appréciés.

La dernière Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France avait émis le vœu que les Syndicats médicaux français fussent autant que possible représentés à tous les Congrès ayant rapport à l'exercice de la médecine. Comme, cette année, devait se tenir à Bruxelles un Congrès des Maladies Professionnelles, le conseil de l'Union y délégua un de ses membres, notre distingué collègue, M. le Dr Delpeut, de Saint-Chéron. M. Delpeut aurait dû se rencontrer à Bruxelles avec le délégué du Syndicat des médecins de la Seine, le Dr René Martial, que ses travaux antérieurs rendaient plus particulièrement apte à prendre part aux discussions du Congrès, mais l'administration du Sanatorium de Montigny-en-Ostrevent, administration qui compte parmi ses membres des maîtres en hygiène et des médecins, n'avait pas cru devoir autoriser le Dr R. Martial, directeur médical de ce Sanatorium, à prendre les quelques jours de congé nécessaires pour aller représenter les 1.600 médecins parisiens syndiqués aux travaux éminemment subversifs du Congrès des maladies professionnelles.

***

Nous savons que depuis quelque temps, les praticiens français ne jouissent plus des faveurs officielles. Fonctionnaires et fonctionnarisés, médicaux ou autres, agents d'assurances ou représentants des Compagnies industrielles et financières, en somme tous les gens asservis qui ont de ce fait horreur de ceux qui revendiquent le droit à l'indépendance et au franc-parler, ont coutume de répandre en sourdine sur les praticiens syndiqués les bruits

les plus calomnieux. On raconte sur eux, au dessert, de ces choses qui ne se disent que très bas dans le tuyau de l'oreille, et qui font que nos délégués dans les Congrès internationaux sont sensiblement accueillis avec les égards que l'on réserve dans la bonne société aux forçats en rupture de ban ou aux récidivistes mûrs pour la relégation. Ce fut à peu près ce qui survint à Bruxelles. C'est ce qui était déjà arrivé à Rome au Congrès des accidents du travail. Notre ami Diverneresse eut la preuve de ces agissements et de ces calomnies quand il reçut la visite du Dr Lennhoff, professeur de la Faculté de Berlin. Ce médecin allemand distingué lui avait été adressé par un de nos confrères parisiens, scandalisé par les bruits que l'on faisait courir sur les praticiens français. Le professeur Dr Lennhoff, largement documenté par Diverneresse, fut suffisamment édifié, et n'hésita pas à donner, dans son pays, aux documents de Diverneresse, toute la publicité que méritaient les manœuvres dont les défenseurs du libre choix sont victimes, dans un rapport à la Société de Réforme médicale de Berlin, et publié par la *Medizinische-Reform*, dont nous sommes heureux de donner aujourd'hui même la traduction à nos lecteurs (1).

Le lendemain de sa visite à Diverneresse, le Dr Lennhoff allait voir le Dr Archambault, qui écrivait à Diverneresse la lettre suivante :

Paris, le 27 juin 1910.

Mon cher confrère,

J'avais vu le Dr Lennhoff, de Berlin (venu en France pour faire une enquête de sociologie), convaincu que le médecin français était une crapule ne pensant qu'à voler et à tricher les assurances. Je vous l'ai envoyé pour que vous lui expliquiez le contraire. Le lendemain, il est venu me voir et semblait retourné : j'ai donc fait œuvre patriotique.

Bien confraternellement,

Dr Léon Archambault.

***

Donc au Congrès de Bruxelles, notre délégué, le Dr Delpeut, reçut un accueil assez froid qui ne l'empêcha nullement de remplir en conscience et avec distinction la mission qui lui avait été confiée. A la séance d'ouverture, le directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales du Ministère français du travail vint représenter officiellement le Gouvernement de la République. Puis, appelé ailleurs, sans doute par des occupations plus pressantes, il laissa à un haut fonctionnaire de l'inspection du travail le soin de le suppléer.

Nous n'exposerons pas, d'après le rapport très intéressant que nous en fit M. Delpeut, les discussions qui eurent lieu sur les questions d'assurance contre les conséquences des maladies professionnelles. Nous nous bornerons à constater avec tristesse que la France, épuisée par l'effort de l'application des lois sur les accidents du travail et les retraites ouvrières, ne pourra songer de longtemps à marcher sur les traces de l'Allemagne, de l'Autriche, de l'Angleterre, en somme de tous les pays à peu près civilisés, où l'assurance obligatoire contre la maladie en général ou les maladies professionnelles en particulier est depuis longtemps appliquée. Nous en serons très longtemps réduits à laisser dormir la proposition de loi de M. J. Breton, député du Cher, ou celle du gouvernement, que M. le Dr Dubief déposa durant son ministère en 1905.

Cependant, si les maladies professionnelles étaient limitées à celles qui rentrent dans la définition adoptée par le représentant de notre Ministère du Travail, on pourrait voter la loi sans crainte de ses conséquences financières, car elle ne serait guère coûteuse à appliquer.

Voici la singulière définition qu'adoptait le délégué du gouvernement de la République française :

On entend par maladies professionnelles, d'une profession ou d'un groupe de professions déterminées, celles dont l'une des causes réside dans l'exercice plus ou moins prolongé des professions considérées et auxquelles ne sont pas exposées les personnes étrangères aux dites professions.

A ce compte, il n'y aurait guère de maladie professionnelle en dehors des accidents du travail bien et dûment constatés, et nous serions curieux de savoir de quelle maladie professionnelle pourraient être frappés les agents de l'assainissement et les infirmiers. Notre délégué, M. Delpeut, opposa à cette étrange manière de voir une autre définition, qui a au moins l'avantage d'être en accord avec le sens commun. La voici :

Les maladies professionnelles sont des affections pathologiques survenant pendant ou à la suite de l'exercice plus ou moins prolongé d'une profession, du fait de la manipulation de substances nocives pour l'organisme, ou de l'obligation d'exercer ladite profession dans des conditions hygiéniques incompatibles avec le fonctionnement physiologique normal des différents organes.

Quelle que soit la définition adoptée, il serait toujours indispensable de soumettre à un expert compétent l'examen de la nature professionnelle ou autre de la maladie. Quel devrait être cet expert ? Le sens commun le plus vulgaire désigne évidemment un médecin. Mais dans nos administrations françaises, où l'on a assez souvent l'habitude de faire tenir par des danseurs des emplois de calculateurs, on ne se laisse pas toujours guider par le simple bon sens, et M. le délégué du Ministère français du Travail chargerait volontiers un de ses inspecteurs de cette délicate expertise, d'ordre cependant purement médical.

Là ne devaient pas se borner les singularités de M. le délégué du Ministère français du Travail. Lorsque l'examen de la question de l'admission des enfants dans les usines et les ateliers vint en discussion, un certificat d'apti-

(1) Voir plus loin, page 857.

tude physique, délivré par un médecin, parut indispensable, M. le délégué du Ministère français du Travail n'hésita pas à mettre en doute, à ce Congrès international, devant un public composé surtout d'étrangers, la conscience et l'honorabilité des médecins praticiens français qui érigeraient, selon lui, en principe la rédaction de faux certificats.

Notre représentant, le Dr Delpeut, allait relever cet outrage, mais il fut devancé par M. le Dr Granjux, qui sut trouver les termes sévères qu'il convenait pour qualifier comme elles méritaient de l'être les affirmations singulières de M. le Délégué du Ministère français du Travail. Le Dr Delpeut dut donc se borner à remercier, au nom de tous les médecins français, M. le Dr Granjux de son opportune intervention.

Mon Dieu ! nous sommes depuis longtemps habitués à ces singulières surprises. Nous savons que certains de nos magistrats, par exemple, donnent à un certificat médical une importance assez grande pour conduire en police correctionnelle et condamner durement un médecin qui, par un manque de précision, aura permis à un blessé d'attenter à l'immunité du coffre-fort d'une puissante Société. Nous avons signalé ici, d'autre part, le jugement d'un autre magistrat qui considère un certificat médical comme un document sans valeur sur lequel le médecin n'a guère qu'une signature à apposer, ce qui est insuffisant pour lui permettre de revendiquer des honoraires. Mais ces opinions extrêmes avaient été jusqu'alors émises dans les limites de nos frontières. D'ailleurs, l'avis des premiers magistrats avait été sensiblement modifié en appel, tandis que dans le second cas, le jugement avait été rendu aux environs de Marseille, sous un climat qui peut porter même un juge de paix à commettre quelques exagérations. Mais nous avons été stupéfaits d'apprendre qu'à un Congrès international, dans une ville étrangère, un haut fonctionnaire du Ministère du Travail ait pu aussi légèrement se laisser aller à de pareilles singularités et adresser une injure aussi gratuite aux membres d'une Corporation qui, de toutes, est, par le rôle social qu'elle remplit, la plus respectable sinon la plus respectée. Nous avons le droit de douter que ce fonctionnaire ait eu la mission de parler à un titre officiel quelconque, car, s'il en était ainsi, notre devoir le plus étroit serait de demander à M. le Ministre du Travail si ce prétendu délégué avait reçu de lui des instructions pour apprécier ainsi le Corps médical français.

J. Noir.

MÉDECINE PRATIQUE

Diagnostic et traitement modernes de la syphilis.

Les progrès de la médecine, en ce qui concerne la syphilis sont gigantesques, si l'on se reporte seulement au commencement du siècle dernier. Sans froisser aucune susceptibilité, il nous semble que l'on peut affirmer l'état précaire de nos connaisances syphiligraphiques avant Ricord et avant Fournier. L'importance du bagage scientifique des deux éminents professeurs n'échappe à personne ; ce qu'ont fait ces deux Français pour débrouiller le chaos de la syphilis est colossal. Et cependant, lorsqu'ils eurent donné les descriptions admirables de précision et de netteté et les caractères objectifs des lésions syphilitiques, combien il restait à faire pour solutionner les questions du germe spécifique, des réactions spéciales du sérum sanguin syphilitique, et des meilleures méthodes de traitement à opposer à cet épouvantable fléau que les littérateurs ont si bien baptisé, l'AVARIE !

De nos jours, les travaux se multiplient ; de nombreuses découvertes viennent donner l'espoir que l'on possédera bientôt quelques solutions définitives et que le mal pourra être combattu plus efficacement qu'autrefois.

Schaudinn a enfin trouvé un germe pathogène le *Treponema pallidum*, qui, s'il n'est pas l'unique agent de contagion, peut du moins être considéré comme un des éléments fondamentaux de toute lésion syphilitique acquise ou héréditaire. Sa présence constatée permet donc d'affirmer la nature syphilitique de la lésion où il a été recueilli.

La réaction découverte perfectionnée par Wassermann et Forges, sur le sérum sanguin, permet aujourd'hui, à condition que le sujet examiné ait provisoirement cessé tout traitement mercuriel, de découvrir la syphilis là où l'œil le plus sagace et le plus clinicien est incapable d'y rien voir.

Enfin, les recherches de MM. Metchnikoff, Salmon, Hallopeau, etc., ont permis d'espérer que l'on possédera bientôt un remède plus rapidement et plus radicalement efficace que le mercure : ATOXYL, ARSACÉTINE, HECTINE, REMÈDE N° 606 d'Ehrlich, telles sont les dernières trouvailles de la thérapeutique contre l'avarie.

Les résultats obtenus sont encourageants, sinon définitifs. De nombreuses recherches sont encore indispensables et l'épreuve du temps est nécessaire pour généraliser l'emploi de ces nouveaux remèdes.

I

Réactions de Wassermann et de Porges.

Nous avons déjà indiqué, à deux ou trois reprises dans le *Concours médical* (v. pages 252 et 540, année 1910), les résultats obtenus par la séroréaction dite de Wassermann.

C'est en 1906 que Wassermann, Neisser et

Bruck ont imaginé cette méthode fondée sur la réaction de Bordet-Gengou ou de déviation du complément. Le sérum du sujet examiné est mis en présence d'un extrait aseptique de foie hérédo-syphilitique, et lorsque la séro-réaction est positive, elle révèle la présence des anticorps syphilitiques.

C'est là, assurément, une recherche de laboratoire, qui nécessite un outillage spécial et surtout une expérience toute particulière ; mais, dans la plupart des centres, pourvus de laboratoires, on peut obtenir assez facilement ce précieux renseignement.

Voici comment on devra procéder : 1° Si le sujet est transportable, on le munira d'une petite note explicative et on l'adressera directement au laboratoire de recherches. Deux ou trois jours après, on pourra recevoir le résultat. C'est ainsi que nous procédons à Paris, à Lyon, à Bordeaux, à Lille.

2° Si le malade n'est pas transportable ou réside trop loin d'un centre, il est nécessaire de lui prélever du sérum et d'adresser cet échantillon au laboratoire. On peut faire une ponction *aseptique* d'une veine du pli du coude ou mieux recourir à une ventouse de Bier après scarification préalable. Cette ventouse, appliquée sur le flanc, permet de recueillir 4 à 5 centimètres cubes de sang, que l'on met dans un tube à essai et que l'on conserve à la glacière, en ayant soin d'incliner le tube. Le lendemain, le sérum est aspiré avec une pipette dans un flacon bien stérilisé à l'eau bouillie et à l'alcool et bouché à l'émeri, puis envoyé au laboratoire.

Il faut se rappeler que la réaction de Wassermann lorsqu'elle est positive, indique toujours l'existence de la syphilis, mais que quand cette réaction est négative, elle ne signifie pas toujours absence de syphilis. Le traitement mercuriel suivi par le malade empêche la réaction de se produire ; la technique employée peut quelquefois aussi entraver la réaction.

Les difficultés de la recherche de la réaction de Wassermann et ses imprécisions ont naturellement amené les chercheurs à poursuivre des améliorations. Une des améliorations les plus remarquées a été celle de Porges qui substitue à des réactifs organiques instables une solution fixe titrée de glycocholate de soude. Les résultats obtenus ont été satisfaisants et tout porte à croire que de nouvelles améliorations rendront plus pratique cette recherche si passionnante de la syphilis, dans l'étude pathogénique de nombreux états morbides encore obscurs.

Pour démontrer la fréquence d'application de ce nouveau procédé de diagnostic, nous rappellerons d'abord les remarques de M. Morichau-Bauchant dans les *Archives médico-chirurgicales* de Province : « Si la réaction de Wassermann ne fournit pas des renseignements formels pour tous les cas de mariage de syphilitiques, elle n'empêche pas, même lorsqu'elle est négative, de prendre les précautions d'usage si une grossesse survient.

« De plus, la réaction permet de constater la syphilis après accouchement d'enfants notoirement hérédo-syphilitiques, chez des mères que nul clinicien n'aurait pu déclarer contaminées. »

Pour la mise en nourrice de nouveau-nés suspects, la réaction de Wassermann peut être fort utile, quoique dans certains cas de syphilis latente, la réaction peut être négative et par conséquent, ne saurait faire prévoir des manifestations qui surviendront quelques semaines ou quelques mois après la naissance. Mais, avant d'accepter une nourrice au sein, il serait prudent de lui faire subir la réaction de Wassermann, au même titre que la cuti ou l'intra-dermo-réaction à la tuberculine.

Peut-être bientôt les compagnies d'assurances sur la vie et les assurances maladies feront-elles subir à leurs candidats cette fort utile épreuve qui peut avoir autant d'intérêt pour elles que l'analyse des urines.

Au mois de mai dernier, MM. Babinski et Barré ont signalé à la Soc. méd. des Hôp. l'utilité d'appliquer la réaction de Wassermann à la recherche de l'avarie chez les conjoints et chez les enfants, quand un des conjoints reconnaît avoir eu la syphilis ou bien en présente des stigmates : la pathogénie du rachitisme, des végétations adénoïdes, chez les enfants, de la paralysie générale et de certaines affections médullaires se trouverait peut-être ainsi singulièrement éclairée.

Pour notre part, nous pouvons citer deux faits extrêmement intéressants où l'utilité de la recherche de la réaction de Wassermann n'a pas été contestable.

1er *cas.* — M. A.., âgé d'une quarantaine d'années, père de famille, ayant trois enfants bien portants, fréquemment atteint de pharyngites et d'amygdalites aiguës, est pris vers la fin du mois de mars dernier d'une angine à allure subaiguë avec légères pseudo-membranes sur les amygdales, d'apparence pultacée. Le malade, très fatigué par une longue période de travail excessif et par un accident de voiture sur la voie publique dont il a été victime essaie cependant encore de réagir en effectuant un petit voyage. Effort funeste !

Le malade revient plus déprimé, la fièvre augmente (39° environ le soir), l'état local de la gorge s'aggrave. Les deux amygdales sont recouvertes de fausses membranes grisâtres, la déglutition est pénible ; on constate de la céphalée et des phénomènes névralgiques intenses, dans les branches de la 5e paire, mais il n'y a pas le moindre ganglion engorgé. On pratique l'examen bactériologique habituel et la culture des exsudats ; mais on n'y rencontre ni bacille de Loëffler (diphtérie), ni bacille fusiforme de Vincent ; on ne trouve que quelques microcoques et des levures. Cependant aucune médication ne paraît agir, ni le borax, ni le chlorate de potasse, ni le chloral, ni l'eau oxygénée, ni l'acide phénique employé localement, ni la quinine, ni le pyramidon à l'intérieur. Les deux amygdales se recouvrent incessamment d'un exsudat grisâtre et sous cet exsudat, on trouve des ulcérations à bords irréguliers, qui paraissent se creuser de plus en plus.

En même temps, le thorax et l'abdomen sont le siège d'une éruption de roséole généralisée, per-

sistante. Les organes génitaux ne présentent ni plaque, ni ulcération suspecte et le malade nie sincèrement toute syphilis.

Toutefois, au bout de cinq semaines environ, on fait faire l'examen *ultra*-microscopique de l'exsudat et on pratique la séro-réaction de Wassermann.

Cette double expérience est affirmative sur toute la ligne : tréponèmes de Schaudinn et réaction positive du sérum avec déviation du complément et arrêt de l'hémolyse des globules rouges de mouton; tout est précis. Il n'y a donc pas à hésiter ; c'est de la syphilis. Des badigeonnages iodés sur les amygdales et des injections fessières de benzoate de mercure guérissent l'angine au bout de 8 jours à peine. Depuis, fièvre, céphalée, roséole, ont complètement disparu, mais on a continué le protoiodure de mercure alterné avec la Liqueur de Fowler, sans interruption.

2e *cas.* — M. B., âgé de 35 ans, habite Saint-Denis, au bord du canal ; il a eu sa maison atteinte par les inondations de janvier 1910. Vers le mois de mai, il tombe malade, perd l'appétit, s'anémie et constate chaque nuit l'apparition d'une fièvre de 38° à 39°5.

A l'auscultation, on ne trouve ni tuberculose, ni pleurésie, ni affection du cœur ; il n'y a pas de diarrhée, ni de troubles intestinaux ; seule, la matité splénique paraît un peu augmentée. Plusieurs médecins vus successivement portent le diagnostic de paludisme subaigu et prescrivent la quinine d'une façon continue. La fièvre persiste toutes les nuits et disparaît complètement le matin comme auparavant, d'ailleurs. Mais le malade maigrit, ne mange plus, perd ses forces et peut à peine se tenir debout. Il est fort anémié ; il a de la céphalée, mais pas le moindre ganglion cervical, axillaire ou inguinal, ni aucune éruption. Toutefois, dans le sillon balano-préputial, on note une petite plaque rouge, non indurée, non saillante, qui ne paraît pas avoir grande valeur. Naturellement le malade nie toute syphilis ; sa femme examinée ne présente pas de lésion appréciable. Le sérum sanguin et les globules sont soumis à de multiples recherches ; on y constate une leucocytose très exagérée et l'absence d'hématozoaires de Laveran ; la séroréaction de Wassermann est positive. C'est une syphilis fébrile de la période secondaire très probablement ; toutefois, il n'y a aucune manifestation naso-bucco-pharyngée et aux organes génitaux, il n'y a que la petite plaque suspecte du gland. La quinine a été supprimée, naturellement, avant même la recherche de la réaction de Wassermann ; des purgations successives sont administrées et le protoiodure de mercure est mis en œuvre, à la dose de dix centigrammes par jour.

Le quinquina aide à ramener l'appétit et après 3 mois de dépérissement et de tâtonnement, la guérison s'accentue de jour en jour. Voilà deux faits qui démontrent jusqu'à l'évidence les bienfaits que l'on peut retirer de la séro-réaction de Wassermann.

Pour terminer cette question du diagnostic de la syphilis par le laboratoire, nous devons mentionner la méiostagmin-réaction du prof. Ascoli, de Pavie, et du Dr Izar.

« La méiostagmin-réaction (de μείον, plus petit, et σταγμος, goutte qui filtre) est fondée sur l'abaissement de la tension de surface, que subit le sérum sanguin d'un sujet en puissance d'une maladie spécifique (cancer, syphilis, fièvre typhoïde, etc.), quand ce sérum vient en contact avec un *antigène* approprié.

Cet abaissement de la tension de surface se reconnaît à ce que, dans des conditions invariables de pression et de température, un volume déterminé de liquide fournit — avec un même compte-gouttes perfectionné — un nombre de gouttes plus élevé, le volume de chaque goutte se trouvant diminué. Pour le mettre en évidence, Ascoli et Izar se sont servis du *stalagmomètre* de Traube.

On fait un extrait de foie hérédo-syphilitique ou de tout autre organe nettement envahi de gommes ; c'est ce qui constituera pour la réaction, l'antigène spécifique. Puis, le sérum du sujet à examiner est dilué au 1/20e, par addition d'une solution de NaCl à 0,85 %. A l'aide du stalagmomètre de Traube, on détermine le nombre de gouttes que donne un volume *v* de cette dilution.

On ajoute à cette même dilution 1/9e, c'est-à-dire, pour 9 cent. cubes de sérum dilué, 1 cent. tube de la solution obtenue en émulsionnant l'antigène-mère dans de l'eau distillée. Dans un but de contrôle, on prépare un mélange analogue, en substituant de l'eau distillée à la dilution d'antigène.

Les verres à réactif, contenant les deux mélanges, sont exposés, pendant deux heures, à une température de 37°, dans l'autoclave, ou placés, pendant une heure, dans un bain-marie, à 50°.

Après quoi, on détermine de nouveau le nombre de gouttes que fournit le volume *v* de chacun des deux mélanges. Si le mélange de sérum sanguin et d'antigène donne un nombre de gouttes supérieur de 2 unités au moins, à celui qui avait été obtenu en premier lieu, la réaction s'est prononcée dans le sens positif ; autrement dit, on est autorisé à porter le diagnostic : syphilis, chez le malade qui a fourni le sérum examiné (Ricklin, *Rev. intern. de clin. et de thérap.*).

Ce nouveau procédé de réaction du sérum syphilitique donne des résultats positifs dans la grande majorité des cas ; il peut se substituer à la réaction de Wassermann ou la corroborer.

II

Les nouveaux traitements de la syphilis.

Nous ne ferons pas une étude approfondie des nouveaux médicaments que la thérapeutique possède depuis ces derniers temps pour lutter contre la syphilis ; ce serait d'abord fort long, ce serait surtout bien difficilement exact, les auteurs de ces nouveaux traitements étant tous très enthousiastes de leurs expériences personnelles et très sceptiques à l'égard de celles des rivaux. Nous nous bornerons donc à énumérer, en évitant tout jugement qui pourrait être prématuré et sans fondements sérieux.

L'*atoxyl*, ou sel monosodique de l'anilide de l'acide ortho-arsénique, étudié particulièrement par M. le Dr Salmon, s'administre soit en cachets de 0,10 centig. trois par jour, soit de préférence en injections sous-cutanées deux à cinq centimètres cubes d'une solution à 10 pour 100, tyndallisée, tous les 3 jours pendant deux semaines, puis tous les 8 jours. L'atoxyl est une poudre blanche, légèrement salée, soluble dans 6 parties d'eau froide et très soluble à chaud, absolument incompatible avec les sels de mercure.

L'*arsacétine*, variété acétique de l'atoxyl, s'emploie en injections sous-cutanées aux doses de vingt centigrammes, tous les deux, trois ou quatre jours ; mais comme l'atoxyl il présente de graves inconvénients.

L'*hectine*, ou para-aminophénylarsinate de soude du Dr Mouneyrat, est douée des mêmes propriétés curatives que l'atoxyl et l'arsacétine, et leur est probablement supérieure au point de vue de l'action antisyphilitique ; en tout cas, son action toxique est beaucoup moindre. L'hectine, introduite en thérapeutique par Balzer, est, en effet, très bien supportée par l'homme, soit en injections hyyodermiques, soit par la voie buccale. Des doses élevées n'ont jamais provoqué d'intolérance, ni de troubles oculaires. Les résultats thérapeutiques obtenus avec ce médicament ont été remarquables, surtout dans les formes malignes et dans les formes ulcéreuses de la syphilis. L'influence curative du médicament sur les syphilides papuleuses, cutanées ou muqueuses, de la période secondaire, a été moins constante ; pour l'obtenir, il a fallu parfois associer à l'hectine, le mercure. Par contre, l'hectine est la mieux tolérée des préparations antisyphilitiques arsénicales.

Mode d'emploi et doses : Balzer formule une solution d'hectine à 0,05 centigrammes par c. c. d'eau distillée, rendue presque indolore par addition d'un centigramme de novocaïne. Il prescrit des cures de dix jours, à raison de 10 centigrammes par jour, avec repos de dix jours. A ces doses modérées, on n'a pas encore signalé de phénomènes d'intolérance (E. Ricklin, *Rev. internat. de clin. et de thérap.*). M. le Dr Hallopeau s'en trouve extrêmement satisfait.

Enfin, la préparation nº 606 du Dr Ehrlich, découverte récemment par Ehrlich et le Dr japonais Hata, est en train de soulever un enthousiasme extraordinaire, grâce à une bruyante publicité. Il sera certainement sage d'attendre de nombreuses expériences Françaises avant de donner à ce remède Allemand un trop libre emploi.

C'est un composé arsenical du benzol, que l'on nomme en chimie « Dioxy-diamido-arséno-benzol) ; on le dissout extemporanément au moment de s'en servir dans une dissolution de soude caustique ou d'alcool éthylique pur, et on l'injecte dans les muscles fessiers ou dans l'espace interscapulaire. La réaction est très intense et parfois fort douloureuse ; il se produit de la fièvre et le sujet doit absolument garder le lit 3 ou 4 jours.

Les doses employées sont généralement de cinquante centigrammes par jour ; mais, pour le moment, on ne peut encore fixer des doses précises pour tous les cas.

Le mieux, en présence des accidents qu'ont déjà occasionnés l'atoxyl et d'autres dérivés arsenicaux (albuminurie, coliques, dysurie, vomissements, cécité), est de conserver toute confiance pendant quelques années encore aux sels de mercure, dont nous donnons ci-après la nomenclature avec leur teneur en mercure, d'après le formulaire Lyon et Loiseau :

	Quant. de mercure pour 100
Azotate mercureux	71.44
Benzoate Hg	45.25
Bromure (Bi-) Hg	55,5
Cacodyl hydrargyre	56,00
Chlorure mercureux	84.925
Chlorure (bi-) mercurique	73.80
Cyanure Hg	79.36
Oxycyanure Hg	85.47
Gallate Hg	37.17
Hermophényl	40. »»
Iodure mercureux	61.16
Biiodure mercurique	41.05
Lactate Hg (mercureux)	67.11
Lactate mercurique	52.91
Oxyde mercurique	92.6
Salicylarsynate Hg	38.46
Salicylate mercurique soluble (neutre)	42.19
Salicylate basique insoluble	59.52
Sozoïodolate Hg	35.58
Succinimide Hg	50.50
Sulfate (sous-mercurique)	84.26
Sulfure Hg	86.20
Tannate Hg	variable
Thymol acétate Hg	55.10

L'emploi des sels de mercure nécessite toujours un sérieux entretien de la bouche, soit avec un gargarisme au formol, soit avec un rince-bouche au permanganate de potasse, ainsi qu'un savonnage ou un brossage à la poudre de charbon sur les dents 3 fois par jour.

La plupart des sels de mercure en injections intra-musculaires donnent des indurations consécutives plus ou moins douloureuses, surtout lorsque les précautions usuelles d'asepsie ont été insuffisantes.

Les sels les mieux supportés sont le bibromure, le benzoate, le salicylarsinate, l'hermophényl en solutions aqueuses stériles et le biiodure en solution huileuse.

Tous ces sels s'emploient couramment aux doses d'un centigramme par centimètre cube pour le bibromure, le benzoate, le biiodure, et de deux à quatre centigrammes pour l'hermophényl.

Dr Paul Huguenin.

LA SEMAINE MÉDICALE

La préparation 606

Le nouveau remède d'Ehrlich ou Préparation « 606 » est un composé organique d'arsenic associé au benzol ; c'est du dioxydiamidoarsénobenzol dissous dans une solution de soude caustique ou dans l'alcool éthylique et additionné d'eau stérilisée.

M. le Dr Emery, de Paris, qui a eu l'occasion de se rendre compte par lui-même de la préparation et des applications du nouveau remède en Allemagne, au laboratoire même de M. Ehrlich, rapporte, dans un opuscule récent, les détails de technique et les impressions qu'il a recueillis :

« Tout malade, avant de recevoir l'injection du « 606 », dit l'auteur, doit au préalable être examiné avec le plus grand soin, tant au point de vue de son état général que de son intégrité organique (vieillesse, affections rénales, cardiaques, hépatiques, spléniques, pulmonaires, vasculaires, anévrysmes aortiques).

Le fond de l'œil doit être minutieusement vérifié à l'ophtalmoscope : il faut absolument que le fond de l'œil soit en parfaite intégrité. L'analyse des urines doit être négative au point de vue du sucre et de l'albumine. De plus, le malade à traiter doit garder le lit pendant les deux ou trois premiers jours, et la chambre, ensuite, pendant une période variable de six à dix jours, afin de se soumettre à la surveillance du médecin, en cas de réactions trop vives.

Il est donc impossible d'appliquer le « 606 » à des malades de polyclinique et de consultation.

Ces conditions primordiales étant posées, on emploie le remède de la manière suivante : Le dioxydiamido-arséno-benzol est une poudre jaunâtre contenue dans des ampoules dans lesquelles on a fait le vide et dont la manipulation avant l'injection demande un certain tour de main. L'injection devant toujours être préparée extemporanément et ne pouvant être stérilisée après sa préparation, il va de soi que la manipulation en doit être conduite suivant la plus rigoureuse asepsie. Les instruments, mortiers, pilons, éprouvettes, pipettes, agitateurs, seront aseptisés à la flamme d'alcool ou à la flamme du bec de Bunsen. Les diverses solutions seront stérilisées à l'autoclave ou par une ébullition suffisante.

Plusieurs méthodes sont employées pour la confection du remède. M. Emery en cite trois : nous nous contenterons du procédé de Blaschko : la dose de dioxydiamido-arséno-benzol est de cinquante centigrammes ; on triture soigneusement au mortier; puis on prépare une solution de soude caustique à 20 pour 100, de densité 1.225, dont on ajoute environ 0.09 c. g. par décigramme de poudre traitée, c'est-à-dire 0.36 centim. cubes pour les 0.50 centigr. de poudre. On triture longuement, puis on ajoute 4 à 6 centimètres cubes d'eau bouillie bien chaude.

On se sert d'une seringue de 10 cc., armée d'une aiguille en platine iridié de gros calibre, de 6 centimètres de longueur environ.

Le lieu d'élection est la région fessière ; on peut aussi faire la piqûre dans les régions inter ou sous-scapulaires, dans la région sous-mammaire. La peau est savonnée, puis frottée à l'éther et souvent même badigeonnée à la teinture d'iode. Ehrlich recommande de commencer la première injection dans une veine ; au bout de deux ou trois jours, on fait une 2e injection intra-musculaire.

L'injection du « 606 » est assez souvent douloureuse pendant 12 à 24 heures ; parfois, il faut la calmer par la glace et la morphine ; elle produit du gonflement inflammatoire, de la rougeur, de la fièvre, quelques éruptions érythémateuses.

Contre le chancre la préparation « 606 » n'a pas paru donner dès l'abord de résultats bien décisifs ; mais, dans tous les accidents secondaires, les effets sont d'une surprenante rapidité, quelle qu'en soit la gravité. Dans les accidents tertiaires, sauf dans les manifestations nerveuses avec altérations oculaires, le « 606 » donne encore de remarquables et rapides résultats. D'ailleurs Ehrlich croit utile dans les cas tenaces de recourir alternativement aux préparations mercurielles. Il proscrit seulement tous les autres arsenicaux atoxyl ou hectine. Le Dr Salmon, de Paris, est opposé à tout traitement concomitant, même mercuriel.

Le remède « 606 » guérit-il radicalement la syphilis ? Le temps seul pourra permettre de l'affirmer.

Quoi qu'il en soit, il est prudent de conseiller au syphilitique, même traité par le « 606 », de se soumettre deux ou trois fois par an à l'épreuve de la réaction de Wassermann et de renouveler, au besoin, le traitement.

Pour la prophylaxie de la syphilis chez les prostituées, le remède « 606 » peut avoir une utilité remarquable ; car, sous son influence rapide, la malheureuse, en pleine évolution secondaire ou même tertiaire, sera mise facilement hors d'état de nuire et de contaminer ses clients de passage.

L'emploi de l'eau chaude en gynécologie

M. le Prof. Reclus a récemment insisté sur les heureux effets de l'eau chaude en gynécologie dans une leçon clinique, publiée par la *Presse médicale d'Egypte*. Après avoir cité plusieurs cas où l'opération paraissait inévitable et où l'eau chaude a fait merveille, M. Reclus rapporte pour mémoire l'ancienne méthode d'injections vaginales par irrigations continues à 50 ou 55 degrés avec canule à obturateur et protecteur vulvaire. Mais il proclame aujourd'hui le manque de logique de ces irrigations qui ne peuvent atteindre que le col et non le corps et les annexes malades. Sa méthode consiste à employer l'eau chaude en lavements :

« Les séances auront lieu tous les matins et aussi tous les soirs et même trois fois par jour dans les cas graves et surtout pour les « bonnes »

✦✦

malades, attentives, soigneuses et désireuses de guérir. On s'est au préalable muni d'un bock ou d'un grand injecteur que l'on remplit avec de l'eau, dont la température, une fois le récipient réchauffé, doit être encore de 50 à 55 degrés centigrades. Il serait même bon de déterminer, par des essais successifs, quelle est la température de l'eau, non dans le récipient lui-même, mais lorsqu'elle arrive au bout du tuyau d'écoulement. Car, ne l'oubliez pas, c'est à 50 degrés et au-dessus que le lavement est vraiment efficace.

« La malade introduit la canule dans l'anus et ouvre le robinet, mais peu à peu, de façon à ce qu'une médiocre quantité de liquide pénètre dans l'ampoule rectale et pour que l'intestin ne se révolte pas. Si des contractions trop énergiques survenaient, ou si la patiente éprouvait une sensation de plénitude trop accentuée, on arrêterait l'écoulement, car il faut conserver le lavement au moins une demi-heure. Dès que s'apaise la réaction intestinale, on recommence, toujours avec les plus grands ménagements, et l'on continue jusqu'à ce que la quantité d'eau introduite dans le rectum puisse être supportée, sans menace d'expulsion immédiate.

« Pendant cette demi-heure, la malade reste dans son lit, immobile. La chaleur trop vive qu'elle ressentait au niveau de l'anus, s'apaise dès que la canule est retirée. Mais la circulation sanguine s'accélère : les déchets inflammatoires qui encombrent les tissus sont emportés, les fibres musculaires de diverses tuniqués du rectum se contractent, elles glissent sur le Douglas, tirent sur les adhérences qui peuvent y exister entre la séreuse et les organes utéro-salpingo-ovariens. Un véritable massage s'organise. Et c'est, sans doute, un facteur puissant pour hâter la résolution des exsudats péritonéaux, qui remplissaient le petit bassin.

« Au bout d'une demi-heure, la malade se lève, rend son lavement et avec lui la garde-robe quotidienne et la médication est terminée par une injection vaginale, évidemment avec de l'eau à la même température. On recommence ainsi chaque matin, parfois chaque soir, et même une troisième fois au milieu du jour, jusqu'à l'apparition des règles pendant lesquelles la suppression des lavements est de rigueur. Bien entendu, dans les cas graves, la patiente restera couchée et maintiendra à demeure, sur les flancs et sur l'hypogastre, un sac en caoutchouc rempli d'eau chaude. Le repos, la chaleur, intus et extra, le plus souvent et le plus longtemps possible, voilà tout le secret de cette médication. »

M. Reclus termine par ces mots :

« Il n'est nullement besoin de songer à énumérer les cas où l'eau chaude paraît indiquée : comme je ne connais guère d'affection utéro-ovarienne, que ne complique un état congestif, je me hâte de prescrire l'eau chaude à peu près près dans toutes ces affections et, si elle ne les guérit pas toutes, il n'en est guère qu'elle n'améliore. »

La perforation intestinale des tonneliers

M. le Dr Gauthier, de Luxeuil, a signalé au Congrès de chirurgie, une complication peu connue de la profession de tonnelier : la perforation intestinale. Chose à faire remarquer, cet accident n'est pas dû à une contusion banale de l'abdomen ; les blessés atteints de cet accident sont des individus qui portent à bout de bras des petits fûts de 50 litres environ. Cette éventualité doit être bien connue pour faciliter le diagnostic.

Il faut que l'on sache qu'un ouvrier, portant un petit tonneau à bout de bras, peut se faire lui-même avec son fardeau une contusion de l'abdomen, que cette contusion peut être assez faible pour que sa localisation passe inaperçue et qu'elle peut néanmoins provoquer une perforation de l'intestin.

Cette perforation ne s'accompagne pas du choc considérable qu'entraînent les grands traumatismes. Le blessé peut regagner à pied son domicile. La douleur qu'il ressent et la rigidité de sa paroi abdominale sont les seuls symptômes du début.

Et il faut pouvoir s'appuyer sur une ferme notion étiologique pour poser, avec ces seuls symptômes, un diagnostic, dont la certitude décidera l'intervention chirurgicale immédiate, malgré les renseignements erronés que le blessé nous fournit sur son accident, et malgré le peu de shok qu'il présente.

Maintenant, par quel mécanisme sont provoquées de telles lésions ? L'appui du tonneau sur le ventre en est évidemment la cause déterminante. Mais cet appui, relativement très modéré, se fait sans violence par une surface large, sans aspérités, qu'on penserait devoir être la plus inoffensive du monde.

Aussi semble-t-il nécessaire qu'il intervienne un autre élément pour que la déchirure intestinale se produise.

Pour équilibrer leur fardeau, les ouvriers sont amenés à renverser le corps en arrière, si bien que le cylindre abdominal, au lieu de présenter sa direction verticale habituelle, s'incline plus ou moins fortement de haut en bas et d'arrière en avant. Il en résulte que son contenu, chassé en avant du pubis, se trouve comprimé contre le tonneau, résistance extérieure rigide, par la pression du diaphragme et des muscles abdominaux contractés dans l'effort. La contusion, au contraire de ce qui se passe d'habitude, se ferait donc ici de dedans en dehors, et, par un certain abus de langage, on pourrait être tenté de la nommer une contusion *spontanée* de l'abdomen.

Dans deux cas bien étudiés, la perforation siégeait au même point, à quelques travers de doigt au-dessus du pubis, sur la ligne médiane. L'anse blessée se montrait chaque fois très superficielle, la perforation collée contre le péritoine pariétal.

La localisation de cette lésion chez les porteurs de tonneaux doit être constante, en raison

même du traumatisme qui la provoque, et peut suffire, lorsqu'on la trouve, à reconstituer le mécanisme de la contusion. Elle est surtout précieuse à retenir parce que sa connaissance permet de limiter les recherches et de se porter immédiatement au point malade.

FORMULAIRE RAISONNÉ

La belladone,

par le Dr André Lombard.

Depuis Trousseau, la belladone est classiquement employée dans la coqueluche ; il faisait prendre en une seule fois, et le matin à jeun, la dose quotidienne, quelle qu'elle fût ; on pourrait, à son exemple, donner à un enfant de moins de quatre ans une pilule contenant :

Extrait de belladone	
Poudre de belladone	âà trois milligr.

et doubler la dose chez un enfant de plus de 4 ans. Si aucune amélioration ne se produit au bout de quelques jours dans la fréquence et l'intensité des quintes, il faut doubler la dose. Il importe de surveiller l'emploi du médicament. Aussi prescrit-on plus volontiers la teinture et le sirop, et en fractionne-t-on les doses. Il est inutile de les associer à la valériane. Les doses de teinture et de sirop doivent être augmentées parfois jusqu'au double, jusqu'à ce qu'on obtienne la sédation des quintes, en surveillant la dilatation pupillaire permanente ; on les diminue de même progressivement. On mélangera le sirop de belladone au sirop de tolu :

Sirop de belladone	30 gr.
Sirop de tolu q. s. p.	120 gr.

une cuill. à café contient 1 gr. 50 de sirop de belladone ; on en donnera autant de cuill. à café que l'enfant a d'années d'âge, par doses fractionnées.

On associe parfois la belladone au sirop d'opium chez les enfants de plus de 4 ans, en observant que 25 gr. de sirop thébaïque contiennent 0 gr. 05 d'extrait d'opium, et on fait prendre toutes les 4 heures, jusqu'à sédation des quintes, une cuill. à café de :

Sirop de belladone	25 gr.
Sirop d'opium	
Sirop d'éther	âà 20 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	

On associe fréquemment la belladone à d'autres sédatifs de la toux ; d'abord avec le bromure :

Bromure de potassium	6 gr.
Teinture de belladone	LXX à 100 gout.
Eau de tilleul	120 gr.

dont on peut donner à un enfant de 6 ans six cuill. à café en 24 heures, dans un liquide quelconque ;

Ensuite avec l'antipyrine :

Antipyrine	4 gr.
Teinture de belladone	LXX à LXXX gout.
Eau de tilleul	120 cmc.

dont on fera prendre six cuill. à café en 24 heures à un enfant de 4 ans. On peut dans ces préparations remplacer la teinture par le sirop de belladone (35 gr. dans l'avant-dernière formule, 25 gr. dans la dernière) (durée : 4 jours). Les doses moyennes de bromure de potassium et d'antipyrine sont de 0 gr. 25 par année d'âge et par jour.

On donne quelquefois la belladone en même temps que le bromoforme, par exemple dans la formule suivante :

Bromoforme	2 gr.
Alcool	30 gr.
Teinture de belladone	
Teinture d'aconit	âà XL gout. es.
Sirop de codéine q. s. p.	100 cmc.

dont une cuill. à café contient quatre gouttes de bromoforme, deux de teinture de belladone et de teinture d'aconit (d'après A. Ball). On prescrit environ trois à quatre gouttes de bromoforme par jour et par année d'âge, sans dépasser trente gouttes. On peut encore diluer le sirop de belladone dans l'eau bromoformée :

Sirop de belladone	20 gr.
Eau bromoformée	100 gr.

Cette potion contient environ 0 gr. 30 à 0 gr. 35 de bromoforme ; soit, par cuill. à café, une goutte et demie de bromoforme et quatre gouttes et demie de teinture de belladone.

On l'associe encore aux teintures de grindelia, de drosera :

Teinture de belladone	
Teinture d'aconit	âà 5 gr.
Teinture de drosera	10 gr.
Teinture de grindelia	20 gr.

dont on fait prendre cinq à dix gouttes après chaque quinte ; la grindelia facilite l'expectoration.

Chez un petit enfant, de 16 à 18 mois, atteint de coqueluche, on peut donner toutes les heures, jusqu'à effet, une cuill. à café de :

Teinture de belladone	
Teinture d'aconit	
Teinture de drosera	âà V gouttes.
Eau de laurier-cerise	VIII gouttes
Sirop de tolu	20 gr.
Eau distillée	40 gr.

Dans la laryngite striduleuse, on utilisera parfois avantageusement l'association de la belladone et du bromure.

Dans l'asthme, la belladone trouve un utile emploi non seulement dans les crises, à la condition

qu'elles ne soient pas trop intenses, mais dans l'intervalle des crises. Les fumigations sèches de feuilles de solanées vireuses (tabac, datura, jusquiame, belladone) jouissent d'une réputation méritée. On peut faire ces fumigations en faisant brûler une cuill. à café de la poudre suivante ;

Poudre de feuilles de belladone.....	30 gr.
Poudre de datura.....	30 gr.
Nitrate de potasse.....	5 gr.
Opium pulvérisé.....	1 gr.

(HUCHARD).

ou bien fumer des cigarettes, telles les cigarettes Espic dont voici la composition :

Feuilles choisies de belladone.....	0 gr. 36
» » de jusquiame ...	àà 0 gr. 18
» » de stramoine ...	
» » de phellandrie aquatique.....	0 gr. 06
Extrait d'opium.....	0 gr. 08
Extrait de laurier-cerise.....	q. s.

ou encore celles-ci :

Feuilles de belladone	10 gr.
Feuilles de sauge	15 gr.
Feuilles de datura	20 gr.

Pour 20 cigarettes.

(POUCHET).

Dans l'intervalle des crises, M. Dieulafoy fait alterner chaque mois pendant 15 jours la prescription de l'iodure et celle de la belladone avec l'arsenic. Il fait prendre le matin d'abord une, puis deux pilules de :

Extrait de belladone.....	âà cinq milligr.
Poudre de feuilles de belladone.	

en 1 pilule n° 30.

Chez l'enfant, on calmera quelquefois la crise d'asthme en donnant la potion suivante :

Teinture de belladone	àà X à XX gout.
Teinture de lobélie	
Liqueur d'Hoffmann	1 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 gr.
Eau de tilleul.....	125 cmc.

par cuill. à café jusqu'à cessation de l'accès (Moncorvo).

Enfin, dans la dyspnée qui précède la pneumonie ou la pleurésie, alors que ce phénomène, le point de côté et la toux, fatiguent le malade et que l'auscultation ne permet pas encore d'établir un diagnostic précis, on soulagera le malade avec le sirop suivant :

Sirop de belladone.....	15 gr.
Sirop de morphine.....	20 gr.
Sirop d'éther.....	60 gr.

qu'on lui fera avaler par cuill. à dessert jusqu'à ce qu'on obtienne l'effet désiré.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Caractères et traitement de la Conjonctivite purulente ;

Par le Dr Ch. VÉLINES.

De toutes les formes de conjonctivite, la forme purulente est la plus grave, la plus rapidement dangereuse. et c'est pourquoi elle mérite qu'on revienne souvent sur ses caractères cliniques et son traitement.

« La conjonctivite purulente est caractérisée par la production, à la surface de la conjonctive, d'une quantité considérable de pus, souvent très irritant. Elle détermine fatalement, et à bref délai, la perte de l'œil si le traitement n'est pas bien conduit » (Tillaux).

On l'observe à deux périodes de la vie : à la naissance et c'est l'*ophtalmie purulente* des nouveau-nés ; à l'âge adulte, c'est l'*ophtalmie blennorrhagique*.

Chez le nouveau-né comme chez l'adulte, il faut incriminer comme cause efficiente la présence du gonocoque. L'infection se fait par le passage de l'enfant sur une muqueuse vaginale contaminée au moment de l'accouchement.

On a invoqué aussi le rhumatisme comme cause de l'ophtalmie, mais cette origine est des plus rares, sinon douteuse. En tous cas, les symptômes et les caractères étant les mêmes, quelle que soit l'étiologie de l'ophtalmie purulente, nous pouvons en donner un tableau clinique d'ensemble et qui sera vrai pour tous les cas.

L'aspect d'un malade atteint de cette affection est caractéristique. Les paupières rouges sont démesurément tuméfiées et recouvrent le globe oculaire. La paupière supérieure déborde l'inférieure. Du pus blanc-jaunâtre épais s'écoule incessamment par la fente palpébrale et tombe sur la joue, irritant la peau sur laquelle il laisse des traînées rougeâtres. Quand on ouvre les paupières, on trouve le globe oculaire baigné de pus. La conjonctivite est rouge et œdématiée et forme autour de la cornée un bourrelet volumineux (chémosis).

Bientôt la cornée s'ulcère elle-même et se détache. Elle peut aussi s'ouvrir spontanément, et si cette ouverture est suffisamment large, elle donne issue aux liquides de l'œil et celui-ci se vide.

Les douleurs sont extrêmement vives. Elles irradient autour de l'orbite et dans la tête, donnant lieu à une céphalalgie atroce.

Il faut, aussitôt le diagnostic fait, instituer le traitement, et l'instituer *le plus rapidement et le plus énergiquement possible*. Ce traitement consiste en trois prescriptions : les lavages, les cautérisations, les scarifications.

Les lavages bien faits peuvent, à eux seuls, sauver l'œil. Ils seront faits très fréquents,

« presque continuels ». On devra, pour réaliser une antisepsie rapide et puissante, utiliser une solution d'anios à 0,50 ctgr. pour 1,000. Par ce ferment vanadique, producteur d'oxygène naissant, on diminuera très vite la purulence et la septicité locales. De plus, cette solution est en même temps kératoplastique et peut, dans une certaine mesure, empêcher ou retarder la rupture de la cornée. Pour obtenir une sédation marquée des souffrances et protéger l'œil, il sera indiqué, en outre, de laisser sur cet organe, dans l'intervalle des lavages, des compresses trempées dans la même solution. Bien souvent, les résultats obtenus avec ce traitement antiseptique sont favorables et l'œil est conservé.

Pour les cautérisations, on utilise une solution de nitrate d'argent à 1 p. 10 et on touche aussitôt après la paupière avec de l'eau salée à saturation.

Quand le chémosis est volumineux, il est utile de pratiquer des scarifications à sa surface, car il en résulte une décongestion immédiate.

Mais en pratique, cautérisations et surtout scarifications sont moins usitées que les lavages et avec juste raison, parce que ceux-ci, sans traumatiser le globe oculaire, sont tout à fait capables de guérir l'ophtalmie. La seule condition pour qu'ils agissent bien, c'est de les répéter *très souvent* et en utilisant un antiseptique puissant et sans danger. Sans augmenter le titre de la solution vanadique déjà indiquée, il y a là une énergie germicide et cicatrisante bien suffisante, et qui, sans inconvénients caustiques ou toxiques, a permis de guérir des conjonctivites purulentes d'une façon rapide et sans fonte oculaire.

En même temps que l'on instituera un traitement local, on devra prendre des précautions prophylactiques pour l'entourage et le malade lui-même. On fera donc brûler les linges ayant servi, on éloignera les enfants et on protégera l'œil sain par une occlusion complète.

Il est inutile d'ajouter que, chez l'adulte, la conjonctivite purulente étant d'origine gonococcique, on établira en même temps le traitement de la blennorrhagie urétrale.

De même chez la femme récemment accouchée et qui a infecté son enfant au passage de la filière génitale, il est de toute nécessité d'instituer un traitement antiseptique puissant si l'on ne veut pas voir se développer des troubles infectieux graves ascendants, non seulement sur l'utérus et les annexes, particulièrement sensibles aux infections à cette période congestive, mais sur les ligaments et le péritoine. Des irrigations fréquentes à l'anios à 2 °/₀ donneront encore de bons résultats, et, à cette période de l'involution utérine, quelques ovules et résolutifs seront également utiles, en facilitant la décongestion utéro-annexielle.

LA LUTTE CONTRE LE LIBRE CHOIX
DU MÉDECIN EN FRANCE

Compte rendu d'un voyage d'information à Paris, par le Professeur Dr Lennhoff, fait à Berlin le 28 juin 1910 à la Société de réforme médicale de Berlin (1).

C'est au mois d'octobre 1908 qu'eut lieu à Rome le 8e Congrès international sur les assurances ouvrières.

Le programme du Congrès devait s'occuper principalement du service médical dans les assurances ouvrières — et j'étais moi-même chargé du rapport sur ce service pour l'Allemagne—. Je me suis étendu longuement sur les devoirs du médecin dans toutes les branches qui avaient trait aux assurances ouvrières. Je me suis également occupé de la situation du médecin vis-à-vis des sociétés d'assurance et j'ai établi les conditions moyennant lesquelles le médecin pouvait accepter ce service.

Il est tout naturel que, dans cette question, je me sois prononcé pour le libre choix du médecin.

Les discussions ont duré très longtemps. Sur les questions faisant l'objet principal du Congrès il a été très peu dit ; par contre, il y eut des discussions interminables sur la question du libre choix du médecin.

Les médecins français présents s'y sont surtout distingués. Ils ont étalé tout un matériel de guerre contre cette question tellement compact que leurs déductions firent une pénible impression sur les défenseurs allemands partisans de la réforme.

J'eus moi-même la conviction que le faible développement des assurances ouvrières en France n'était dû qu'à cet état d'esprit des médecins français, que leurs propositions n'étaient point celles que j'avais moi-même développées, et que les expériences entreprises en France n'étaient point suffisantes pour donner lieu à des conclusions ni pour établir les bases d'un nouveau règlement.

Après ce congrès de Rome, j'ai conçu l'idée de me rendre moi-même à Paris pour aller aux informations. Je venais de lire dans une nouvelle d'un journal qu'un groupe de médecins fançais s'était constitué en syndicat pour s'affilier à l'« l'Union des Syndicats ouvriers », ce qui correspond chez nous à la « Commission générale des Sociétés ouvrières ».

Il est évident qu'en Allemagne un tel événement ne peut que surprendre les médecins et les ouvriers, car, en effet, il n'y a rien de commun entre les fonctions et la profession du médecin et les fonctions des ouvriers organisés et on comprend difficilement comment des médecins peuvent devenir membres légitimes de sociétés ouvrières. Il me parut d'un grand intérêt d'aller aux éclaircissements — et c'est dans ce but que je me suis rendu à Paris, il y a quelques semaines.

Quoiqu'il soit impossible de vous donner un aperçu complet sur toutes les questions étudiées en si peu de temps et en pays étranger, je crois pouvoir vous soumettre néanmoins un intéressant et instructif ensemble d'observations.

Revenons un peu sur le Congrès de Rome. Parmi les médecins français, c'est le Dr Périer, médecin en chef de la Compagnie du Nord, qui devait faire le premier rapport sur le thème : « Service médical dans les assurances ouvrières ».

Il fut absent. Son rapport était, il est vrai, à l'impression. Il ne fut pas présenté et le rapport ne fut pas lu. Tout passa sous silence.

(1) Traduit du Journal *Medizinische Reform*.

En lisant ce rapport après coup, on y trouve tout d'abord cette remarque intéressante qu'il ne peut y avoir en France de personnage plus apte à traiter la question du service médical d'assurances ouvrières que le médecin en chef d'une grande industrie.

En somme, ce rapport nous renseigna sur très peu de choses touchant les assurances et la situation des médecins d'assurances.

Cela ne peut pas nous surprendre grandement quand on songe qu'il n'y a pas en France d'*assurances d'Etat*, qu'il n'y a que des sociétés dites : *Mutualités* et caisses de secours qui n'ont qu'une analogie très éloignée avec nos caisses de secours libres.

Quoique les Français soient fiers de leurs sociétés mutuelles, il est certain que ces sociétés n'ont point la même importance que nos assurances allemandes pour malades. Cela ressort très nettement d'un travail de statistique fait par *Levassort*, page 192, année 1909, dans l' « Enseignement médico-mutuel international ».

Les dépenses faites par les assurances allemandes en 1907 se sont montées à 358 millions de marks (448 millions de francs) alors que toutes les caisses de secours françaises réunies n'ont dépensé que 42 millions de francs, sur lesquelles 21 millions seulement ont été versés réellement comme secours aux malades. Quant au service médical de ces caisses de secours, il y a très peu de choses à dire, si ce n'est que toutes les mutualités s'efforçent de réduire au minimum les honoraires des médecins. Comme, en outre, les assurés des sociétés ne sont pas bien nombreux, il en résulte que le service du médecin ne joue qu'un rôle secondaire, si bien qu'il leur est facile d'avoir des médecins attitrés.

Les discussions des médecins français n'ont roulé que sur le service médical des assurances contre les *accidents du travail*.

Outre les rapports des médecins, deux autres travaux, l'un de Mayen, l'autre de Villemin, représentants des compagnies furent présentés. Les deux rapports accusèrent une augmentation anormale du nombre des accidents, récriminèrent contre les prétentions de plus en plus exorbitantes des blessés — contre les pratiques de simulation qui commencent à énerver les compagnies — affirmèrent que même un grand nombre de médecins soutiennent ces manœuvres, etc.

Et tout ce qui n'a pas pu se dire du haut de la tribune se murmurait dans les conversations particulières ; entre autres qu'il y avait des médecins qui entretenaient des agents dans les ateliers pour leur amener la clientèle des blessés, donnant aux ouvriers des conseils pour simuler une maladie accidentelle — laquelle maladie était traînée en longueur artificiellement pour augmenter les honoraires du traitement.

Par contre, il fut très intéressant d'entendre la mise au point faite par le *Professeur* (sic) *Paulet*, directeur au ministère du Travail, le fonctionnaire le plus élevé en dignité et le plus qualifié pour trancher les questions. Il s'exprima en ces termes :

« S'il est une vérité qui devient banale à force de la répéter, c'est celle qui consiste à proclamer l'honorabilité et l'intégrité du corps médical dans son ensemble. Tout ce qu'on vient de dire n'incrimine pas la généralité — il peut y avoir quelques médecins, quelques ouvriers, quelques industriels et quelques assureurs déloyaux qui cherchent à se dégager de leurs devoirs.

« En somme, il ne s'agit ici que d'exceptions. Ces exceptions ne pourront pas longtemps influencer les charges financières de la loi. Une application rigoureuse de la loi et des pénalités édictées contre les délits auront bientôt raison des abus (1).

« Il est certain aussi que l'augmentation des charges peut résulter de la différence des traitements. Certaines méthodes se sont acclimatées dans l'art médical qui ne sont pas précisément économiques ; elles peuvent être appliquées par les médecins les plus honorables qui les appliquent réellement avec la pensée de mieux faire plutôt qu'avec l'arrière-pensée de mal faire. »

Après s'être étendu longuement sur les abus possibles de la part des médecins comme de la part des assureurs, il continua en ces termes :

« Il est tout à fait nécessaire, dans l'intérêt de tous, que les pouvoirs publics interviennent d'une façon impartiale pour assurer toutes les sécurités légales.

« Il est également à souhaiter que les parties susceptibles d'entrer en conflit établissent entre elles des comités d'arbitrage pour combattre les abus, de quelque côté qu'ils viennent. »

Comme on reconnaît, dans ces paroles, la conception calme de l'homme qui plane au dessus des partis, qui n'admet pas les récriminations et accusations avancées par les représentants des sociétés. Néanmoins, il est très intéressant de considérer les chiffres avancés par ces derniers.

Du travail de Mayen, j'emprunte le tableau suivant sur la durée de l'incapacité du travail après accidents.

TABLEAU I

Comparaison des incapacités de travail avant et après la loi du 31 *mars* 1905. — *Comparaison des salaires et des accidents annoncés pendant les années* 1904 *et* 1906 *par les Sociétés faisant partie du «Syndicat des sociétés d'assurances françaises* ».

Comparaison des salaires.

	Année 1904	Année 1906	Augmentation
Salaires assurés	723.000.000	860.000.000	19 %

Comparaison du nombre des accidents d'après leur durée.

Durée des accidents	Nombre des accidents Année 1904	Année 1906	Diminution	Augmentation %
5 jours	1.753	2.196		25
6 jours	2.448	2.931		20
7 jours	2.697	2.063	23	
8 jours	2.965	2.439	18	
9 jours	3.132	2.479	21	
10 jours	3.095	2.570		15
11 jours	3.037	6.799		123
12 jours	2.909	6.625		128
13 jours	2.866	5.850		104
14 jours	2.814	4.216		50
15 jours	2.802	4.837		734
16 à 20 jours	9.051	14.151		56
21 à 30 jours	8.349	12.443		49
31 à 40 jours	3.586	5.471		53
41 à 50 jours	1.771	2.560		45
51 à 60 jours	977	1.399		43
61 à 70 jours	676	854		26
Plus de 70 jours.	1.533	2.019		32
Total	54.461	82.902		47 %

(1) Nous serions heureux que, conformant ses actes à ses paroles, M. Paulet veuille bien user de son influence pour que les parquets consentent enfin à poursuivre ceux des médecins de grosses compagnies industrielles qui sont signalés par M. le Ministre des travaux publics comme délivrant dans 65 % des cas des certificats de complaisance en faveur de certains chefs d'industrie. Car jusqu'ici les parquets n'ont réservé leur honnête sévérité que pour donner suite aux plaintes de certains entrepreneurs dénonçant des médecins honnêtes qui gênent les combinaisons de quelques assureurs cherchant à subtiliser les rentes des blessés. Ajoutons que ces médecins sont régulièrement acquittés quand ils ne sont pas l'objet d'un non-lieu.

Production illimitée
d'Oxygène naissant

ANIOS

MÉDICINAL LIQUIDE DÉSODORISANT SANS ODEUR

LB
PLUS PUISSANT
ANTISEPTIQUE-
KERATOPLASTIQUE

Non toxique-ni caustique-n'oxyde pas les instruments

POUDRE ANIOS SANS ODEUR remplace Iodoforme SAVON ANIOS

Echantillons et Littérature : *s'adresser* 15, *rue du Louvre, à PARIS*
Pour la Belgique : 32, rue des Comédiens, BRUXELLES

PIPÉRAZINE
MIDY

$Az\,H\langle^{CH^2-CH^2}_{CH^2-CH^2}\rangle Az\,H$
Diéthylène-Diamine

GRANULÉE EFFERVESCENTE

Produit défini
plus actif
que ses dérivés ou les
associations médicamenteuses
à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE

LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE

Prix : 5 fr. - La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux *pharmaciens un bénéfice obligatoire.*

Comme préventif : 3 mesures par jour / 10 jours par mois
Crises aiguës : 4 à 6 .....
} *chaque mesure = 0,20 ctg Pip pure*

Echantillons : Phie MIDY 140, Faub. St-Honoré, PARIS

Dans les maladies infectieuses, fièvre typhoïde, convalescence des maladies aiguës, affections des organes digestifs, affections hépatiques, diarrhée infantile :

PRESCRIRE VALS source la REINE

CAPSULES DE BENZO-IODHYDRINE G. BRUEL



MÉDICATION IODÉE INTENSIVE

SANS IODISME

Échantillons et Brochures, 36, Rue de Paris
à COLOMBES, Seine

MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE
ANTIBACILLAIRE & RECONSTITUANTE

ÉMULSION MARCHAIS

PHOSPHO-CRÉOSOTÉE

POUR LE TRAITEMENT RATIONNEL DES

TUBERCULOSES ❖ BRONCHITES
CATARRHES | PNEUMONIES
GRIPPES ❖ ASTHMES

CHAQUE CUILLERÉE A CAFÉ CONTIENT :

Créosote de Hêtre	0,10
Baume de Tolu	0,10
Glycérophosphate de Chaux	0,20

De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon

Disparition de la **TOUX** et de l'**EXPECTORATION**
Disparition de la **FIÈVRE**
Disparition des **SUEURS NOCTURNES**
Disparition de la **DYSPNÉE**
AMÉLIORATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL
Augmentation de l'**APPÉTIT**
Régularisation des **FONCTIONS DIGESTIVES**
AUGMENTATION du POIDS du CORPS

L'ÉMULSION MARCHAIS *est la meilleure préparation créosotée*
Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration.
En desséchant les bronches, l'EMULSION MARCHAIS agit d'une manière remarquable sur l'expectoration.
Traité de Médecine, Dr FERRAND.

En 1906, beaucoup d'ouvriers s'imaginaient encore qu'une incapacité de travail de 10 jours leur conférait le droit de dédommagement des 4 premiers jours.

En considérant les chiffres sur la durée des maladies on est surpris de l'énorme augmentation qui se manifeste à partir du dixième jour.

La raison de cette augmentation est due à la modification de 1905 de la loi sur les assurances de 1898, modification portant que les 4 premiers jours d'incapacité de travail ne sont indemnisés que si la durée de l'incapacité dépasse la dizaine. En Allemagne, chaque médecin d'assurance ouvrière sait que l'ouvrier malade est d'autant plus pressé pour reprendre son travail que la perte subie dans ses revenus est plus grande. Quand un ouvrier, très endommagé par la durée de la maladie, n'est pas pressé pour le retour au travail, c'est que sa situation matérielle lui donne moins de soucis qu'à d'autres et qu'il est en état d'attendre le complet rétablissement de sa santé. On peut faire la même remarque pour le monde des employés. Il y a là aussi ceux qui sont forcés de viser à l'économie et ceux qui sont plus fortunés.

Personne ne soupçonnera l'employé fortuné d'être un simulateur, parce qu'il ne met pas le même empressement à retourner au travail que celui qui est obligé de vivre de régime, et qui ne pourrait attendre le complet rétablissement sans souffrir la faim. Nous sommes bien obligés de nous rendre à l'avis du *Conseiller Mayet*, l'homme le plus versé dans les affaires d'assurances.

Il s'exprima en ces termes : « La longue durée de la maladie dans la richissime double-assurance ne signifie point la simulation, mais la courte durée dans le cas de l'assurance simple signifie plutôt une dissimulation ».

Pour tout médecin, il est clair que l'augmentation signalée de la durée des maladies est justifiée dans l'intérêt de la santé, et qu'elle n'est dûe qu'au malencontreux article *du dixième jour*. Il y a lieu de s'étonner qu'on en fasse retomber la responsabilité sur les médecins ; qu'on ait accusé ces derniers d'aller au-devant des assurés, et qu'on ait dit naturellement que les médecins choisis librement sont les seuls coupables.

Après la promulgation de la loi sur les assurances contre les accidents en 1898, on imposa en France, sans égard, les médecins aux blessés. Il en résulta un tel tapage que, dans la nouvelle loi, il y eut un paragraphe qui détermina d'une façon définitive le droit du libre choix du médecin.

La notion du libre choix du médecin est par conséquent plus complète en France qu'en Allemagne, où l'on ne connaît et ne demande qu'un système organisé.

Mais les assurances aussi sont toutes différentes en France et en Allemagne. Les assurances, en France, ne sont pas représentées comme chez nous par des sociétés éduquées et stylées suivant des conditions déterminées par la loi et qui sont seules responsables vis-à-vis des blessés.

En France, tout repose sur l'industriel qui occupe des ouvriers — et l'ouvrier accidenté a recours à l'industriel qui s'assure dans l'assurance de son choix.

Les assurés en France sont, il est vrai, plus nombreux que chez nous, car la loi française ne s'applique pas seulement aux ouvriers de l'industrie, mais aux ouvriers de tous les métiers et de tous les commerces. Celui qui donne du travail peut s'assurer contre les accidents de ses ouvriers à n'importe quelle assurance, à n'importe quelle société s'occupant d'assurance ou affaires similaires, que ces sociétés soient des mutualités ou des sociétés montées par actions ; si bien que toutes ces *agences* ne sont nullement des corporations sociales mais des *entreprises commerciales*. Il y a, il est vrai, une société d'assurance contre les accidentés, dite « Nationale », mais, d'après Paulet, cette assurance n'a assuré que 40 millions de salaires en 1907, — alors que la totalité des salaires assurés s'élevait à 3165 millions en 1906. D'autre part, les compagnies de chemins de fer, les grands entrepreneurs, les grands industriels supportent tous leurs risques si bien que, d'après les estimations officielles données par Paulet, il n'y a d'assuré que le 70 ou 75 pour cent de la somme régulièrement due aux indemnisations.

Toujours d'après Paulet, il y eut dans l'année 1908 52 agences s'occupant d'assurances. Elles se décomposaient comme il suit :

En mutualités, au nombre de 18 ;
En sociétés par actions, au nombre de 16 ;
6 agences étrangères,
Et 12 syndicats de garantie.

Ces dernières sociétés correspondent en quelque sorte à nos sociétés professionnelles, avec la différence que les sociétés professionnelles sont établies dans des conditions légales tandis que les autres sont des créations libres. Leur avantage consiste dans l'administration économique et l'abaissement des tarifs.

En théorie, ce serait l'idéal, mais voici comment s'exprime Paulet à ce sujet :

« Très souvent, on devine dans l'organisme établi par le législateur certaines déviations qui dénaturent totalement le but de ces sociétés — la protection judiciaire n'existe que de façade. Elles n'ont plus le caractère professionnel et désintéressé, et se rapprochent des affaires d'assurances à profit ».

En résumé, en France les assurances contre les accidents ne sont que des *affaires* ordinaires, avec les frais d'exploitation, les provisions des agents, etc. et dont le but est le dividende des actionnaires. Il en résulte que le médecin et l'assuré, au lieu d'avoir affaire, comme en Allemagne, avec les Sociétés professionnelles, qui ont en quelque sorte une autorité compétente, n'ont affaire qu'à des agents qui essayent de marchander ce qu'ils peuvent, tant pour eux-mêmes que pour leurs sociétés.

Il y eut à Rome un directeur d'une grande compagnie d'assurances qui était à la fois président d'un syndicat de sociétés. Il vint déclarer que les assurances pour accidentés faisaient de mauvaises *affaires*. Cela peut paraître vraisemblable, car l'ouvrier malade peut devenir une *mauvaise affaire* pour les assurances. Il est des cas qui supposent des fonds de réserve considérables pour rendre de grands services. Comme c'est précisément dans les assurances ouvrières que les primes atteignent vite leur limite maxima, il est clair que la Société ne peut subsister que si les dépenses sont réduites à leur limite minima.

Et il est évident que, dans ces conditions, on cherche à réduire le plus possible les honoraires du médecin, les frais du traitement et les indemnités des accidentés.

D'autre part, il y a dans les assurances des deux pays des différences plus profondes et qui sont à l'avantage du système allemand.

A Rome, j'ai répondu à mes adversaires dans ces discussions ce qui suit : Je ne m'étonne pas du tout des nombreuses accusations de simulation qui se produisent précisément dans les pays où il n'y a qu'un seul système d'assurances. En effet, quand il y a absence de caisses de malades, il est tout naturel que toutes les charges et tous les frais des maladies se passent aux assurances existantes.

Mais il y a bien plus. Les assurances contre les accidents en Allemagne ne sont admises que pour les accidents graves exigeant un minimum de 13 semaines de traitement.

Elles se s'occupent donc que des blessures graves dont la guérison exige une longue durée — et le nombre de ces blessés est peu considérable. Dans ce cas seulement, les malades ont droit au médecin, aux médicaments et aux indemnités en cas d'incapacité de travail. Les petites blessures qui ne peuvent donner des suites fâcheuses pour l'avenir ne sont pas considérées comme accidents. Les frais sont réglés par les caisses de malades alors que tous les frais retombent sur les assurances en France. Un grand nombre de cas relatés comme accidents sur le tableau qui précède ne compteraient pas comme accidents en Allemagne et ne regarderaient nullement les assurances. Ainsi on remarque dans ce tableau que, dans l'année 1906, le nombre total des accidents se monte au chiffre de 82.902. Sur les 82.902, il n'y a que 2019 accidents suivis d'incapacité professionnelle et dont la durée de la maladie a été de 70 jours ou plus. Il n'y a donc qu'un certain nombre de ces derniers accidents qui tomberaient à la charge de nos assurances. Aussi n'est-il pas étonnant que les sociétés d'assurances se plaignent d'être accablées par le nombre et les exigences des ouvriers blessés et cherchent à diminuer leurs charges le plus possible.

Pour vous montrer à quelles manifestations tout cela peut conduire, je vais vous faire passer quelques affiches que j'ai vues à Paris. Voici ce qu'elles disent :

BLESSÉS PAR ACCIDENT DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE

Loi du 9 avril 1898, 31 mars 1905 et 12 avril 1906

(*Affiche publique pour les accidentés : ouvriers ou employés.*)

En vertu des lois faites aux dates indiquées plus haut :

I. — Le blessé a toujours le droit de choisir son médecin et son pharmacien.

II. — Les industriels ou les patrons sont tenus de régler les frais de médecin et de pharmacien. Dans aucun cas et pour aucun motif ni les patrons, ni les industriels, ni les assurances ne peuvent vous imposer leur médecin.

Article 30. — Est puni de 16 à 300 fr., de 300 fr. à 2000 fr. en cas de récidive, et application de l'article 463 du Code pénal est faite à quiconque aurait menacé ou entravé le droit qu'ont les blessés de choisir leur médecin.

III. — Le médecin des assurances n'a pas le droit de soigner le blessé ni de donner des certificats.

IV. — Dans aucun cas, on ne peut imposer aux blessés l'hôpital ou la polyclinique. Ceux-ci ont le droit de se faire soigner à leur domicile.

V. — Si un blessé reçoit un écrit dans lequel on l'invite à se présenter devant le médecin d'une assurance, cet écrit n'a aucune valeur. Il peut le jeter ou le déchirer, sans perdre ses prétentions. Le blessé n'est pas obligé de recourir aux services des médecins d'assurances, ni pour soins, ni pour certificats médicaux, ni pour obtenir leur visa des certificats d'autrui.

VI. — La demeure du blessé est inviolable (article 184 du Code pénal).

Seul, le médecin légiste, muni d'un mandat, peut franchir le seuil de la demeure du blessé.

Le médecin des assurances n'a pas le droit de faire de contre-visites pour s'assurer de l'état du malade en l'absence du médecin de la famille.

Il peut venir à la condition de prévenir le médecin de la famille 48 heures à l'avance.

La seconde affiche est encore plus intéressante.

UNION DES OUVRIERS SYNDIQUÉS

« Accidents du travail »

Le médecin qui s'insurge contre la loi

Camarades !

S'il y a dans votre contrée un médecin qui se plie aux instructions des assurances, même lorsque celles-ci vont à l'encontre de la loi, si le médecin franchit le seuil de votre demeure sans mandat de l'autorité ou sans avoir prévenu votre médecin, dans le délai prévu :

Dénoncez le médecin à votre député. Dites à votre député que s'il ne fait pas cesser ce scandale, il ne doit plus compter sur leur voix aux prochaines élections.

Ne confiez pas à ces médecins vos femmes et vos enfants. Ils ne sont que les instruments des puissances qui vous ruinent.

On ne peut simultanément manger au râtelier des oppresseurs et défendre les intérêts de la démocratie. Mettez à la porte tout médecin qui n'est pas le vôtre. Une seule exception est faite pour le médecin muni d'un mandat de l'autorité, ou le médecin porteur de la quittance postale établissant qu'il a prévenu 48 heures à l'avance, suivant l'article 4, paragraphe 5, de la loi sur les accidents du travail. Encore soyez prudents, et mettez deux témoins à proximité de la chambre où doit se tenir la consultation.

Ces affiches sont un témoignage d'un état d'irritation et d'exaltation inconnues chez nous.

S'adresse-t-on aux représentants des assurances, ils vous disent : Il n'est pas possible de s'imaginer à quelles racailles d'ouvriers nous avons affaire. Ils cherchent à nous tromper en toutes circonstances ! Nous avons également une catégorie de médecins canailles qui existent et soutiennent les ouvriers dans leurs manœuvres déloyales !

S'adresse-t-on aux ouvriers ou aux médecins, ils rendent aux agents d'assurances la monnaie de leur pièce en disant : quelle bande de canailles que les agents et gens d'assurances !

Ils marchandent les honoraires des médecins. On ne peut s'imaginer à quel point ils tourmentent, chicanent les médecins et les ouvriers pour réduire leurs charges.

Il est clair qu'une partie des accusations et récriminations sont imputables aux compagnies d'assurances qui ont le caractère des *affaires à profit*. Il serait à souhaiter, dans l'intérêt des ouvriers et des médecins, d'obtenir une conversion des assurances ouvrières en assurances d'Etat modelées sur les assurances allemandes. Ces assurances allemandes font beaucoup parler d'elles en France. Voici une citation tirée du livre du Dr Levassort « Le monopole des assurances » (Paris 1910, chez Marchal et Billard).

« En cas d'accident grave, le médecin des compagnies fait son possible pour remettre le malade sur pied. Son traitement peut être brutal, il ne tient compte d'aucune considération, pas même celle de la douleur du malade. »

Dans un travail sur les traitements appliqués aux blessés par accident fait par un médecin d'assurances, on loue la méthode intensive introduite par les Allemands et consacrée par l'expérience. Très souvent les assureurs, les publicistes qui s'occupent de ces questions, font des citations empruntées aux méthodes allemandes. Mais les citations peuvent devenir funestes pour ceux qui les emploient.

Pourquoi ne fait-on que des citations ou des renvois partiels à ce qui se fait en Allemagne ? Et pour-

quoi n'expose-t-on pas le système allemand dans sa totalité ?

Dans les assurances sociales, les Allemands ont évincé totalement l'intervention de tout ce qui s'appelle *entreprise* ou *affaire*. Toutes leurs assurances reposent sur l'organisation des ouvriers et les conventions réciproques passées entre ouvriers et industriels, le tout étant sous le contrôle de l'Etat. Quand on parle de cette organisation aux assureurs français ils vous répondent d'un air grandiose :

« Ce sont là des mœurs prussiennes qui ne peuvent point s'acclimater en France. « Félicitons-nous, s'écrie M. Thomereau, de n'avoir pas implanté chez nous le système allemand ! Nous ne sommes point des Teutons et les manières des sous-officiers prussiens ne font point notre affaire ! »

Ce qui, en d'autres termes, signifie que les manières des sous-officiers prussiens sont bonnes quand elles sont appliquées aux ouvriers et mauvaises quand on les applique aux assureurs.

Du reste, le traitement intensif appliqué en Allemagne a même des adversaires en France parmi les médecins des compagnies. Entre autres, le Dr Périer, médecin en chef de la Compagnie du Nord, dans son rapport présenté au Congrès de Rome contre certaines maisons de santé pour blessés par accident. Il faut également que l'Allemagne soit citée comme exemple par rapport aux dépenses. On a voulu prouver en France que les dépenses dépassent de 5 fois celles faites en Allemagne.

Mais Levassort répond qu'on ne peut pas établir de comparaison exacte sous ce rapport, parce que d'après les statistiques officielles des deux pays, le groupement des malades est tout à fait différent, et précisément parce que les assurances allemandes n'interviennent que pour les cas graves et après la 13e semaine de maladie.

D'après un travail fait avec beaucoup de soin, on est arrivé à formuler les conclusions vraisemblables que voici :

1° Les dépenses pour ouvriers dans les deux pays, sont à peu près égales. Il existe une légère tendance en augmentation pour la France où le nombre des blessés est plus considérable.

2° Les dépenses faites pour traitements et indemnités sont plus fortes en Allemagne qu'en France.

Mais laissons encore une fois la parole aux représentants des assurances, qui nous affirment qu'il y a des médecins qui leur font un tort immense et qui procurent aux gens des provisions pour se faire soigner par eux, qui poussent artificiellement les frais à outrance, qui exagèrent leurs honoraires et donnent même des leçons de simulation aux malades. La réponse est donnée par un médecin dans une petite brochure qui conclut en ces termes ironiques :

« Faut-il que les médecins soient habiles et capables pour faire entrer en quelques jours dans la cervelle de leurs malades ignorants les notions d'anatomie, de physiologie et de pathologie et à tel point qu'ils puissent tromper le professeur le plus prudent et le plus exercé de l'université. De pareils médecins, il faudrait en faire des professeurs illico. Car s'ils arrivent à de tels résultats avec des éléments aussi incultes, le jour où ils auront à instruire des étudiants intelligents et instruits (1), ils feront des miracles.. »

Cette plaisanterie met en évidence qu'il faut en rabattre au sujet de ces accusations.

Néanmoins, il en demeure quelque chose.

On me signala, entre autres, un médecin qui fut condamné à 6 mois d'emprisonnement et à 3 ans d'interdiction professionnelle, pour avoir exagéré son compte de 800 frs.

Sur une enquête minutieuse faite à ce sujet, je suis arrivé à la conclusion que ces cas sont très rares.

Je me suis également informé sur la question des provisions avancées par certains médecins. On m'a répondu que cela a pu arriver quelquefois, que c'est en quelque sorte un « acte de légitime défense » contre les collègues des assurances qui, eux, touchent leur provision sous forme de rabais ».

Je me suis adressé à un vieux collègue d'une grande notoriété et d'une grande considération, cherchant ce qu'il pensait de ces comptes exagérés. Il m'a répondu : « Il y a quelque temps, j'ai soigné un blessé : mon compte établi exactement d'après le tarif ministériel se montait à 25 francs. Il me fut payé 23 francs par l'agent d'assurance. — Mais c'est 25 francs que j'ai à recevoir, lui dis-je. — Et ma provision à moi, répondit-il ! Or, je suis un vieux médecin, mon nom est connu. La publication du procédé fit une grande impression, précisément parce que tout le monde était convaincu que je comptais sans exagération et à cause de ma situation officielle ».

Admettons que le cas se soit présenté chez un jeune médecin, encore inexpérimenté, il aurait assurément hésité à faire du bruit pour si peu de chose.

Mais les mêmes manœuvres se répétant souvent, il se fait justice, liquide son compte avec 30 fr. On peut alors lui retrancher 5 fr ; il est payé. Cela n'est pas très délicat, mais les pratiques des assurances nous amènent à ces cas de légitime défense.

On nous a également parlé à Rome des médecins qui excitaient les ouvriers à exagérer leurs prétentions, les incitant à des procès sans fin, pouvant mener les assurances à la ruine, etc.

Dans le livre de M. Levassort, on fait mention que la loi donne aux ouvriers une certitude pour le cas où l'industriel ou l'assurance seraient déclarés en faillite. Il y a en France une sorte de caisse de garantie pour les administrés sous le contrôle de l'Etat qui assure à l'ouvrier une indemnité qui est proportionnelle à l'indemnité qu'il aurait à toucher de l'assurance, si bien que l'ouvrier, en cas de nécessité, se trouve toujours dédommagé.

On a également relaté des assurances qui, avec leurs primes se font une concurrence au rabais, deviennent insolvables et portent préjudice aux ouvriers comme aux assurés. Nous savons que, dans les assurances privées, on ne peut prendre assez de précautions. On s'imagine qu'on est bien garanti et voilà qu'on découvre tout à coup une clause dans la police qui donne à la société le droit de résilier le contrat en cas d'accident. Presque tous les contrats renferment une clause en vertu de laquelle l'industriel qui oublie le moindre petit détail, ou qui déclare l'accident un peu trop tard, ne peut avoir aucun recours. La compagnie reste en possession de ses primes et se trouve quitte envers le blessé.

Il en résulte des dommages énormes pour les blessés. Au point de vue de la *justice*, la situation est toute différente en France et en Allemagne.

Il n'y a pas en France comme en Allemagne de tribunaux spéciaux. Dans les tribunaux ordinaires, l'ouvrier ne trouve pas comme chez nous le secours judiciaire facile. Il peut, il est vrai, intenter un procès sans faire d'avance, mais s'il perd le procès, tous les frais restent à sa charge.

On lui constitue bien un avoué et un avocat ; mais, alors que les compagnies ont la haute main sur les spécialistes, les défenseurs d'office sont choisis parmi les plus jeunes avocats sans expérience.

En considérant tout ce qui vient d'être dit, on comprend aisément cet antagonisme aigu qui existe dans les deux camps, et les nombreuses propositions

(1) La contre-enquête, 3e partie : « Les blessés du travail et leurs médecins devant les tribunaux, page 15, Dr Diverneresse ».

qui ont été faites pour y remédier. Il n'y a pas longtemps qu'un médecin, sénateur français, fit des propositions pour changer certaines dispositions de la loi. Ces propositions rencontrèrent une vive opposition du côté des ouvriers comme du côté des médecins. Mais ces propositions impressionnèrent vivement le public à cause de la situation de leur auteur. Comme je m'entretenais de la question avec quelques collègues parisiens, ils me répondirent : « Monsieur, vous ne connaissez guère la France. Chez nous tout se rattache plus ou moins à la politique. Quand une assurance veut obtenir une modification intéressant la partie médicale du service, elle se choisit un médecin de confiance qui est député ou sénateur. Si c'est en matière judiciaire qu'elle veut obtenir un service, elle s'adresse également à un avocat qui est ou député ou sénateur. »

Comme preuve, on me montra un fragment d'un acte judiciaire concernant précisément le médecin sénateur en question, et dont je vous fais passer la photographie. On y lit ce qui suit :

« Après avoir pris connaissance des actes et des certificats contradictoires des médecins, j'ai fait appeler à mon bureau les deux parties pour les entendre les unes après les autres et pour interroger M. Herbert. Ce dernier vint à mon bureau le 14 septembre accompagné du Dr P., sénateur de la Nièvre, conseiller général, mandataire du Syndicat de garantie et représentant de l'industriel Joseph Legrand. »

Je vous montrerai en outre la photographie d'un prospectus émanant d'une société d'assurance et dont il résulte que le même médecin sénateur est le président actuel de la Société. Le vice-président est un ex-directeur du ministère qui avait autrefois la surveillance des sociétés d'assurance.

Lors d'une visite faite à un collègue de Paris, je suis tombé au milieu d'une séance du cercle dit « Sou médical », l'analogue de notre « six pfenning médical ». (Les membres de ce cercle donnent chacun 20 francs par an). On me dit : Vous allez assister à notre séance, vous écouterez et vous apprendrez ce qui se fait chez nous.

On discuta sur les cas suivants :

Un médecin avait établi son compte d'après le tarif des accidents du travail en cas de déplacement.

L'assurance n'a voulu que le tarif minimum, parce qu'il y avait une gare dans la localité visitée.

Mais comme il y a très peu de trains dans la journée, le médecin avait consacré une demi-journée à faire son voyage.

Le procès fut décidé — et la Société du « Sou médical » accorda l'assistance pécuniaire à son sociétaire lésé. Il est à remarquer que dans les séances du « Sou médical », le plus souvent, il n'est question que de procès avec les assurances. On m'a montré une foule d'actes de cette nature.

Et d'où viennent donc les procès ? Le plus grand nombre viennent de la lutte faite contre le libre choix du médecin. Presque partout, les compagnies d'assurances ont leur médecin attitré, et partout elles cherchent à évincer les médecins qui ont la confiance des malades.

Comme je disais à un collègue : « Mais n'avez-vous donc pas le libre choix du médecin garanti par la loi? »

« Cette garantie, me répondit-il, n'existe que sur le papier. Les assurances nous enlèvent nos malades, et s'il y en a qui leur échappent ce sont les mutualités professionnelles qui les recueillent pour leurs médecins. La plupart des médecins n'ont jamais vu de blessés. Il y a, il est vrai, une pénalité pour ceux qui vous imposent un médecin, et depuis qu'il y a eu quelques condamnations, on n'a plus l'air de forcer son choix. Mais l'industriel vient vers l'ouvrier, il lui dit : « Mon « ami, allez donc chez le Dr X., il a l'expérience qu'il « faut ». Si l'ouvrier n'obéit pas, il ne sera pas congédié pour cela, mais on le renverra 8 jours après sous un prétexte quelconque. Et comme un grand nombre de cas analogues se sont présentés, l'ouvrier ne tient pas à risquer la même mésaventure. L'ouvrier prend-il un médecin de choix, celui-ci peut compter sur les vexations, et son mémoire sera passé au crible. Il y a procès, le procès coûte cher et l'expertise peut revenir jusqu'à 100 fr.

En voici un exemple. Le docteur Dupinet liquida son compte pour le blessé Pennetier à 38 francs.

La Compagnie des Petites Voitures réduisit la note à 26 francs. L'affaire fut jugée. Le docteur Thoinot fit l'expertise qui coûta 30 fr. Le jugement décrète :

Il est dû au Dr Dupinet la somme de 30 fr.

Le docteur Dupinet doit les 2/3 des frais du procès, soit 40 fr. 35 cent. Il lui reste donc, pour avoir soigné le blessé Pennetier, à payer la somme de 10 fr. 35 cent.

Les conséquences de ce procès sont que les médecins en général refusent leurs soins aux blessés.

Les vexations sont telles que, même lorsqu'il y a eu acquittement ou gain de cause pour le médecin, celui-ci a perdu toute espèce d'envie de soigner ces blessés.

La lutte contre le libre choix du médecin se poursuit ainsi de différentes manières.

Il est naturel qu'on trouve en France aussi facilement des médecins d'assurances qu'on trouve en Allemagne les médecins attitrés pour le service des caisses de malades ou les médecins de confiance des sociétés professionnelles.

Il était pour moi très intéressant d'apprendre à connaître dans ses détails l'organisation du Syndicat de médecine sociale dont il a été question plus haut. Mais je ne trouvais personne pouvant me donner satisfaction. J'avais le soupçon qu'il s'agit là de médecins spécialistes, qui par leurs traitements spéciaux cherchaient à accaparer les blessés, mais on ne put m'indiquer aucun membre de cette société. Je pris donc la résolution d'aller voir le président(1), le *docteur Diverneresse*. Le *docteur Diverneresse* est une personnalité d'une grande considération ; il occupe plusieurs charges et dignités médicales ; il est dans une bonne situation de fortune, par conséquent libre, indépendant et au-dessus de tout soupçon de corruptibilité. C'est uniquement par dévouement qu'il se tourmente et se donne du mal dans cette lutte du libre choix du médecin et les autres questions professionnelles qui s'y rattachent.

L'aimable collègue qu'est le *docteur Diverneresse* a donné satisfaction à toutes mes questions. Il m'a dit que la société « Le Syndicat de médecine sociale » existe depuis plusieurs années. Je lui ai demandé comment il se fait qu'il ait consenti à faire partie d'une association ouvrière ? Nous avons vu bien souvent, en Allemagne, les directeurs des sociétés user de leur influence comme présidents de caisse pour faire le jeu contre les médecins et se comporter comme se comportent quelquefois les industriels vis-à-vis de leurs ouvriers.

« Nous n'avons pas, me dit-il, en France, des assurances de maladies comme chez vous. Les ouvriers dans nos assurances ne sont pas là pour jouer à notre égard le rôle auquel vous faites allusion. Nous nous tenons à la disposition des ouvriers quand on leur fait tort ».

Je lui répondis : « Mais nous faisons la même chose à Berlin où la *Société des médecins de caisse librement choisis* se rencontre avec la Commission générale des sociétés pour s'accommoder à l'amiable. Quand il y a

(1) Le Syndicat de médecine sociale n'a pas de président, son secrétaire général est notre excellent confrère le Dr Goujon.

litige entre ouvrier et sociétés, il y a un médecin ou une commission de médecins qui s'occupent de l'affaire. On fait un rapport, et selon les conclusions, l'affaire est rejetée ou prise en considération. Il n'est point nécessaire pour cela que nous fassions partie de sociétés ouvrières. »

Patientez un peu, me dit-il avec un certain étonnement ? Mais qui donc s'occuperait de nous ? Nous autres en France, nous sommes exposés à toutes sortes de vexations et à tous les tourments par les grandes puissances financières, précisément parce que nous sommes libres et indépendants.

En entrant dans les syndicats ouvriers, notre situation est changée, nous prenons une influence politique. Nous avons avec nous tout le parti des socialistes démocrates et sommes soutenus par les syndicats des ouvriers.

Depuis qu'on le sait, je vous prie de croire qu'on nous ménage et qu'on ne se permet plus de nous vexer mal à propos. A cause de notre influence politique, nos avis sont pris en considération devant les tribunaux. Vous voyez bien que la politique s'introduit partout chez nous.

Du reste, je vais vous montrer quels sont les efforts qu'on fait pour entraver le libre choix du médecin ».

Il m'a donné une photographie que j'ai l'honneur de faire passer dans vos rangs. C'est la circulaire d'une direction à ses ingénieurs dans laquelle on recommande à ces derniers de souligner par un trait fait à l'encre rouge leurs rapports faits sur les blessés qui ont eu l'audace de s'adresser à un médecin privé ou à un pharmacien de leur choix.

Un autre exemple, qui prouve combien on peut faire de tort aux médecins et aux malades, se trouve dans une autre circulaire d'une assurance à ses médecins et dont je vous passe également la photographie :

« La direction de la.....prend la liberté de faire remarquer à Messieurs les médecins qui veulent bien délivrer les certificats sur ses imprimés qu'il y a grand intérêt à ce que les blessés ne puissent prendre connaissance de ces certificats.

« Le mieux est donc de laisser ignorer le contenu du certificat au blessé ; pour cela, il est indispensable que l'enveloppe dans laquelle il sera enfermé soit close ».

Ce n'est pas tout. Voici encore une lettre d'une compagnie à son médecin ; vous pouvez encore en voir la photographie :

« Ainsi que nous vous l'avions demandé précédemment, vous voudrez bien, pour ne pas nous créer d'embarras inutiles, vous éviter de parler d'*écrasement* ou de *sections* sur les certificats réservés à la mairie. Veuillez nous rectifier le certificat ci-joint ».

Car le signalement des sections ou écrasements donne lieu de la part de l'autorité à l'établissement des certificats officiels sur les accidents : ce que les sociétés voulaient empêcher à tout prix malgré les preuves évidentes de leurs interventions.

On conçoit d'après cela combien les médecins indépendants qui ne veulent point subir de semblables directions deviennent gênants.

Voici encore la photographie d'une circulaire aux médecins de la part du Chef de service d'une Compagnie de Chemins de fer.

« Quand vous êtes appelé à examiner un de nos agents blessés pour lesquels on fait jouer la loi de 1898, il faut :

1° Vous abstenir vis-à-vis de l'agent de tout commentaire relatif à son maintien en service après règlement du litige.

2° Indiquer dans le rapport officiel le degré le plus bas d'incapacité subie, à votre avis, du fait de l'accident, sauf à mentionner dans une note séparée, qui ne serait pas produite devant les tribunaux, le maximum de réduction pouvant être admis. »

Voici encore une lettre d'une société à son médecin. Celle-ci par exemple me rappelle un fait analogue qui s'est passé en Allemagne par l'appel fait à des médecins étrangers à Cologne et à Bocholt dans le but d'asservir les médecins de la localité. Voici ce qu'elle dit :

« Nous allons donc, Monsieur le Docteur, si vous persistez à ne pas vouloir accepter d'autres propositions, et entre autres, un tarif à forfait par sinistre, fût-il de 15 francs par sinistré les uns dans les autres, être contraints de soumettre à la réunion des assureurs la correspondance que nous vous avez adressée et celle que vous avez adressée à notre agent et à un de nos assurés . La solution devra être : ou l'acceptation par les médecins de Fismes d'un tarif raisonnable, comme partout ailleurs du reste, ou l'envoi dans votre ville d'un médecin agréé par la réunion des assureurs, à qui il serait assuré un tarif minimum raisonnable ; cela a été fait dans plusieurs localités où nous avons rencontré des médecins récalcitrants, et nous nous en trouvons extrêmement bien ».

Cette dernière lettre ne m'étonne pas outre mesure, mais en voici une autre qui m'a littéralement stupéfié :

« Voici à titre d'indication, et ainsi que nous l'avons déjà fait savoir à MM. D. et P., ce que nous pouvons admettre pour vous donner notre clientèle à St-Etienne :

« Vous acheterez ferme un certain nombre d'obligations et vous nous consentirez une réduction de 5 % sur les honoraires médicaux et chirurgicaux établis par le tarif ministériel. »

On m'a montré un grand nombre de lettres dans le même style.

Je crois que les exemples qui vous ont été soumis et qui ont été appuyés des photographies suffisent pour vous donner une idée sur les motifs qui jouent en France le principal rôle dans la lutte du libre choix du médecin.

Vous comprenez maintenant comment il se fait que des ouvriers et des médecins se rendent solidaires les uns des autres.

Les efforts faits pour apaiser l'âpreté de la lutte n'ont point manqué.

Il y a peu de temps que, sur l'initiative du directeur ministériel Paulet, dont il a été souvent question, on a institué une commission d'arbitrage qui siège au Ministère des Travaux publics, et dont les attributions sont de régler les questions des honoraires en litige, en dehors des tribunaux ordinaires.

Pour nous résumer, nous voyons qu'avec tout cela, la question du libre choix du médecin, dans ses grandes lignes du moins, est posée d'une façon différente en France que chez nous. Au point de vue pratique, il n'est point possible d'en faire la moindre application en Allemagne.

CHRONIQUE SYNDICALE

A propos de la réorganisation de l'Union des Syndicats médicaux de France

Nous recevons du Dr Campinchi, de Saint-Georges-sur-Cher, la lettre suivante :

Mon cher confrère,

J'ai lu et relu très attentivement votre dernier article sur la « Réorganisation de l'Union des syndicats médicaux ».

Votre droiture bien connue et la loyauté de votre caractère nous sont un sûr garant de l'honnêteté de vos intentions, et le seul intérêt du corps médical a dû vous inspirer les réflexions que vous exposez aux lecteurs du *Concours*.

Mais enfin, nul n'est à l'abri de l'erreur et vous pouvez vous tromper comme nous tous.

Alors comme vous avez sur le corps médical une grande influence et que vous jouissez auprès des praticiens d'une estime très méritée d'ailleurs, il m'a semblé dangereux, pour l'avenir du syndicalisme médical, de laisser passer, sans les discuter, des opinions qui heurtent violemment celles de beaucoup de nos confrères. Nulle opinion d'ailleurs, qu'elle descende de haut ou qu'elle monte d'en bas, ne doit jamais être acceptée qu'après mûr examen et controverse publique.

Je vous serais donc très obligé de vouloir bien me prêter, à moi qui ne pense pas comme vous en cette occasion, un petit coin de votre journal pour y soutenir la contradiction.

Et d'abord, mon cher confrère, laissez-moi m'étonner un tantinet de voir un homme tel que vous appuyer la thèse qu'il défend sur une pétition de principe.

Vous commencez par accuser les confrères qui ne partagent pas vos idées d'être des *utopistes* et des *songe-creux* et sans vous donner la peine d'examiner leurs conceptions et leurs arguments, vous donnez comme acquis ce qu'il s'agit précisément de prouver.

D'un cœur léger vous disqualifiez l'adversaire et vous supprimez la contradiction, et sûr désormais d'avoir raison, vous nous offrez votre formule.

C'est peut-être la bonne, mais nous réclamons le droit de l'examiner sans que l'on nous accuse à l'avance de « bâtir sur les sables mouvants de l'idéalisme brumeux ».

Vous ne m'en voudrez pas, mon cher confrère, si je vous dis que toutes les conceptions conservatrices ou rétrogrades se présentent à nous sous le couvert de la pondération et de la mesure. Et n'allez pas croire, mon cher confrère, que je vous accuse d'impérialisme et de réaction, telle n'est pas ma pensée. Mais je voudrais simplement rappeler d'une façon générale que si l'on est toujours le réactionnaire de quelqu'un, on devient invariablement l'*agité* de son prochain, si l'on dérange tant soit peu les cadres de son esprit ou si l'on contrarie son horreur de l'action.

Alors, croyez-moi, la prudence peut quelquefois conserver. Elle ne crée jamais rien.

Anatole France vous dirait qu'elle est la plus vile des vertus, et qu'il faut respecter les opinions qui ne sont pas les nôtres et les combattre en produisant des arguments plutôt que des affirmations péremptoires. Idéalistes fumeux, dites-vous en parlant de nous, pourquoi ?

Parce que nous n'avons aucune confiance en les abstractions et les formules qui prétendent s'appliquer à la réalité sans tenir compte de la vie en perpétuel devenir ?

Vraiment, c'est une étrange chose : nous nous sommes levés contre la manie généralisatrice et la centralisation à outrance, affirmant notre volonté de nous maintenir sur le terrain solide de la vie et des faits et d'adapter notre action à la diversité des cas et des difficultés, et c'est nous qui sommes accusés de faire du « syndicalisme en vase clos », nous, les praticiens du syndicalisme de l'effort quotidien, du syndicalisme conquérant et réalisateur, dédaigneux de la bureaucratie formaliste et tatillonne.

Comptez-vous pour rien, mon cher confrère, la suppression du « certificat de médecine supérieure » par l'action dans la rue et la mise en échec du ministère de l'Instruction publique ; et la lutte contre l'agrégation dont nous avons ruiné le prestige insolent dans l'opinion publique ?

Comptez-vous pour rien d'avoir établi le projet de réforme de l'enseignement médical, d'avoir revendiqué l'autonomie des hôpitaux et le droit des syndicats à s'occuper d'hygiène publique ?

Et surtout, n'êtes-vous pas saisi d'admiration devant ce beau mouvement de révolte et de solidarité professionnelle qui a fait tressaillir le corps médical tout entier, découragé jusqu'ici par le vain formalisme des bureaux et les épopées des ordres du jour dormant dans les cartons verts ?

Toute cette agitation, toute cette fièvre collective qui pousse les praticiens à se réunir, à discuter, à se passionner, à vivre la grisante lutte pour le mieux-être immédiat avec un peu d'idéal au bout, à quoi les devons-nous, sinon à ce réveil de consciences qui nous est venu des Congrès et de la confiance en nos propres forces et non plus en la bonne volonté des chefs et des politiciens ?

N'est-ce donc rien d'avoir amené des milliers d'apathiques au syndicalisme et d'avoir fait entendre au public et même à la plupart de nos confrères, qu'il y avait un corps des praticiens avec ses aspirations propres, sa dignité intangible et son droit à créer le droit nouveau ?

Mais j'y étais, me répondrez-vous, à ces fêtes qui sont d'hier. Oui, vous y étiez, entraîné hors des règlements et des casiers par un généreux élan qui vous emporte vers la vie et que je ne

sais quel dieu malin s'ingénie à contraindre en vous.

Tout cela, mon cher confrère, nous le devons à la méthode des utopistes sortis de l'ornière, que les difficultés ni la désapprobation momentanée ne rebutent, qui savent que rien ne se crée que dans l'effort et la douleur et qui mettent leurs espoirs en l'action propre des praticiens et non en la manne législative des politiciens que nous ne refusons pas d'ailleurs, si elle tombe jamais.

Et pour parler de choses qui sont plus près de nous comme le relèvement des honoraires ou nos rapports avec la mutualité, quelle est la bonne méthode pour toucher le succès ?

Est-ce bien celle qui consiste à voter le relèvement et puis compter, pour sa réalisation, en la vertu magique des ordres du jour et l'efficacité des sanctions pénales dont chacun se rit et qui n'ont pas plus d'effet que les excommunications du pape sur les résolutions des athées ou des protestants.

Sanctionner veut dire *assurer* l'efficacité et, croyez-moi, l'efficace vertu ne peut venir que du pouvoir temporel que le pape a perdu et que les règlements syndicaux n'ont pas encore acquis.

Nous qui ne sommes pas des syndicalistes dans l'espace, nous restons sur la terre ferme et sans agiter les épouvantails à moineaux que sont vos sanctions *sans sanction*, nous essayons de réveiller en nos camarades le sentiment de la responsabilité individuelle, de la solidarité professionnelle, et de l'intérêt bien compris. Nous travaillons à la solution des malentendus, nous gourmandons les uns et nous encourageons les autres. Jamais nous ne lançons de bulles créatrices de schismes et si nous n'assurons pas toujours le présent, nous ne compromettons pas l'avenir en cultivant le jaune sur qui nous n'aurions plus aucune prise.

Mais toujours, nous essayons de faire comprendre à nos camarades qu'ils tiennent leur sort entre leurs propres mains et qu'ils ne doivent pas se désintéresser de l'action en aliénant leur liberté et le soin de leurs intérêts entre les mains de chefs irresponsables ou de politiciens profiteurs.

Vous-mêmes, les Parisiens du Syndicat de la Seine, le jour où vous avez voulu relever vos honoraires, vous êtes sortis des règlements de police et vous avez traité avec les hérétiques.

Et dans une question qui n'implique pas la rupture du pacte syndical, dans la simple question de l'amende pour absence injustifiée, vous avez cru plus politique d'offrir un jeton de présence aux assidus que d'infliger une punition aux négligents.

Je ne voudrais pas abuser, j'ai déjà longuement exposé ces idées en d'autres temps et la question de la « réorganisation de l'Union » je l'ai traitée dans un article que chacun pourra lire dans le *Petit Praticien* et que j'avais donné à l'impression quand a paru votre « Propos » du *Concours*.

Vous me permettrez seulement quelques observations à propos de la « Fédération du livre » que vous nous offrez en exemple.

Son organisation est vieille de près de 40 ans. Vous l'admirez et nous la trouvons déplorable. Elle est tout entière entre les mains d'un chef, Keufer, ancien ouvrier, éloigné de l'atelier et de l'action depuis plus de 20 ans, se complaisant en la compagnie des intellectuels, commensal habituel des politiciens au pouvoir.

Elle est montée sur le modèle des groupements politiques à pouvoir fortement centralisé ; elle est quelque chose comme notre A. G. société de secours mutuels basée sur la Caisse et faisant de la défense professionnelle par accident et par démarches ou médiation.

L'arme ouvrière par excellence qu'est la grève soudaine et portant en soi la victoire est interdite aux sections, ou plutôt les sections ne peuvent la déclarer qu'avec l'autorisation du Comité central qui tient les cordons de la bourse ; et le Comité central, surmonté de M. Keufer, veille jalousement sur la caisse, une si belle caisse, si agréable à contempler pendant que les patrons prévenus se préparent à mettre les ouvriers en échec. Les grévistes feraient de la peine aux ministres amis de M. Keufer.

Il est bon d'ajouter que la 22e section, la section parisienne, la plus importante de beaucoup, forte de plusieurs milliers d'adhérents, combat furieusement la domination de Keufer qui s'en ira certainement un de ces jours, comme s'en est allé Guérard des chemins de fer, quelques semaines avant que les cheminots, enfin libérés, obtiennent par leur action directe, la retraite qu'ils attendaient depuis des années des visites de leur secrétaire chez les ministres.

Et si la 22e section n'est pas encore arrivée à briser la suprématie de Keufer et de sa cour, c'est qu'ici le principe fédéraliste s'est trouvé faussé par la remise d'un pouvoir oppressif entre les mains d'un Comité central dont dépend en grande partie le sort et l'existence des petites sections.

Nous ne saurions nous accommoder de ce système. En fédéralisme, un égale un et le Syndicat représente l'unité souveraine.

Il ne suffit pas de laisser aux syndicats une autonomie nominale. Les syndicats doivent rester maîtres absolus de leurs statuts et de leurs délibérations, et leur souveraineté, nous la voulons indiscutable vis-à-vis de l'Union qui ne peut être un comité directeur mais simplement la réunion des Syndicats unissant leurs efforts.

Le corporatisme, c'est-à-dire la besogne immédiate et pratique pour le mieux-être prochain, doit rester dans les groupements locaux.

Je dirai même que les fédérations qui ne réunissent pas des syndicats départementaux ayant mêmes intérêts départementaux ne me paraissent représenter que des organismes momentanés de propagande et de contagion syndicaliste.

La véritable fédération des Syndicats médicaux me paraît devoir être la nouvelle Union, seule apte à coordonner notre action et à défendre les intérêts généraux de la profession en face des pouvoirs publics.

Mais je ne crois pas me tromper en affirmant que les Syndicats ne consentiront jamais à abdiquer leur souveraineté entre les mains d'un « Comité permanent » qui donnerait l'impulsion au lieu de la recevoir.

A mon avis, la pesée doit aller de la périphérie au centre et non du centre à la périphérie ; et la tendance des syndiqués que l'Union devra dégager et faire entrer dans la pratique ne pourra se manifester pleinement, librement et d'une façon retentissante, en dehors des états-majors et des bureaux, que dans les Congrès organisés par les Syndicats pour crier à la face de tous nos besoins et nos aspirations.

De cette façon la voix de la province et des campagnes ne sera pas étouffée par la centralisation parisienne.

J'ai fini, mon cher confrère, et je m'aperçois que j'ai peut-être été trop long. J'en suis confus, mais je m'en consolerais facilement si je pouvais être assuré de n'avoir rien dit qui pût vous froisser : j'ai pour votre personne la déférence la plus sympathique et je voudrais pouvoir en dire autant de tous ceux dont je ne partage pas les idées.

Croyez, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments,

Dr Campinchi,
Saint-Georges-sur-Cher.

Réponse. — Notre confrère aurait peut-être mieux fait de préciser le rôle qu'il entend voir remplir par l'Union des Syndicats médicaux de France. Quant au reproche qu'il nous adresse de l'*horreur de l'action*, il nous permettra de le renvoyer à l'histoire du syndicalisme médical de ces dix dernières années. Bien qu'il n'y ait pas une seule manifestation corporative à laquelle nous ne nous soyons pas associés, y compris les manifestations contre l'Agrégation, nous persistons à penser et à croire que, pour obtenir des résultats, il faut une organisation solide et que ce ne sont pas ceux qui font le plus de bruit qui font le plus de besogne. Nous voulons faire de l'action, mais de l'action utile.

J. N.

L'ENCOMBREMENT MÉDICAL

Limitation du nombre des étudiants en médecine.

Orléans, le 16 septembre 1910,

Mon cher confrère,

Le prochain Congrès des Praticiens ayant à discuter dans toute son ampleur l'importante question de l'encombrement médical, je soumets à votre appréciation un projet éclectique qui s'inspire des multiples solutions proposées. Abonné au *Concours* depuis plusieurs années (bien que docteur depuis peu), c'est à ce titre que je sollicite l'hospitalité de vos colonnes si bienveillantes aux jeunes.

Tous les praticiens, sauf de rares exceptions, admettent la pléthore ; mais aucun des vœux émis pour y remédier n'a réuni l'unanimité des suffrages. La très vague motion sur la sévérité aux examens votée au dernier congrès n'est qu'un aveu d'impuissance et une façon déguisée de se débarrasser de la question. Donc si l'on est d'accord sur le diagnostic, on ne l'est pas sur la thérapeutique. Or, chacun des remèdes envisagés contient une part d'inconvénients. La solution du problème ne me paraît pas être dans un moyen unique, mais dans un faisceau de mesures également éloignées de l'excès et de la timidité.

Examinons donc les divers projets et ce qu'il convient d'en retenir :

1° Le concours d'entrée éliminatoire. — L'on a crié très fort à la liberté violée, à la faillite des carrières libérales, à la création future des circonscriptions médicales, à la fonctionnarisation.

Admettons qu'il y ait du vrai dans ces critiques. Mais à quoi bon créer un N^me^ concours. Je suis déjà passé devant 31 jurys et je n'ai jamais été refusé que deux fois ; je me sens peu d'enthousiasme pour imposer un 32e jury à mes camarades plus jeunes. Et ne l'avons-nous pas d'ailleurs ce concours limitatif ? Qu'est-ce donc que le P. C. N. ? Il a bel et bien été créé dans un but limitatif. Il n'y répond pas, c'est entendu. Pourquoi ?

Parce qu'actuellement le P. C. N. est un brevet de persévérance. Le pire crétin peut décrocher son P. C. N. à l'ancienneté, et j'en connais qui l'ont obtenu à la 7e tentative. Il est très facile de fixer à 3 fois par exemple le nombre des échecs éliminant définitivement un candidat des écoles de médecine. Car il convient d'éliminer ces jeunes gens *quand il est encore temps pour eux de chercher une autre voie.*

2° La plus grande sévérité aux examens et l'élimination après 3 échecs au même examen. — L'avons-nous assez entendue cette antienne ! A mon avis, c'est une erreur. En interrompant ainsi brutalement le cours de nos longues études, on ne peut créer que des déclassés ou des médecins illégaux. Croit-on par hasard qu'un étudiant à jamais évincé à son 4e ou à son premier 5e, alors qu'il a 25 ou 26 ans, pourra recommencer sa vie et faire autre chose que de la médecine ? Et que diront les parents qui auront déjà consenti depuis 6 ou 7 ans de gros sacrifices pécuniaires en pure perte ? Et encore si la sévérité était intelligemment distribuée. Mais la sévérité de certains maîtres consiste trop souvent à abrutir le candidat par une question qu'il n'a pu trouver dans ses livres ou qu'il n'a pu entendre qu'au cours fantôme du professeur X. ou Z. Dans ces conditions il ne peut être question de fainéantise ou d'ignorance.

On a proposé un jury balladeur chargé de doser la sévérité dans toutes les Facultés. Quelqu'un a donné à ce jury 8 jours pour sombrer dans le ridicule et l'impopularité. Tous les praticiens qui se souviennent de leurs années d'études seront de cet avis. Loin de moi la pensée de défendre cer-

taines indulgences exagérées, presque coupables. Non. Mais s'il est juste et raisonnable de ne pas pardonner à l'ignorance grossière et à la paresse constante, il n'est pas moins juste et raisonnable de nous épargner les interrogations ahurissantes et fastidieuses de certains professeurs bien connus.

3° *Suppression des écoles militaires.* — A la date du 2 janvier 1910, un confrère toulousain a soulevé dans le *Concours* un autre côté de la question. A n'en pas douter, les Ecoles militaires ont une part de responsabilité dans l'encombrement médical. Combien de nous ont commencé leurs études avec l'intention de devenir médecin militaire ou médecin de marine ! Pour des raisons diverses, bien peu ont persisté dans cette intention. Tous les autres sont venus grossir les rangs des médecins civils, dans l'impossibilité qu'ils étaient de choisir une autre carrière. Je pourrais citer telle Ecole de médecine où il y avait en 1re année environ 80 pour 100 de candidats éventuels aux écoles navale et militaire.

Peut-être 30 pour 100 se sont présentés. A peine 10 pour 100 furent reçus. Et cette année-là n'était pas une exception. La suppression des Ecoles de Lyon et de Bordeaux serait une bonne mesure. Les médecins militaires et de marine se recruteraient parmi les étudiants pourvus du second cinquième, en donnant plus d'extension aux écoles professionnelles du Val-de-Grâce, de Marseille, de Bordeaux.

4° *Suppression des médecins militaires démissionnaires avec retraite.* — Il convient aussi de songer à la très regrettable concurrence apportée aux médecins civils par les médecins militaires démissionnaires avec retraite proportionnelle. Cette retraite leur permet d'attendre la clientèle et leur donne ainsi une énorme supériorité sur les médecins civils sans ressources, et qui comptent sur leur travail pour vivre. Il faudrait donc réglementer ces démissions qui deviennent chaque jour plus fréquentes au point qu'il n'existe pour ainsi dire pas de ville de quelque importance qui ne possède son ou ses « anciens médecins militaires » exerçant activement.

5° *La propagande dans les lycées.* — Le Dr Vigne (de Lyon) s'est attaché avec un zèle louable à un autre côté du problème : Renseigner les lycéens sur la situation réelle du praticien. Au sortir de la philosophie, ils feuillettent rapidement quelque « Manuel des carrières ? » ; ils ont entendu dire que le Dr Untel gagnait beaucoup d'argent, ils gardent la vision d'une auto trépidante dont descendait un grand Maître affairé ; ils rêvent aux plaisirs de la vie d'étudiant enjolivés par le cousin ou le frère aîné, et ils déclarent : « Je serai médecin ». Les parents flattés dans l'espoir d'un avenir brillant, — leur fils est si intelligent ! — acquiescent. Mais personne n'a montré au lycéen, le tâcheron du métier, le petit praticien rural passant sa vie sur les routes, le petit praticien des villes grimpant les étages, tous deux, gagnant péniblement leur vie au prix d'un labeur très dur, très ingrat, plein de déception, de responsabilité. Leurs honoraires ne dépassent pas le salaire d'un commis de perception ou d'un vendeur de grand magasin, et ils ne commencent à gagner qu'à l'âge de trente ans. Il est donc très important de renseigner très clairement les lycéens sans craindre d'avilir la profession.

6° *Réglementation des permis d'imprimer.* — Ne serait-il pas possible aussi de canaliser la crue médicale sans opposer aux jeunes confrères un infranchissable « non dignus intrare » ? Dans chaque faculté, on classerait les étudiants par ordre d'ancienneté d'admission au second 5e. Et ceux-ci ne seraient admis — dans cet ordre — à passer leur thèse qu'au fur et à mesure des décès médicaux dans le ressort de la Faculté. De la sorte on ne laisserait échapper que le nombre de praticiens nécessaire au remplacement des anciens disparus. Ceux des étudiants qui ne seraient pas classés en tête de liste au second 5e attendraient leur tour en perfectionnant leur éducation clinique — généralement si incomplète — dans les hôpitaux ou en faisant des remplacements. Ainsi les remplaçants présenteraient un maximum de garanties professionnelles (on ne remplacerait plus avec 5 inscriptions) et il se produirait une intense émulation pour arriver en tête de liste, au classement final. De plus, la prolongation forcée des études donnerait à réfléchir aux vocations trop spontanées. Les nécessiteux ou les impatients auraient la ressource de se présenter aux Ecoles d'application militaire, navale ou coloniale qui leur donneraient une situation immédiate.

7° *Suppression absolue de toute dispense de diplôme.* — Je n'insiste pas sur ce vœu adopté par le dernier Congrès. Et je résume l'ensemble des mesures qu'il conviendrait de prendre pour enrayer la progression fatale de l'encombrement :

a) Maintien du P. C. N. avec une orientation plus médicale (par exemple ne pas faire un cours de 3 mois sur la balistique pour bâcler ensuite l'électricité médicale en 15 jours); Elimination définitive des Facultés de médecine de l'élève refusé 3 fois à ce concours.

b) Sévérité *intelligente* aux examens de médecine (par exemple refuser impitoyablement le candidat qui ne connaîtra pas les signes classiques de la pneumonie, mais ne pas juger un élève sur une question comme : la reproduction du trichomonas vaginalis, signes de l'intoxication par le bichromate de potasse, paralysie périodique de Westphal).

c) *Suppression des écoles de Lyon et de Bordeaux* — Recrutement des médecins de l'armée par des concours entre les élèves pourvus du second 5e ou les jeunes docteurs.

d) Distribution aux élèves de philosophie et de mathématiques élémentaires de brochures révélant la pléthore médicale et ses inconvénients.

e) Réglementation et limitation des démissions des médecins militaires et des retraites anticipées.

f) Dans chaque Faculté, classement des élèves par ordre d'ancienneté d'admission au second 5e. Délivrance du permis d'imprimer dans l'ordre de classement et selon le nombre des décès médicaux dans le ressort de la Faculté.

g) Suppression absolue de toute dispense de diplôme. — Prouver rigoureusement la qualité de citoyen français avant l'installation.

Je vous prie d'excuser ce très long exposé, mais l'article du Dr Tourtourat sur le *Concours* d'aujourd'hui me prouve que la question est de plus en plus d'actualité et j'y trouve comme un encouragement.

Veuillez agréer, mon cher confrère, avec mes remerciements, l'assurance de mes sentiments très dévoués.

Dr LIMOUZI (Orléans).

REPORTAGE MÉDICAL

Une école française de stomatologie, ayant pour but de donner l'enseignement aux étudiants en médecine et aux médecins, s'ouvrira à Paris, passage Dauphine, 24, le 15 octobre prochain. Un dispensaire des maladies de la bouche et des dents sera annexé à l'école.

L'enseignement comprendra : la clinique, la technique, la prothèse, l'orthodontie et tous les travaux pratiques de la spécialité. Demander le programme et tous renseignements à M. le Dr Beltrami, directeur adjoint, 12, rue Caumartin, Paris.

IIe Conférence internationale pour l'étude du cancer. — La Conférence internationale pour l'étude du cancer se tiendra à Paris, du 1er au 5 octobre 1910, et siégera à la Faculté de médecine.

Les inscriptions seront reçues, pour chaque pays, par son comité national respectif. Pour la France, elles devront être adressées à M. le Dr Ledoux-Lebard, 22, rue Clément-Marot, Paris, VIIIe.

Les cotisations seront envoyées, pour tous les pays indistinctement, au trésorier de l'Association française, M. le Dr H. de Rothschild, 6, rue Saint-Philippe-du-Roule, Paris, XVIIIe. Tout membre titulaire recevra un exemplaire complet des publications de la Conférence.

XIe Congrès français de médecine, — Nous rappelons à nos lecteurs que le XIe Congrès français de médecine se tiendra à Paris, les jeudi 13, vendredi 14 et samedi 15 octobre 1910, sous la présidence de M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Trois questions, désignées par le précédent Congrès, seront l'objet de rapports : 1° Des bradycardies, par MM. Vaquez et Esmein (de Paris) ; Gallavardin (de Lyon) ; 2° traitement des épilepsies symptomatiques, par MM. Souques (de Paris) ; Bosc (de Montpellier), Vires (de Montpellier) ; 3° rapports du foie et de la rate en pathologie, par MM. Gilbert et Lereboullet (de Paris) ; Roch (de Genève).

Quatre questions seront mises à l'ordre du jour pour les discussions du Congrès : 1° Les accidents de la sérothérapie ; 2° les méningites cérébro-spinales aiguës ; 3° la tuberculinothérapie ; 4° les affections du pancréas.

Indépendamment de la discussion des rapports et des questions à l'ordre du jour, le bureau du Congrès admettra toute communication sur un sujet médical.

Les congressistes qui désireront bénéficier des avantages accordés par les Compagnies de chemins de fer devront s'adresser avant le 30 septembre, dernier délai, à M. Laignel-Lavastine, secrétaire général adjoint du Congrès.

Adresser les adhésions accompagnées des cotisations à M. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris. Le prix de la cotisation est de 20 fr. pour les membres titulaires et de 10 fr. pour les membres associés.

Adresser toutes communications scientifiques ou administratives à M. Marcel Labbé, secrétaire général du Congrès, 9, rue de Prony, Paris ou à M. Laignel-Lavastine, secrétaire général adjoint, 45, rue de Rome, Paris.

Mort du professeur Raymond. — On annonce de Poitiers la mort du Dr FULGENCE RAYMOND, professeur de la Clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière, successeur du Dr Charcot.

Poste médical au Canal de Suez. — La Compagnie du Canal de Suez recherche pour son service médical en Egypte un jeune médecin, ancien interne des hôpitaux de Paris. Résidence, Ismaïlia. Situation de début de 10.000 à 12.000 francs, avec améliorations progressives jusqu'à 20.000 à 30.000 francs en fin de carrière. A partir de vingt ans de service, droit à une retraite, reversible pour moitié sur la veuve et les enfants mineurs. Congés annuels pour l'Europe. Avantages divers tels que : indemnités de logement, d'entrée en campagne, d'installation en ménage, de frais de voiture, etc. Des renseignements plus détaillés pourraient être obtenus au siège de la Compagnie à Paris, 9, rue Charras.

Création d'une association internationale des médecins scolaires. — A l'occasion du Congrès international d'hygiène scolaire qui s'est tenu à Paris le mois dernier, les médecins scolaires des divers pays se réunirent en vue d'examiner s'il y avait lieu d'organiser une Association internationale. Le Dr Butte montra le grand intérêt qu'il y aurait à grouper en un seul faisceau toutes les forces éparses dans les différents pays. La réunion en une puissante association des médecins des écoles de toutes les nations ayant pour objet d'échanger des idées, de se renseigner sur les méthodes nouvelles, sur les progrès réalisés, permettrait de s'entendre et d'obtenir plus facilement des pouvoirs publics les améliorations reconnues utiles, soit dans les services de l'hygiène scolaire, soit dans la situation morale et matérielle des médecins scolaires.

Cette manière de voir fut adoptée à l'unanimité, et l'assemblée chargea d'élaborer les statuts de la nouvelle association un bureau provisoire constitué par le bureau de la Société des médecins inspecteurs des écoles et de délégués de l'étranger et de la France. En voici la composition :

Présidents d'honneur : Sir Lauder Brunton (Londres) ; Sir James Grant (Ottawa, Canada), professeur Chantemesse, Dr Albert Mathieu.

Bureau.

Président : M. Cayla.

Vice-présidents : MM. H. Gourichon, H. Gillet, P. Raymond.

Trésorier : M. Dufestel.

Secrétaire général : M. Butte.

Secrétaires : MM. Biard, Meyer, de Lauradour.

A ce bureau sont adjoints comme délégués pour la France : Mlle Desmolières (Paris) ; MM. de Pradel (Paris) ; Toledano (Paris) ; Paul-Boncour (Paris); César Roux (Nice) ; A. Roussy (Marseille) ; Weigert (Lyon). (*Bull. méd.*)

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE
Première Combinaison directe et entièrement stable de l'*Iode* avec la *Peptone*
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE

Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme.
Vingt gouttes IODALOSE *agissent comme un gramme Iodure alcalin.*

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS : LABORATOIRE GALBRUN, 18, Rue Oberkampf, PARIS.

***Ne pas confondre l'Iodalose, produit original, avec les nombreux similaires parus depuis notre communication** au Congrès International de Médecine de Paris 1900.*

BIBLIOTHÈQUES DÉMONTABLES



Très pratiques. Légères et élégantes à la fois, adoptées depuis longtemps par tous les bibliophiles!! *Les tablettes mobiles se déplacent* avec une extrême facilité, suivant le format des volumes à classer *Catalogue n° 6 franco.*

Vve SCHERF, BONNAMAUX & Cie

Fournisseurs de l'Institut, de l'Assistance Publique, des Ministères, etc.

PARIS { 80, Rue Laugier. - *Téléph.* 250-37
MAGASINS: 35, Rue d'Aboukir

PERICOLS

PANSEMENTS Péri-Utérins
PHARMACIE FRANÇAISE, 1 et 3, Place de la République, Paris.

EXAMIDOQUININE

Cachets du Docteur CHARLE

Antinévralgique Nouveau
action double des antinervins connus
DOSE : 2 cachets par jour en moyenne;
4 cachets au maximum en 24 heures

Dépôt : *Laboratoire Médical, 4, rue Stella, LYON*

IODURE BI-IODURÉ SOUFFRON PARIS

Dragées l'une, KI. 0 gr. 25 + Hg.I², 2 milligr. 1/2.
Solution, 1 cuill. KI, 1 gram. + Hg.I² 0 gr. 01 centigr

KÉPHIR SALIÈRES

Préparé par M. SALIÈRES ✻, *Ingénieur-Agronome*, sur les indications de DUCLAUX (Ue Institut Pasteur).

Un seul numéro, n° 2, non caillebotté.

CONSERVATION PARFAITE

Le *"KÉPHIR SALIÈRES"* permet partout la cure de képhir, si efficace dans toutes les *Dyspepsies, Entérites, Diarrhées* rebelles aux moyens thérapeutiques ordinaires.

1f25 LE FLACON (forme canette à bière) 1 à 3 par jour.

GROS : ADRIAN & Cie, PARIS.
DÉTAIL : LANCOSME, 71, Av. d'Antin, PARIS.

Arsenic naturel assimilable

LA BOURBOULE

SOURCES CHOUSSY & PERRIÈRE

Eau arsenicale *forte - bicarbonatée - chlorurée sodique.*

Anémie — Diabète — Voies Respiratoires.
Maladies des Enfants — Dermatoses — Paludisme

PRODUITS DE RÉGIME CH. HEUDEBERT

"MOFÉOL"

Préparation caféiforme n'ayant aucun des inconvénients du café
120, Faubourg Saint-Honoré, Paris. Téléphone 582-62

HUILE DE FOIE DE MORUE JOMIN

3 fr. le flacon.

L'huile de foie de morue Jomin adoptée dès 1881 par le « Concours Médical » est suffisamment connue pour qu'il soit inutile d'en faire l'éloge.

Sollicité par un grand nombre de médecins, nous avons préparé l'huile créosotée, l'huile gaïacolée et l'huile créosoto-gaïacolée qui nous ont valu de la part du corps Médical les éloges les plus flatteurs.

HUILE DE FOIE DE MORUE CREOSOTÉE JOMIN
HUILE DE FOIE DE MORUE GAIACOLÉE JOMIN
HUILE DE FOIE DE MORUE CRÉOSOTO-GAIACOLÉE JOMIN

Prix du flacon : 3 fr. 50.

J. JOMIN. Pharmacien, 14, Place des Victoires, BOULOGNE-sur-MER



AUX FABRIQUES DE GENÈVE

Téléphone 145-73 *137, Boulevard Sébastopol, 137* Téléphone 145-73
1er ETAGE PARIS 1er ETAGE



HORLOGERIE - BIJOUTERIE - JOAILLERIE - ORFEVRERIE
Catalogue illustré franco sur demande adressée à
M. MAUPOMÉ, Directeur
Escompte spécial sur les prix du Catalogue à MM. les Membres du Concours Médical
Envoi franco et conditionnel d'un choix Complet de tous Articles
INDIQUER LES ARTICLES ET LE PRIX QUE L'ON VEUT METTRE A CHACUN D'EUX.

PAPAÏNE
TROUETTE-PERRET
(Le plus puissant digestif connu)
Un verre à liqueur d'ELIXIR, SIROP ou VIN de *Papaïne de Trouette-Perret* après chaque repas.
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

GOUTTES LIVONIENNES
de TROUETTE-PERRET
(Créosote, Goudron & Tolu)
Le remède le plus puissant contre les Affections des Voies Respiratoires
Quatre Capsules par jour aux repas.
TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

POUDRE DE VIANDE
de TROUETTE-PERRET
La plus agréable à prendre
sans odeur ni saveur.
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

NISAMÉLINE
de TROUETTE-PERRET
contre AFFECTIONS CUTANÉES et PRURIGINEUSES et NÉVRALGIES
Se trouve dans toutes les Pharmacies sous forme de Sirop, Pilules, Poudre
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*)

—

S'il y a des jugements, sur un cas semblable, prière à M. Gatineau de vouloir m'en dire les dates et à quels tribunaux.

Comment faire pour savoir si Mlle A. a refusé la succession de ses parents, ou si elle a fait acte d'héritière ?

Réponse. — Le neveu n'est pas tenu à la dette alimentaire et, par suite, ne doit pas payer les soins de maladie de son oncle.

Vous n'auriez de recours contre des héritiers de M. V. que si vous pouviez faire la preuve formelle que c'est M. V. qui vous a fait appeler pour donner des soins à son oncle. Sinon, assignez Mlle A., et non Mme V. en paiement de vos honoraires.

Le notaire pourra vous renseigner si Mlle A. a renoncé à l'héritage de ses parents.

Dr M. à X., à *Concours*. — 1° Il a paru il y a quelques mois, un décret ou une loi concernant les industries où les ouvriers manient des produits toxiques (acides dans les usines métallurgiques par exemple). Ces ouvriers seront désormais obligatoirement soumis à une visite médicale périodique.

Pouvez-vous m'indiquer la date de ce décret ; ce dernier a-t-il été publié dans le *Concours* ?

Réponse. — Il existe en cette matière un décret du 28 décembre 1909, complétant celui du 23 avril 1908. De même, un décret du 21 avril 1910, complétant celui du 15 décembre 1908, décide qu'un médecin, dont la rémunération est à la charge du chef d'entreprise, doit être désigné pour assurer l'hygiène et la sécurité des travailleurs occupés sur les chantiers à air comprimé.

Suite page XVII.

SAVON DENTIFRICE VIGIER
LE MEILLEUR DENTIFRICE ANTISEPTIQUE
pour l'entretien des dents, gencives, muqueuses. — Il prévient les accidents buccaux.
VIGIER, Phien, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS, et toutes Pharmacies.
Savons médicamenteux VIGIER
S. Menthyol, panama, naphtol, soufré, goudron, boraté, etc.

La véritable voiture du Docteur



Souple, Robuste
Economique
Passant partout
est enfin créée par
ARIÈS

8/10 HP. 4 CYLINDRES
Renseignements sur Demande
SOCIÉTÉ DES AUTOMOBILES ARIÈS, à Villeneuve-la-Garenne
Par L'ISLE-SAINT-DENIS (Seine)



Hôtel des Membres du CONCOURS
GRAND HOTEL DES BALCONS
3, rue Casimir-Delavigne, PARIS-ODÉON
Téléphone 815.65
Entièrement réorganisé et remis à neuf
SALLES DE BAINS DOUCHES, HYDROTHÉRAPIE
Pour renseign. écrire à M. ROGER, Propriétaire

Maison de Confiance
recommandée par le Journal le Concours
Sur prix marqués en chiffres connus
6 %
à MMrs les Abonnés
ROZIER & CADÉ · TAILLEURS J/mesure
Fournisseurs depuis 1889 · Tél. 701.96 · 45, Rue du Four, PARIS

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

Le *Concours* n'a pas publié ces divers décrets.

2° Un industriel désirant avoir un personnel bien portant, notamment exempt de tuberculose, me prie d'examiner les ouvriers qu'il a l'intention d'embaucher ; je refuse le certificat de bonne santé demandé par le candidat malade. Si je découvre une tare, hernie par exemple, malgré laquelle l'ouvrier est admis par le patron, ce dernier tiendrait à posséder une pièce relatant cette infirmité afin de pouvoir se défendre dans le cas où l'ouvrier voudrait rattacher ultérieurement à un accident du travail cette infirmité antérieure à son engagement. Bien que l'ouvrier sache que j'agis en quelque sorte en qualité d'expert et me dégage en somme du secret professionnel je serais imprudent, avec la législation actuelle, en délivrant cette pièce. Sur mes conseils, l'ouvrier écrit lui-même ce certificat ; il atteste qu'il est atteint de telle ou telle tare. Je pourrais toutefois, sans inconvénient, il me semble, rédiger ainsi ce certificat : « Je soussigné, docteur en médecine, certifie que l'ouvrier X., est atteint de ... Délivré à l'ouvrier X,, pour en faire ce que bon lui semblera. Qu'en pensez-vous ?

Réponse. — Oui, vous pouvez délivrer le certificat à l'ouvrier si c'est lui qui vous le demande ; vous pourriez alors, dans votre certificat, constater qu'il a été délivré sur la demande de l'ouvrier.

3° A publier, si vous le jugez intéressant :

J'apprends par hasard qu'une de mes clientes, veuve, est en faillite, depuis quelque temps ; je m'empresse d'envoyer ma note détaillée d'honoraires (75 francs) au syndic et de réclamer mon privilège. Le syndic me répond que les soins pour la dernière maladie ayant été donnés à l'un des enfants (âgés de cinq ans) de la faillie, le privilège ne peut être invoqué ; il me cite le sommaire d'un arrêt de la Cour de cassation du 3 août 1897 : « Les frais de la dernière maladie qui en vertu de l'art. 2101 paragraphe 3 du Code civil doivent être considérés comme privilégiés sont uniquement ceux de la dernière maladie du débiteur et non ceux de la dernière maladie des membres de sa famille ».

Réponse. — Le Syndic a raison ; la jurisprudence est très formellement établie en ce sens.

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY (Seine)
Médecin-Directeur : Dr TARRIUS
MALADIES MENTALES ET NERVEUSES
Grand Parc de 6 hectares
VILLA BEAU-SEJOUR. — *Maladies Nerveuses, Chroniques*
Médecin-Directeur : Dr TARRIUS
Hydrothérapie. — Electrothérapie. — Morphinisme. — Alcoolisme. — Accouchements
3 et 5, rue du Bord-de-l'Eau à Epinay (Seine) — Téléphone : 68 Saint-Denis

MAISON DE REPOS CHATEAU de MARDOR
COUCHES-les-MINES (S.-et-L.).
Cure familiale des intoxications chroniques, affections nerveuses, convalescences, malad. chron., etc.
HYDROTHÉRAPIE, BAINS D'AIR, DE SOLEIL, ETC..
PRIX TRES MODÉRÉS (à partir de 6 fr. par jour). — S'adresser au Dr SCHOTT, Direct.

VINS et SPIRITUEUX
J. GUIGNAN & A. BAUDET
24, rue Cornac, BORDEAUX, rue Tourat, 25.
Bordeaux rouge à partir de 125 fr. Bordeaux blanc, à partir de 130 fr. la barrique.
10 % de remise à MM. les membres du « Concours Médical ».
Envoi du prix courant général et Echantillons sur demande.

Maison de Santé de la rue du Sergent Hoff
(Plaine Monceau)
4, *rue du Sergent-Hoff*
(27, *rue Demours, XVII*e)
Frais de séjour : de 15 à 30 francs par jour sans aucuns frais supplémentaires.
Ouverte à tous les malades et à tous les médecins ou chirurgiens, sauf pour les maladies contagieuses ou mentales
Personnel médical religieux ou laïque au choix des malades.
Téléphone : 561-60.



LE THERMOGÈNE
OUATE RÉVULSIVE ET RESOLUTIVE
contre les Douleurs et Rhumatismes, les Lumbagos et Torticolis, les Points de côté et Névralgies, les Rhumes et Bronchites.
Le Thermogène, à tous points de vue, est supérieur à la Teinture d'iode, l'Huile de Croton, les emplâtres, etc., qui tachent la peau ou provoquent des démangeaisons insupportables.
Le Thermogène est à la fois le remède le plus actif et le plus simple. Son application ne dérange aucune habitude et permet de vaquer à ses occupations.
Si l'on veut une réaction prompte et énergique, on aspergera la ouille d'ouate soit de vinaigre, soit d'un peu d'eau tiède salée.
Le Thermogène n'entrave en rien le régime prescrit ou à prescrire par le médecin. — 1.50 dans toutes les pharmacies.

SYPHILIS — INJECTION SOLUBLE
HUILE au SUBLIMÉ VIGIER à 1 %
STÉRILISÉE INDOLORE
La plus active, la plus assimilable, la mieux tolérée de toutes les **préparations mercurielles solubles.**
Dose ordinaire : chaque jour ou tous les deux jours, *une* injection *intra-musculaire* de 1 c. cube (1 centigr. de *sublimé*). Faire une série de 15 à 20 injections. — Repos 15 jours. — Nouvelles séries selon la gravité des cas.
Prix du flacon : **5** *francs.*
Phie CHARLARD-VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

ANTISEPTIQUE & DETERSIF officiellement admis
dans les ***Hôpitaux de la Ville de Paris,***
le *Coaltar Saponiné Le Beuf* est particulièrement très recommandé dans les cas d'angines couenneuses, ulcères, suppurations otites infectieuses, leucorrhées, herpès, etc.
SE MÉFIER DES IMITATIONS NOMBREUSES QUE SON SUCCÈS A FAIT NAITRE

ASTHME

Succès réel et sans précédent par
LA POUDRE ESCOUFLAIRE
(Même Produit en Cigarettes).
CH. ESCOUFLAIRE, Agent Général, à BAISIEUX (Nord).

Envoi GRATIS et FRANCO d'Echantillons (nos 1 et 2)
avec Nombreux CERTIFICATS MÉDICAUX.

EMPHYSÈME



Ecrire pour Echantillon : **6, rue Guillaume-Tell, PARIS.**

PHOSPHOTAL

Phosphite neutre de Créosote PUR

AFFECTIONS PULMONAIRES

Avantages du **PHOSPHOTAL** : **Absence de causticité. — Tolérance et assimilation parfaites. — Richesse en Créosote (90 %) et en Phosphore (9 %) — Suppression de la Toux et des Sueurs. — Augmentation de l'Appétit.**

CAPSULES CLIN
0 gr. 20 par capsule.
2 à 6 capsules par jour aux repas.

ÉMULSION CLIN
0 gr. 50 par cuillerée à café.
2 à 4 cuillerées à café par jour. Lavements à la dose de 1 à 2 cuill. à café par jour, dans un 1/2 verre de lait.

TUBES STÉRILISÉS CLIN
Solution huileuse, en tubes de 3 c.c., titrée à 0 gr. 10 par c.c. — 3 c.c. (1 tube) tous les 2 jours

LABORATOIRES CLIN, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 1293

Trente-deuxième année. N° 41 Dimanche 9 OCTOBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Conférence ou Congrès. — L'absence des médecins français au Congrès de St-Pétersbourg. — Action du syndicat des médecins de la Seine auprès des candidats aux élections municipales..... 869
Erratum..... 871
Clinique chirurgicale
Hôpital Cochin.—Complications des kystes de l'ovaire. 871
La semaine médicale
L'action laxative du chlorure de magnésium. — L'orchite traumatique..... 874
Revue des Congrès
VIe Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pœdiatrie.—Tumeurs solides de l'ovaire. —Vomissements incoercibles de la grossesse. — Eczéma des nourrissons. — Ostéomyélite vertébrale. Tuberculose aiguë, chez l'enfant. — Mégacôlon. Sténose du pylore.... 876
Gynécologie
La physiothérapie des inflammations annexielles..... 878
Tuberculose
Les bains de soleil..... 880
Chirurgie d'urgence
Quelques reflexions médicales au sujet de la catastrophe de Saujon..... 881
Accidents du travail
Un article de loi à connaître. — Frais médicaux et pharmaceutiques. — Prescription..... 883
Chronique de l'assistance médicale gratuite
Mode de nomination des médecins des hôpitaux et hospices..... 884
Chronique de l'exercice illégal
La circulaire pour application de la loi Poulle. — Exercice illégal par un curé..... 885
Comités départementaux du « Concours Médical »
Comité départemental de la Manche..... 886
Association Amicale-Maladie
Séance du Conseil d'Administration du 29 septembre 1910..... 887
Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel
Fédération des syndicats médicaux du Calvados..... 888
Reportage médical..... 889
Nécrologie..... 890

PROPOS DU JOUR

Conférence ou Congrès. L'absence des médecins français au Congrès de Saint-Pétersbourg.

Le *Temps* nous apprend qu'à la récente Conférence internationale pour l'étude du cancer, M. le prof. Pierre Delbet, secrétaire général, rappela « que la réunion avait voulu conserver le caractère de conférence et non de congrès, afin de bien montrer qu'elle entendait rester fermée. Elle ne veut pas admettre de communications qui n'ont d'intérêt que pour celui qui les fait. » Et a propos des travaux de cette grande Conférence, M. le secrétaire général termine, peut-être non sans ironie, par cette conclusion terriblement décevante puisqu'elle eût pu être émise plusieurs siècles avant cette réunion de savants : « Dès maintenant, pourtant, on peut dire que le cancer n'est pas incurable, puisqu'une intervention chirurgicale bien faite et faite en temps utile, peut donner la guérison. » !!!

Ce besoin de recueillement de nos savants officiels, recueillement dont ils ne nous ont pas toujours donné l'exemple dans leurs sociétés les plus fermées et jusqu'à l'Institut de France, nous paraît bien tardif et peu de notre époque. On dirait ici que la Science a peur du grand jour et de la libre discussion, qu'elle craint d'être confondue avec le Charlatanisme, comme si la vérité devait éternellement rester au fond de son puits légendaire.

Cependant les congrès nationaux et internationaux abondent et à tel point qu'ils en arrivent à créer de véritables mécomptes.

Nous ne sommes pas dans les secrets des dieux ; aussi voudrions-nous bien savoir pourquoi le hasard a fait coïncider la date du Ve Congrès international d'obstétrique et de gynécologie de St-Pétersbourg avec celle du Congrès

national de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Toulouse, car, de cette coïncidence, ont résulté des faits qui peuvent porter un fâcheux préjudice au bon renom de la médecine française.

Nous avons, en effet, reçu des nouvelles du Congrès de St-Pétersbourg. Il eut un grand retentissement et un éclatant succès. 780 médecins, venus des quatre coins du monde, y prirent part ; l'Allemagne seule y avait envoyé 237 adhérents. Quant à la France, la nation amie et alliée, c'est à peine si *quatre* ou *cinq* personnes la représentaient et parmi elles deux venaient de ses colonies.

Aussi la séance solennelle du début fut-elle plus particulièrement pénible pour nos rarissimes compatriotes, quand, à l'appel du Président, chaque délégué vint au nom de son gouvernement porter ses remerciements et ses souhaits aux organisateurs du Congrès et à la nation qui lui donnait une large hospitalité. Les délégués d'Allemagne, de Bulgarie, des Etats-Unis d'Amérique, d'Autriche, du Mexique, d'Italie, des Pays-Bas, de Serbie, d'Angleterre, d'Ecosse, de Suisse, les représentants officiels des nombreuses Universités, sociétés ou corps savants, prirent tour à tour la parole. Mais un silence pénible succéda à l'appel que fit le Président des trois délégués de la France. Il fallut que le Dr Abadie, d'Oran, délégué du gouvernement général de l'Algérie, pour atténuer l'effet désastreux produit par ces défaillances, affirmât « son émotion réelle à venir, lui inconnu, apporter au Congrès le salut de la France ». « Je le dois cependant, ajouta-t-il avec courage, au nom de la nation amie et alliée et je le fais à un double titre, comme médecin français et comme délégué du gouvernement de l'Algérie. »

Poussé par le même sentiment de patriotique amour-propre, le Dr Le Filliâtre vint, à défaut de représentants du monde officiel, porter au Comité d'organisation et à son président, le prof. de Ott, les remerciements des praticiens de France.

Le Congrès poursuivit ses travaux ; il fut ensuite décidé que la prochaine session se tiendrait dans deux ans à Munich ; l'on négligea, bien entendu, de nommer dans son bureau un représentant de notre pays, et nos rarissimes compatriotes, froissés dans leur amour-propre national, subirent durant leur séjour en Russie un sentiment pénible de malaise en se sentant aussi complètement isolés.

Tout cela se passe de commentaires. C'est triste, infiniment triste pour le renom à l'Etranger de la médecine française et pour celui de notre pays.

J. Noir.

Syndicat et Elections municipales

Le Syndicat des médecins de la Seine, suivant les indications données lors des Elections législatives par l'Union des Syndicats médicaux de France, a résolu de ne pas se désintéresser des élections régionales. Aussi, à propos d'une élection municipale du quartier Saint-Victor, il fit demander à chaque candidat s'il voulait bien prendre en considération les revendications syndicales des médecins parisiens au point de vue municipal.

Trois des principaux candidats, MM. G. Béret, Léon Martin et Rollin, ont répondu, et nous sommes heureux de publier ici leurs réponses.

M. G. Béret affirme, dans une lettre au syndic de la Ve section du Syndicat, la nécessité de généraliser le système du libre choix du médecin par le malade :

Paris, le 31 août 1910.

Mon cher docteur,

Comme suite à notre entretien, je m'empresse de vous déclarer que je suis un partisan convaincu du libre choix du médecin et que, si j'avais l'honneur d'être élu, les défenseurs de ce principe pourraient compter entièrement sur moi. J'estime, en effet, que dans l'extension progressive des attributions de l'Etat, ce principe, que je voudrais voir étendre à toutes les branches de l'Assistance, est le seul qui empêche la domestication des médecins et des malades.

Cordialement vôtre. G. Béret.

M. Léon Martin, dans une lettre au Président du Syndicat, passe en revue les points les plus importants du programme municipal du Syndicat des médecins de la Seine, rédigé par le Dr Lévy-Bram et reconnaît que dans les services de la Société du gaz, dont il fut le directeur, ce système donna d'excellents résultats. Il n'hésite pas d'ailleurs *à l'inscrire dans son programme et à le mettre sur ses affiches.*

Mon cher docteur,

Vous avez bien voulu me transmettre la liste des revendications municipales votées par votre syndicat. Je n'éprouve aucune difficulté à vous répondre qu'elles me paraissent absolument légitimes ; elles concordent avec l'intérêt public, qui doit, bien entendu, dominer dans une assemblée municipale et, sans restriction, je puis les faire entrer dans mon programme. Il va sans dire qu'en m'engageant à les soutenir, et ceci dans l'intérêt de tous, je dois cependant vous faire observer qu'il en est dont la réalisation ne dépend pas des votes du Conseil municipal.

Je suis absolument partisan du libre choix du médecin par le malade et je pense comme vous qu'il est nécessaire d'imposer le respect de cette règle à toutes les administrations ou entreprises sur lesquelles la ville peut étendre son autorité. *J'ai pu, dans mes anciennes fonctions à la Société du gaz, me rendre compte du fonctionnement du service médical et des avantages de la liberté du choix du médecin, et c'est cette*

expérience qui a si fortement confirmé mon opinion sur ce point.

Je pense que l'hôpital doit être réservé aux indigents et aux nécessiteux ; que l'Assistance publique et la Ville de Paris n'ont pas une telle abondance de ressources qu'elles puissent indéfiniment tolérer l'application d'un système qui permet à des gens fort aisés et même riches de se substituer à des malheureux ; cependant je crois nécessaire de préciser ce que l'on doit entendre par nécessiteux.

Il me semble, en effet, qu'un petit boutiquier par exemple, qui peut très facilement se faire soigner chez lui pour une maladie ordinaire, doit pouvoir se faire admettre à l'hôpital quand une intervention chirurgicale nécessite les frais qu'il est incapable de supporter.

L'admission des accidentés du travail devrait aussi à mon avis être tout à fait exceptionnelle, puisque la loi de 1898 assure à ces blessés les soins médicaux et pharmaceutiques à domicile.

Mais par une singulière contradiction, la loi sur les accidents fixe le tarif de la journée d'hôpital à l'accidenté en y comprenant les soins médicaux ; une révision de la loi me paraît nécessaire pour modifier cet état de choses à la fois onéreux pour l'Assistance et préjudiciable aux intérêts médicaux.

La représentation des syndicats médicaux dans les commissions où les questions intéressant les médecins praticiens sont discutées me paraît si naturelle que je m'étonne qu'elle ne soit pas déjà réalisée, surtout quand on se trouve en présence de groupements ayant l'importance et l'autorité de votre syndicat.

Quant aux questions ayant trait aux vaccinations, aux indemnités des sages-femmes, au service médical de nuit, aux théâtres municipaux, je serais disposé, si j'étais élu, à les examiner avec vous ; elles sont, *a priori*, parfaitement raisonnables.

En terminant, je tiens à redire qu'à mon avis, on doit laisser au malade et au blessé l'entière liberté du choix de son médecin et que je considère cette liberté de confiance, selon l'expression fort juste que vous employez, comme une des formes les plus respectables de la liberté individuelle.

Croyez-moi, mon cher docteur, votre bien cordialement dévoué, Léon MARTIN.

M. Rollin, par la lettre suivante, adressée au Secrétaire général du Syndicat, s'engage à examiner avec bienveillance, s'il est élu, les desiderata du Corps médical :

Monsieur,

J'ai bien reçu *votre lettre*, en date du 21 courant ainsi que le *Bulletin officiel* du Syndicat des médecins de la Seine, *renfermant vos desiderata au point de vue municipal.*

Il ne m'est pas possible *de les insérer dans mon programme où je ne puis traiter — en raison même de la place très restreinte que comporte une affiche — que des questions d'intérêt le plus général.*

Mais soyez assuré que si j'ai l'honneur *d'être élu conseiller municipal, j'examinerai vos revendications avec la plus grande bienveillance et m'efforcerai, dans la mesure du possible, de vous donner satisfaction.*

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de mes très distingués sentiments. L. ROLLIN.

Nous sommes heureux de publier ces adhésions à notre programme syndical.

Nous savons que nos Confrères sont des hommes intelligents et réfléchis, et que ce ne sont pas des arguments de réunion publique qui détermineront leur vote ; mais nous ne doutons pas qu'ils sauront, en électeurs conscients, faire entrer en ligne de compte dans le choix de leur candidat le souci du triomphe de leurs revendications professionnelles.

J. N.

ERRATUM. — Dans le n° 40 du *Concours médical*, page 849, à la 32e ligne de l'article « Médecine pratique » une transposition de mots due à une erreur de composition rend la phrase incorrecte et inexacte.

Au lieu de « La réaction découverte perfectionnée par Wassermann et Forges », il faut lire « La réaction découverte par Wassermann et perfectionnée par Porges »....

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin : M. le Professeur QUÉNU.

Complications des kystes de l'ovaire.

Dans ma dernière leçon, j'ai fait l'histoire anatomo-pathologique des kystes de l'ovaire. J'ai tenu à vous parler anatomo-pathologie, parce que, pratiquement, de l'anatomo-pathologie on peut déduire l'évolution des kystes ovariens. J'ai signalé, entre autres points, l'extension possible des kystes au péritoine sous forme de greffe, l'infection des ganglions lymphatiques, etc. J'ai dit deux mots de la coexistence des kystes avec certains néoplasmes, les fibromes quelquefois. J'ai indiqué également le côté clinique et les accidents de la maladie, principalement de la forme ordinaire du kyste, cette lésion qui grossit peu à peu pour arriver à la volumineuse tumeur que vous connaissez.

Aujourd'hui, j'ai l'intention d'aborder l'étude des complications des kystes de l'ovaire. J'y suis d'autant mieux incité que nous avons eu l'occasion dernièrement d'observer deux de ces complications dans le service.

On peut voir survenir, au cours de l'évolution d'un kyste ovarien, diverses complications, dont trois principales : l'*inflammation*, la *torsion* et la *rupture*.

L'inflammation des kystes ovariens est un accident fréquent. Il faut distinguer deux ordres d'inflammation : l'une chronique, l'autre aiguë. L'inflammation chronique est très commune. Il

est rare qu'un kyste datant de plusieurs années n'offre pas des adhérences, à la paroi abdominale par exemple, adhérences dues à un processus inflammatoire à marche lente. Je laisserai de côté ces inflammations chroniques qui surviennent sans troubles bien particuliers et qui en réalité font partie de l'histoire des kystes de l'ovaire et non des complications. Je m'attarderai plus aux inflammations aiguës.

Sont-elles fréquentes ? Elles ne sont pas rares et on a dit qu'elles survenaient dans 8 à 12 pour 100 des cas. Peut-être ce chiffre est-il exagéré. Pour ma part, je n'ai pas rencontré une proportion aussi grande. On les observait surtout à l'époque où l'on pratiquait des ponctions des kystes ovariens. On n'usait pas toujours alors de trocarts bien stériles. On ne doit pas juger, d'ailleurs, de l'état inflammatoire d'un kyste par le seul examen à l'œil nu, du contenu de la poche. On trouve des poches renfermant un liquide louche, une sorte d'émulsion, qui n'est pas du tout de la suppuration. C'est une dégénérescence granulo-graisseuse des cellules de la paroi, et l'aspect du liquide tient aux gouttelettes de graisse en suspension. Les liquides en question sont stériles et on peut les voir avec des kystes sans adhérences, sans aucun autre signe inflammatoire. Il convient donc de se garder contre cette cause d'erreur. Ces réserves faites, la suppuration des kystes n'est pas cependant exceptionnelle. On l'observe quelquefois, comme je viens de le dire, à la suite de ponctions. On l'observe aussi dans d'autres conditions, du fait du voisinage de l'intestin (source d'infection), etc.

Chez une de nos malades, les accidents de suppuration sont apparus dans les conditions suivantes. Cette femme, qui était venue à la consultation, avait refusé d'entrer à l'hôpital pour son kyste de l'ovaire comme nous le lui conseillions. Les malades, vous le savez, cherchent souvent les médecins dont l'avis est conforme à leurs secrets désirs. Notre malade, qui ne voulait pas être opérée, alla donc consulter ailleurs. Elle suivit un traitement par l'électricité dans un dispensaire où l'on dut croire à un fibrome. Toujours est-il que, à la suite de cette électrisation, le ventre augmenta assez rapidement de volume, devint énorme, et la patiente revint nous voir. Elle entra dans le service, affaiblie, souffrant du ventre, ayant des vomissements, de la fièvre, respirant difficilement. Le jour de son admission, les accidents s'accentuèrent au point que mon chef de clinique, M. Français, intervint d'urgence et trouva un kyste infecté sans torsion, renfermant un liquide puriforme. Il laissa un drain et ferma la paroi. C'était là une opération d'urgence. Voilà donc une observation intéressante au point de vue de l'étiologie de l'inflammation.

Les causes d'inflammation que je viens de signaler, ponction, voisinage de l'intestin, manœuvres quelconques infectant l'utérus, sont des causes locales. Reste à envisager les causes d'ordre général. Une femme a un kyste de l'ovaire. Elle fait une maladie générale, angine, pneumonie, blennorrhagie, streptococcie. Les microbes de ces maladies sont susceptibles de pénétrer dans le kyste et de déterminer sa suppuration. Il existe également des cas de suppuration à bacille d'Eberth. En voici un exemple : une fièvre typhoïde survient chez une femme porteuse d'un kyste de l'ovaire. Quatre mois après, son kyste suppure, et, à l'opération, on trouve dans le kyste des bacilles d'Eberth.

Par quoi se traduit la suppuration d'un kyste de l'ovaire ? Il y a formation d'un abcès dans l'intérieur du ventre. Le kyste qui suppure devient plus volumineux et douloureux. On constate de la fièvre et des réactions péritonéales.

Passons à la deuxième complication, la torsion du kyste. C'est là une grosse question. C'est une complication fréquente. Les uns estiment qu'elle survient dans 10 à 12 pour 100 des cas ; d'autres dans 4, 5 ou 6 pour 100. Même réduite à 5 ou 6 pour 100, c'est encore une complication commune. Le mécanisme de ces torsions rentre dans l'histoire de toutes les torsions en général. Vous savez que tous les organes pédiculés peuvent se tordre, par exemple : le mésentère, le grand épiploon, l'utérus fibromateux, les trompes, les kystes de l'ovaire surtout. On a observé des torsions même avec des pédicules larges, mais c'est principalement avec des pédicules grêles et longs, des tumeurs mobiles, par conséquent des jeunes kystes, des kystes au début, que se produisent les torsions.

Je ne m'appesantirai pas sur les causes des torsions. Il suffit de savoir que les torsions sont plus ou moins complètes, qu'il y a des demi-torsions, et des pédicules enroulés, 2, 3, 4, 5 et 6 fois. Plus le nombre des tours est considérable et plus le retentissement sur la circulation du kyste est accusé. Aussi, les cas ne sont-ils pas comparables. Il est des torsions brusques, avec des symptômes éclatant subitement. Quelquefois, les symptômes sont ceux des hémorrhagies internes. Je vous ai parlé des hémorrhagies dans les kystes de l'ovaire. Quand il y a torsion brusque, les artères, mieux protégées par leur tunique élastique, résistent mieux que les veines. Le sang continue ainsi à affluer dans le kyste, alors que le retour de la circulation est difficile ou suspendu. Il en résulte une hypertension brusque de la poche et une rupture de cette poche. On trouve des ruptures, des kystes remplis de sang pur. On trouve aussi du sang dans le pédicule, qui est épaissi. Les choses vont parfois plus loin. Il peut y avoir des hémorrhagies telles que les malades succombent. J'ai trouvé dans un cas deux litres et demi de sang.

Quels sont les signes de la torsion ? Ce sont des signes d'hémorrhagie interne ou des signes d'accroissement brusque de la tumeur avec douleurs.

Que se produit-il ultérieurement ? Si l'étranglement est complet, il peut y avoir un sillon d'élimination et une séparation du kyste qui serait libre s'il n'avait pas d'adhérences. Il peut aussi s'ensuivre de la gangrène et des phénomènes de péritonite capables d'entraîner la mort de la malade.

En somme, la torsion brusque comporte deux dangers : l'hémorrhagie interne et la péritonite.

Dans d'autres cas, la torsion est moins brusque, moins complète. On a alors des phénomènes de péritonite localisée, quelquefois des phénomènes d'occlusion intestinale du fait d'adhérences des anses intestinales avec la face externe des kystes, ou d'étranglement de l'intestin autour du pédicule tordu.

Je ne veux pas insister davantage sur ces phénomènes de torsion pédiculaire. J'ajouterai simplement qu'il y a une indication aussi urgente d'intervenir que s'il existe de la suppuration.

J'arrive à la troisième complication, dont nous avons un exemple dans le service. Il s'agit d'une femme qui présentait deux masses kystiques, variété du kyste de l'ovaire multilobé, forme aussi classique que celle du gros kyste unilobaire. Or, brusquement, une nuit, vers 5 heures du matin, cette malade fut prise de douleurs, de besoin d'aller à la selle, de nausées, de vomissements, avec facies grippé, anxiété. Vers 6 heures du matin, le pouls était à 84, la température, plutôt basse, à 36°4. A 9 heures du matin, le pouls était à 104, à 10 heures, il atteignait 120. A ce moment-là, M. Duval, frappé par l'état de souffrance générale de la patiente, procéda à l'examen du ventre. Le ventre, au lieu d'être saillant, était étalé, aplati, sans bosses. Vous voyez combien la symptomatologie diffère ici de ce qu'elle est dans les deux complications précédentes. Dans l'inflammation et la torsion, le ventre devient plus gros. Il est douloureux, mais avec augmentation de volume. Ici, au contraire, le kyste disparaît, le ventre s'aplatit. On trouve, la veille un kyste et le matin par exemple, une ascite. Non seulement, on trouve un ventre aplati, mais encore tous les caractères de l'ascite, le liquide suivant en ce cas les lois de la pesanteur. Et, en effet, le liquide de la poche ainsi répandu dans la cavité abdominale devient un véritable liquide ascitique.

Ces ruptures se présentent sous deux formes. Je viens de vous en signaler une, la véritable, la rupture brusque, l'inondation péritonéale. La réaction qui se produit dépend de la qualité du kyste. S'il renferme des éléments septiques, il peut entraîner la mort de la malade. Dans la plupart des cas, il est vrai, la rupture est assez bien supportée pour qu'on ait le temps d'intervenir. Ces liquides de kystes de l'ovaire se tolèrent assez bien, en effet. Autrefois, lorsque j'étais assistant de Terrier, j'avais fait des expériences avec les liquides de kystes ovariens. J'injectais ces liquides dans le péritoine de chiens qui les supportaient très bien. Ces injections ont été reprises par d'autres auteurs qui ont vu qu'elles déterminaient au bout d'un certain temps des phénomènes de péritonite chronique et même des accidents d'intoxication portant sur le foie et le rein surtout.

A côté de cette variété de rupture qui s'annonce par des accidents aigus, il est une forme de rupture lente, des petits kystes. Les ruptures en question sont causées par l'amincissement des parois du kyste. Le contenu de ces kystes peut se répandre dans la cavité abdominale, mais comme il ne s'élève pas à plus de 200 ou 300 grammes, l'accident passe inaperçu. La plupart du temps, on ne trouve rien qu'un peu d'ascite. Ces déversements dans la cavité abdominale ont néanmoins une grosse importance. Il n'y a pas seulement que du liquide dans ces kystes, il y a des éléments cellulaires vivants. Ces ruptures favorisent les greffes desdits éléments cellulaires sur le péritoine. Cliniquement, on parvient assez difficilement à diagnostiquer ces petites ruptures.

Deux mots, enfin, sur les relations de la grossesse et des kystes de l'ovaire. On peut considérer la grossesse survenant chez une femme atteinte de kyste ovarien comme une complication. Je ne voudrais pas finir l'histoire des kystes de l'ovaire sans vous donner quelques conseils à ce sujet. La coexistence des deux états crée une véritable complication.

Quelle influence la grossesse peut-elle avoir sur le kyste ? Elle favorise la torsion. Si vous aviez été dans le service il y a quelques années, vous auriez assisté au petit drame suivant. Une femme, qui avait refusé de se faire opérer d'un kyste ovarien, devient enceinte. Elle revient alors nous voir et je lui donne le conseil d'entrer à l'hôpital pour se faire opérer. Nous nous préparions à intervenir quand, un matin, pendant la visite et sous nos yeux, la malade accuse une douleur brusque et des nausées. Son kyste s'était tordu.

Retenez donc que la grossesse favorise la torsion. De plus, pendant l'accouchement, le kyste peut créer des difficultés, être une cause de dystocie. Il faut savoir cependant que les kystes de l'ovaire sont susceptibles de laisser l'accouchement se faire normalement. Je me rappelle l'histoire d'une femme dont le gros ventre, persistant après l'accouchement, avait fait penser à une grossesse gémellaire. Il s'agissait d'un kyste très volumineux. Mais il ne faut pas compter là-dessus. On ne doit pas raisonner avec le kyste de l'ovaire, à ce ce point de vue, comme on raisonne avec le fibrome de l'utérus. Autant on ne doit intervenir qu'à titre exceptionnel dans le fibrome compliquant

là grossesse, autant, dans le kyste ovarien, chez la femme enceinte, quel que soit le moment de la grossesse — sauf, bien entendu, à terme — il faut intervenir. Voilà un point de pratique intéressant à connaître, concernant la coexistence de la grossesse et du kyste de l'ovaire.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. LACROIX.)

LA SEMAINE MÉDICALE

L'action laxative du Chlorure de magnésium

Dans sa récente thèse, M. le Dr CHIBRET, de Châtel-Guyon, vante les heureux effets de l'emploi du chlorure de magnésium contre la constipation par atonie ou par spasme intestinal. Il cite plusieurs observations fort concluantes, en particulier celle d'un de ses proches parents, médecin, qui a pu étudier sur lui-même depuis 7 ans les heureux résultats fournis par le chlorure de magnésium.

Le chlorure de magnésium hydraté, qui est le seul usité en pharmacie, se présente sous forme d'aiguilles incolores et déliquescentes appartenant au système ortho-rhombique, fusibles à 119°, mais perdant déjà de l'acide chlorhydrique, à 106° (Brandes). La présence des chlorures alcalins lui donne plus de fixité.

Il a une saveur amère et légèrement douceâtre, point désagréable lorsqu'il est suffisamment dilué.

Il contient 52,77 % ou 6 atomes d'eau. Sa formule est donc : $MgCl^2 + 6\ H^2\ O$.

Il exige pour se dissoudre : 0,273 parties d'eau bouillante, 0,658 d'eau froide et 2 parties d'alcool à 82 % (Berzélius).

« On obtient le chlorure de magnésium hydraté par la voie humide, soit en dissolvant la magnésie dans de l'acide chlorhydrique, soit en faisant un mélange de deux parties de sulfate magnésique avec une partie de sel marin, le dissolvant dans quatre parties et demie d'eau bouillante et évaporant la liqueur, jusqu'à ce qu'il ne reste que 4 parties, après quoi on expose la dissolution à un froid de — 3°. Le sulfate sodique cristallise, tandis que le chlorure magnésique dissout. » (Berzélius.)

On retire le chlorure de magnésium hydraté de cette solution, en la concentrant fortement à 40° Baumé et en l'abandonnant à la cristallisation.

Le chlorure de magnésium se rencontre dans les eaux-mères des marais salants, d'où l'on a retiré le sodium (Balard) et est obtenu comme produit accessoire dans l'extraction du potassium des sels de Stassfürt, formés en grande partie de *carnallite* ou chlorure double de magnésium et de potassium : $KCl + MgCl^2 + 6\ H^2\ O$.

Le chlorure de magnésium qu'on trouve dans le commerce provient, pour la majeure partie, de Stassfürt.

Le chlorure de magnésium agit d'une façon élective sur les fibres musculaires de l'intestin et de l'estomac : il excite leurs contractions ou rétablit leur tonus, dans une mesure qui est fonction de l'état de ces fibres et des doses de chlorure de magnésium agissantes. Son action paraît s'étendre aux fibres musculaires des voies biliaires, à celles des bronches, de la vessie et du cœur.

Le chlorure de magnésium a une action hypersécrétoire sur la muqueuse intestinale et les glandes annexes du tube digestif, en particulier du foie. Donné aux doses de 3 à 10 grammes, doses inférieures à celles des autres purgatifs salins, c'est un purgatif doux, purgeant sans coliques, sans constipation consécutive.

Voie rectale. — *Dans l'atonie très marquée*, on débutera par 0 gr. 50 que l'on pourra augmenter jusqu'à 4 grammes suivant la réaction du sujet. On aura, en général, recours à des doses variant entre 0 gr. 50 et 2 grammes ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on utilisera des doses plus fortes.

2° *Dans l'atonie moyenne*, ou déjà améliorée par le chlorure de magnésium, on débutera par 0 gr. 25 que l'on pourra augmenter suivant les besoins jusqu'à 1 gramme.

3° *Chez les spasmodiques partiels*, on débutera par 0 gr. 05 que l'on portera suivant les cas, jusqu'à 0 gr. 25.

En somme, on prescrira en *centigrammes* lorsqu'il y aura soupçon de spasme, en *décigrammes* et exceptionnellement en *grammes* chez les atoniques francs.

Le chlorure de magnésium absorbé correspond en général au tiers de ces doses, le reste étant rendu avec l'entéroclyse.

Le chlorure de magnésium sera prescrit sous forme de solution à 5 %, dans l'eau distillée, une cuillerée à café représentant environ 0 gr. 25. Ce chlorure étant déliquescent, la solution est, en effet, la forme pharmaceutique la seule pratique.

Voie stomacale. — On n'emploie par cette voie que de très faibles doses. Des doses de 0 gr. 05 à 0 gr. 15 de chlorure de magnésium suffisent à amener d'excellents résultats chez les spasmodiques intolérants aux doses usuelles. Il convient donc dans ces cas de ne pas dépasser quotidiennement ces doses ; en outre, il faudra souvent en suspendre ou peu prolonger l'usage.

Le chlorure de magnésium sera prescrit en solution ou sous forme d'eau de Châtel-Guyon. En solution, on prescrira une solution à 1 gr. 50 p. 100, dont on fera mettre d'une à trois cuillerées à café dans un verre d'eau ou une infusion tiède. Sous forme d'eau de Châtel-Guyon, on prescrira de 30 à 100 grammes d'eau tiédie.

Chez les asthmatiques, il faut toujours commencer par des doses très faibles, sous peine de voir les troubles respiratoires augmenter sous l'influence du médicament. Dans certains cas, même avec des précautions, l'oppression augmente à la suite de l'administration du médica-

ment, mais elle ne tarde pas à diminuer et finalement le malade se trouve amélioré.

Suppositoires. —Dans les crises hémorroïdaires, on prescrira le chlorure de magnésium à la dose de 0 gr. 25 pour un suppositoire de beurre de cacao. Le médicament étant déliquescent, la confection du suppositoire nécessite une manipulation opératoire spéciale pour que le sel puisse être conservé intact.

Le pharmacien procédera donc de la façon suivante : une fois le suppositoire confectionné, il introduira le médicament dans une cavité, creusée à son centre ; cette cavité sera ensuite refermée avec du beurre de cacao.

L'Orchite traumatique

Au cours de l'année, M. le prof. Reclus a étudié dans une leçon clinique, la hernie accident du travail ; il a montré que l'examen minutieux des commémoratifs pouvait, dans bien des cas, éclairer la religion du médecin expert sur la réalité de l'accident. Le savant chirurgien envisage aujourd'hui la question non moins intéressante de l'orchite traumatique. L'existence de l'orchite traumatique est niée par MM. Routier, Legueu, Tuffier, etc., sous prétexte qu'on trouve toujours des gonocoques, des bacilles de Koch, ou des bacilles d'Eberth, dans l'urèthre des soi-disant blessés d'orchite ; mais M. Reclus, tout en reconnaissant la valeur de cet argument, s'élève contre l'injustice d'une telle négation : « Comment ? Vous refusez de reconnaître l'orchite survenue après un traumatisme direct, comme accident du travail, sous prétexte que cette orchite ne se serait pas produite, s'il n'avait pas existé un « état antérieur ? »

« N'oubliez donc pas que, sans parler du microbisme latent, l'état antérieur pourrait être invoqué dans tous les cas d'accident du travail, car les trois quarts des ouvriers, des humains, devrions-nous dire, sont plus ou moins tarés par la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, le tabagisme ; si l'on veut invoquer l'état antérieur, toutes les indemnités devront être réduites, toutes, même dans les cas de fracture, car on trouverait toujours une dyscrasie ou une infection pour expliquer les ankyloses, les œdèmes, les pseudarthroses, les névrites. La loi, qui a voulu être rapide dans ses sanctions, verrait les litiges s'éterniser et s'aigrir.

« D'ailleurs, sur cette question de l'état antérieur, la jurisprudence est maintenant fixée. La cause est entendue et ce que je veux vous prouver aujourd'hui, c'est que si dans l'orchite dite traumatique, les germes pathogènes sont indispensables, leur présence n'est pas suffisante pour provoquer l'apparition du mal : ils peuvent vivre en saprophytes ; ils peuvent être tenus en échec par la résistance vitale des tissus et ce sera souvent une violence extérieure qui affaiblira ces tissus, créera les lieux de moindre résistance, ou exaltera la virulence du micro-organisme. Après les arrêts de la Cour de cassation, il suffit d'accepter ce rôle du traumatisme pour que nos orchites rentrent dans la catégorie des affections protégées par la loi de 1898 ».

Avant de nier la recevabilité d'une orchite comme accident du travail, il faut se bien renseigner sur les circonstances qui ont accompagné l'apparition de cette orchite. Il faut que le blessé fasse la preuve de son accident.

« De plus, il faut se rappeler que les contusions des bourses, première étape de l'orchite traumatique, se caractérisent par une série de symptômes difficiles à simuler. L'expert devra les retrouver dans l'histoire clinique du blessé : la violence extérieure provoque d'abord une douleur aiguë, accablante et souvent si intense que le blessé tombe en syncope et s'affaisse ; la souffrance est telle que la mort pourrait en être la conséquence, et Curling raconte qu'un individu saisi par les bourses au cours d'une rixe, fut pris de convulsions et succomba. La mort n'arriva qu'au bout de quelques heures chez un malade de Fischer, dont le scrotum avait été broyé entre les mâchoires d'un cheval. La région se tuméfie et un épanchement, abondant ou léger, distend la vaginale. Evidemment, le traumatisme pourra être moins brutal, mais il faudra toujours retrouver les caractères indiscutables de l'accident proprement dit, et on ne saurait compter comme tels, les efforts ordinaires et les froissements habituels exigés par la profession.

« Lors donc que l'on se sera assuré qu'il n'y avait pas d'inflammation antérieure du testicule, l'expert ne saurait hésiter : il y a orchite traumatique et la loi du 9 avril 1898 doit jouer, sans qu'on ait à s'inquiéter de savoir quel microbe a réalisé l'inflammation : bacille de Koch, d'Eberth ou de Neisser, staphylocoque, streptocoque ou coli-bacille, qu'il vienne de l'urèthre ou du canal déférent, des vaisseaux blancs ou des vaisseaux rouges, quelle que soit la façon, dont il ait été déposé dans les tissus.

« Si l'orchite, une orchite blennorragique ou tuberculeuse par exemple, préexistait au traumatisme, à l'accident incontestable qui est invoqué, on n'aurait à tenir compte que de l'aggravation que ce traumatisme a produite ; évidemment, le demi-salaire serait dû tant que durerait l'incapacité temporaire ; il n'y aurait donc pas de rente viagère à attribuer au blessé, du moins, si, l'orage une fois dissipé, l'organe, testicule, épididyme, redevenait ce qu'il était avant l'accident. Mais, tout déchet nouveau serait indemnisé et si, par exemple, des noyaux tuberculeux, enkystés jusque-là, suppurent après un traumatisme, si une fistule intarissable survient, l'expert en tiendra compte et conclura à l'existence d'une incapacité permanente et partielle.

« Mais lorsque les deux glandes atteintes par la tuberculose, ont disparu, les fonctions génitales sont abolies : plus de spermatozoïdes, plus de sécrétion interne et cette double suppression diminue la capacité de travail. Une rente viagère sera donc attribuée au blessé et d'après Balthazard, qui a étudié de près la question, on devrait évaluer à 25 % le préjudice que l'accident a causé ; si l'individu est jeune, on pourrait même

✦✦

aller jusqu'à 40 °/₀. Je n'insiste pas, car ces cas sont si rares que cette discussion manque un peu d'intérêt pratique. »

REVUE DES CONGRÈS

VIe Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pœdiatrie

Tumeurs solides de l'ovaire. — Vomissements incoercibles de la grossesse. — Eczéma des nourrissons. — Ostéomyélite vertébrale. — Tuberculose aiguë chez l'enfant. — Mégacôlon. — Sténose du pylore. —Lithiase biliaire et grossesse.

Le VIe *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pœdiatrie*, dont l'organisation avait été confiée à M. le Prof. Audebert, secrétaire général, a eu lieu à Toulouse du 22 au 27 septembre. D'intéressantes questions y ont été étudiées.

M. E. Mériel (de Toulouse) présente un rapport sur les *tumeurs solides de l'ovaire.*

Il n'y a pas, dit-il, à proprement parler, de tumeur uniquement solide de l'ovaire, les néoplasies ovariennes à consistance ferme contenant généralement des parties liquides, mais on peut conserver l'expression commode de tumeur solide pour désigner tout ce qui n'est pas franchement kystique, c'est-à-dire : le fibrome, le sarcome, l'épithéliome, les tumeurs mixtes et les embryomes.

Profondément cachées dans le bassin, les tumeurs solides de l'ovaire demeurent latentes et silencieuses pendant de longs mois. Le début peut être révélé par de l'ascite, par des douleurs pelviennes, des troubles menstruels, de l'amaigrissement. Les troubles menstruels consistent en métrorrhagies répétées (sarcome, épithélioma), en métrorrhagies ou en aménorrhée (fibrome). L'amaigrissement tient aux hémorrhagies, à la nature maligne de la lésion.

L'exploration physique ne donne pas d'indications très précises à la période initiale. Un peu plus tard, l'inspection, seule ou combinée à la palpation, montre un abdomen augmenté de volume, du fait de l'ascite et de la tumeur. Le toucher bimanuel permet parfois de reconnaître l'indépendance de l'utérus et de la masse néoplasique pelvienne, mais cette indépendance est souvent très délicate à apprécier, ce qui rend le diagnostic hésitant. On éprouve, en outre, de grandes difficultés à caractériser la nature maligne ou bénigne d'une tumeur solide de l'ovaire. Aussi convient-il d'opérer et d'opérer sans retard toute néoplasie solide de l'ovaire diagnostiquée et reconnue mobilisable par le palper.

— M. G. Fieux (de Bordeaux) communique un travail sur la pathogénie et le traitement des *vomissements incoercibles de la grossesse.*

Du côté pathogénie, M. Fieux rejette la théorie nerveuse (réflexe à point de départ utérin, hystérie) et adopte la théorie du vomissement toxique. Avec M. Pinard, il pense que les vomissements de la grossesse sont sous la dépendance d'une auto-intoxication particulière à l'état gravidique. Toutefois, ajoute-t-il, les vomissements peuvent avoir un caractère mixte, et à l'action toxique peut s'ajouter un état nerveux de la malade.

L'auteur conseille d'agir sur cet état nerveux, lorsqu'il prime, par un traitement suggestif, appliqué sous une forme quelconque. On obtient ainsi de bons résultats. Lorsque les vomissements sont la conséquence uniquement d'une toxémie persistante et croissante, la thérapeutique est beaucoup plus décevante. On possède bien un traitement spécifique — l'interruption de la grossesse — mais on ne saurait le mettre en œuvre que dans des cas déterminés, essentiellement rebelles. Quand y avoir recours ? Là gît la difficulté. Il faut évidemment tenter d'atteindre le terme de la grossesse, si l'état de la femme le permet. De nombreuses médications ont été recommandées. Quelques médecins apprécient hautement l'électrothérapie, la galvanisation descendante du pneumo-gastrique. Un médicament, l'adrénaline, est à l'ordre du jour. M. Pinard, pour empêcher l'auto-intoxication digestive de s'associer à l'auto-intoxication gravidique, prescrit le régime lacté absolu, qui n'est pas toujours toléré, d'ailleurs.

Quelles sont les indications du traitement spécifique, l'interruption de la grossesse ? M. Pinard les englobe dans la formule suivante, qui se base sur l'accélération du pouls. « Dès que chez une femme atteinte de vomissements gravido-toxiques, l'accélération du pouls est telle que le nombre des pulsations par minute s'élève, d'une façon permanente, à plus de 100, il faut de suite interrompre la grossesse ».

— M. Rocaz (de Bordeaux) présente une étude sur l'*eczéma des nourrissons et son traitement.*

Dans certains cas, chez les enfants dont l'état général est défectueux, l'eczéma sera traité avec prudence, du moins localement, la médication interne ne pouvant faire courir de risque au petit malade. On a vu parfois des accidents sérieux survenir à la suite de la disparition d'un eczéma étendu et on connaît la croyance populaire qui regarde cette dermatose comme une affection providentielle, à laquelle on doit se garder de toucher. Toutefois, d'une manière générale, il convient de traiter l'eczéma des nourrissons.

La première indication du traitement local est de débarrasser la peau, s'il y a lieu, des exsudats desséchés, au moyen de compresses humides, cataplasmes de fécule de pomme de terre, huile stérilisée, etc. Une fois la lésion nettoyée, on applique à son niveau une pommade modificatrice. Une des meilleures est la pommade à l'oxyde de zinc à 1/10, à base de vaseline, ou, chez quelques sujets ne supportant pas la vaseline, d'axonge benzoïnée. Dans l'eczéma séborrhéique, on obtient des résultats avec l'acide salicylique :

Acide salicylique.....	0 gr. 05
Oxyde de zinc.....	3 gr.
Vaseline.....	30 gr.

Les placards d'eczéma sec, présentant une tendance à la chronicité, surtout ceux qui siègent sur le tronc et les membres, sont seuls justiciables des médicaments plus actifs (icthyol, goudron, huile de cade, etc.)

Quand la surface cutanée est suintante, on aura recours aux pansements secs. On emploiera des poudres inertes contenues dans un flacon fermé par un tamis qui permet le poudrage, par exemple :

Talc.....	30 gr.
Sous-nitrate de bismuth.....	10 gr.
Oxyde de zinc.....	5 gr.

Les bains sont plus nuisibles qu'utiles.

Le traitement général comprendra une hygiène alimentaire appropriée : régime spécial de la nourrice (qui évitera de manger de la charcuterie, du poisson, de boire du vin, du café), réglementation des tétées. Les alcalins (citrate de soude, bicarbonate de soude) sont souvent indiqués. L'auteur est peu partisan des injections d'eau de mer, mais déclare s'être bien trouvé de la médication thyroïdienne, préconisée par Moussous. Il donne à ses petits malades 5 centigr. de thyroïde par jour, et porte la dose progressivement à 0 gr. 10 et 0 gr. 15 centigr.

— M. Grisel présente un rapport sur l'*ostéomyélite vertébrale.*

L'ostéomyélite vertébrale est une affection assez rare. On la reconnaîtra généralement grâce à l'apparition presque constante d'un abcès postérieur, à la fixité de la douleur et de la raideur localisée du rachis. Le traitement consistera en une incision large du foyer ostéomyélique. Cette incision simple est dans la plupart des cas suffisante.

— MM. Aviragnet et Tixier parlent des *formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant.* Les auteurs citent, parmi ces formes curables, la pleurésie, la péritonite bacillaire, certaines arthropathies, et aussi l'affection décrite par Landouzy sous le nom de typho-bacillose, du moins dans son type habituel.

— M. Maurice Patel (de Lyon) étudie, dans son rapport, le *mégacôlon.*

Sous le nom de mégacôlon, il faut entendre une dilatation permanente du gros intestin, localisée ou généralisée, existant seule, pour son propre compte. Cette dilatation idiopathique du gros intestin fut bien décrite en 1888 par Hirschprung, d'où le nom de maladie de Hirschprung qui lui a été donné.

Le mégacôlon n'est pas une affection absolument rare. Dans sa forme caractéristique, il se révèle, peu de temps après la naissance, par deux symptômes principaux : la constipation et la distension abdominale. La constipation est intense et s'accompagne parfois de diarrhée qui est une défécation par regorgement. L'abdomen est très distendu, et la percussion y révèle des zones de matité alternant avec des zones de sonorité qui tiennent à la présence ou à l'absence des masses stercorales. Le pronostic, dans le mégacôlon généralisé, est grave, et la mort est la règle si des soins journaliers ne sont pas donnés à l'enfant.

Le traitement est médical et chirurgical. On traitera la constipation par des lavages intestinaux avec une sonde de 20 á 25 cent. Les interventions chirurgicales, qui tendent à prendre une place prépondérante, sont nombreuses : laparotomie, colopexie, colotomie, etc. Le traitement médical doit être réservé aux très jeunes enfants, en l'absence d'accidents forçant la main. La cure chirurgicale sera le plus souvent de mise après l'âge de cinq ans.

— MM. Pierre Fredet et Guillemot présentent un rapport sur la *sténose du pylore, par hypertrophie musculaire, chez les nourrissons.*

On décrit sous le nom de sténose hypertrophique du pylore, chez les nourrissons, une affection caractérisée anatomiquement par l'hyperplasie des couches musculaires du pylore, et fonctionnellement par l'imperméabilité plus ou moins marquée du détroit pylorique. On sera conduit à soupçonner l'existence de cette maladie lorsqu'on observera, chez un nourrisson de quelques semaines, l'apparition de vomissements opiniâtres, accompagnés de constipation et d'amaigrissement progressif. Certains signes aideront le diagnostic : la constatation d'une grande dilatation gastrique ; l'observation de contractions péristaltiques ; la perception d'une tumeur dans la région pylorique, etc.

La sténose pylorique en question est une affection assez peu commune. On lui opposera un traitement médical (repos de l'estomac par un régime convenable, réparti en repas fréquents et de petit volume ; médication antispasmodique, belladone, bromure ; injections toniques de sérum) et un traitement chirurgical indiqué lorsque les moyens médicaux sont insuffisants (divulsion du pylore, gastro-entéro-stomie).

— MM. J. Audebert et Gilles (de Toulouse) communiquent un intéressant travail sur les *rapports de la lithiase biliaire avec la grossesse et l'accouchement.*

C'est un fait actuellement bien établi que la puerpéralité exerce une influence manifeste sur le développement de la lithiase biliaire. Le nombre des femmes devenues lithiasiques au cours ou à l'occasion de gravidités est considérable. La grossesse agit d'une façon mécanique sur le foie et les voies biliaires, qu'elle refoule et comprime. Elle intervient aussi, sans doute, par l'élément infection, le coli-bacille jouant un rôle en pathologie puerpérale.

Le traitement de la lithiase biliaire pendant la grossesse et l'allaitement peut être considéré à trois points de vue : médical, obstétrical, chirurgical. Le traitement médical n'offre rien de particulier. Pour ce qui concerne l'allaitement, il

peut être continué d'ordinaire, malgré la colique et l'ictère. Il faudra cependant surveiller l'enfant. Le traitement obstétrical (l'interruption de la grossesse), ne saurait intervenir qu'à titre tout à fait exceptionnel. Quant au traitement chirurgical, on y aura recours si c'est nécessaire, mais on ne s'y adressera que si l'on est réellement en présence d'accidents graves.

P. L.

GYNÉCOLOGIE

La physiothérapie des inflammations annexielles.

La physiothérapie des inflammations annexielles ne peut certes pas toujours remplacer le traitement chirurgical ; mais, si elle exige plus de peine, plus de patience de la part du médecin comme de la malade, si ses résultats sont plus lents, elle est aussi moins dangereuse, et le plus souvent, tout en faisant disparaître les phénomènes douloureux, ou en les rendant supportables, elle restitue à celle-ci sa capacité de travail et lui permet fréquemment de nouvelles grossesses, ce que rend impossible la chirurgie, surtout quand elle va jusqu'à la castration.

Naturellement, il est des cas où le doute n'existe pas ; il faut, par exemple, opérer sans hésitation chaque fois que le processus s'accompagne d'hyperthermie et de complications péritonéales, que des collections purulentes de l'ovaire ou des trompes menacent de faire éclater leurs parois trop minces, que le traitement conservateur employé pendant un certain temps n'a donné aucun résultat, qu'il n'a pas calmé la douleur ou qu'il n'a pas rétabli la capacité de travail. Il en est de même quand on redoute une nouvelle infection, quand la nature tuberculeuse de l'affection a été reconnue (par l'épreuve à la tuberculine entre autres) ou quand il s'agit d'un néoplasme.

Mais bien souvent on peut tout espérer de la physiothérapie, employée suivant les principes que nous allons exposer, pour servir de guide dans le traitement des inflammations annexielles.

***

Les indications de la physiothérapie.

Pour la *salpingo-ovarite* à son *stade aigu*, il faut avant tout le repos absolu au lit. Ce sont aussi des compresses froides ou, s'il existe de la réaction péritonéale, une vessie de glace prudemment appliquée, et, si les pertes ne sont pas trop abondantes, un spéculum à circulation d'eau froide introduit dans le vagin. De même, il est nécessaire de surveiller très attentivement la régularité de la fonction intestinale. Si la fièvre est élevée, on fait des ablutions froides, des enveloppements froids du tronc. Quant aux lavages vaginaux, une sécrétion abondante seule, à notre avis, les indique, et encore ceux-ci doivent-ils être faits par le médecin lui-même, à faible pression, à température minima de 22°.

Dès que la fièvre et les douleurs commencent à diminuer, dès que l'affection arrive au *stade subaigu*, on remplace les compresses froides par des compresses chaudes ; on prescrit des bains de siège de 20 à 25°, des lavages intestinaux tièdes. Enfin on recourt à la thérapeutique médicamenteuse, au tampon vaginal, car il ne faut pas se dissimuler qu'au stade subaigu, la physiothérapie n'offre pas d'avantages spéciaux.

Il n'en est plus de même au *stade chronique*, où son rôle devient plus énergique, et aussi plus efficace. Tant qu'il subsiste une fébricule, si légère soit-elle, il faut être très prudent dans l'application intensive de la chaleur. Mais dès que la fièvre est tombée, on emploie des compresses chaudes ou le thermophore. *S'il n'existe plus de foyers purulents*, on peut aussi recommander les lavages vaginaux à température élevée, dont la durée varie entre 10 et 20 minutes. D'une façon générale, mieux vaut laisser le massage complètement de côté. En cas de tuméfaction œdémateuse ou de fixation des annexes au cul-de-sac de Douglas, c'est à la compression locale que l'on s'adresse ; en cas de douleurs intenses, c'est à l'air chaud. Si ces pratiques : compression et air chaud, amènent de la fièvre, il est indiqué de les cesser aussitôt.

La *collection purulente* n'exige pas nécessairement l'intervention chirurgicale. Le repos absolu au lit, les cataplasmes tièdes, et lorsque la fièvre tombe, les cataplasmes chauds, puis plus tard, les bains de tourbes peuvent très bien épaissir le pus, le stériliser, l'organiser et le transformer en tissu conjonctif. Cependant, le foyer purulent n'est-il limité que par une mince enveloppe, des douleurs intenses et de la fièvre viennent-elles à apparaître et surtout des symptômes péritonéaux surgissent-ils ? Il faut opérer sur-le-champ.

Néanmoins, il faut savoir que même si une tumeur annexielle est tout à fait libre de toute inclusion purulente, de tout dépôt de pus, ce qui est chose rare, son ablation opératoire n'est pas toujours justifiée. Ces foyers sont souvent très petits, et d'après Frankl (1), de nombreuses observations démontrent que, par la combinaison rationnelle de l'air chaud et de la compression locale, puis de cures balnéaires, les tumeurs annexielles sont susceptibles de diminuer notablement, de se scléroser et qu'avec la disparition des douleurs, la capacité de travail renaît. Certaines patientes traitées par cette méthode ont pu de nouveau concevoir et accoucher dans des conditions normales, alors que d'autres, ayant subi la castration, avaient été définitivement privées des joies de la maternité.

Le massage manuel et vibratoire est absolument contre-indiqué pour le stade chronique des inflammations annexielles (ovaires et trompes), aussi bien que pour les dislocations consécutives et les fixations anormales de ces organes.

(1) Communication faite à la Société de médecine physique de Vienne, 1908.

Les mêmes principes, quoique un peu différents dans le détail, président à la physiothérapie de la *para* et de la *périmétrite*.

Dans chaque cas, il est de notre devoir de hâter et même de déterminer la résorption ; quand la chose est impossible, il nous faut alors activer la suppuration, évacuer le foyer purulent et terminer au besoin le traitement par la physiothérapie.

Aux *stades aigu* et *subaigu*, les indications de cette dernière méthode sont les mêmes que pour les salpingo-ovarites : inutile donc d'y insister.

Une fois la période fébrile terminée, on institue le traitement par l'air chaud ; il est surtout indiqué quand l'exsudat se rapproche de la paroi abdominale. Si l'exsudat se trouve (annexite) situé dans le cul-de-sac de Douglas, on donne des lavages chauds et des injections vaginales à haute température. Le procédé à l'air chaud semble efficace surtout dans les infections gonococciques, moins dans les infections puerpérales ; néanmoins pendant ce traitement il est toujours recommandé de surveiller la température, ainsi que l'apparition de frissons et les brusques crises douloureuses, de suivre attentivement l'état local, et d'attacher une grande importance à l'examen bactériologique du sang. Si l'un des symptômes observés décèle la suppuration, le traitement par la chaleur doit être supprimé et remplacé par le traitement au lit, ainsi que par les cataplasmes stimulants. Dès que la fluctuation apparaît en situation favorable, soit au niveau du ligament de Poupart, soit au niveau de la paroi latérale du vagin, on continue très prudemment la chaleur, et on fait aussitôt que possible une incision.

Dans les exsudats torpides, indurés, non suppurés, un massage doux n'est pas dangereux et semble parfois hâter la résorption. En pareils cas aussi, on emploie avec succès comme stimulants des bains de siège froids, de courte durée ; si les exsudats torpides siègent vers la paroi abdominale, c'est à la compression locale qu'il faut recourir. Enfin, plus tard, lorsque les femmes circulent et sont apyrétiques depuis longtemps, elles doivent prendre des bains de boues.

***

On se rappellera que, pour faire disparaître les derniers exsudats, vestiges d'un foyer purulent incisé, les applications abdominales et intravaginales de la chaleur donnent les meilleurs résultats, et que d'autre part les plaies fistuleuses de la paroi de l'abdomen sont heureusement influencées par les bains chauds.

Contre les cicatrices secondaires, les fixations, les pseudo-ligaments, on fera, aussitôt après chaque séance d'hyperémisation, de la dilatation manuelle ainsi que du massage vibratoire, ce qui permettra de suivre exactement la régression de ces processus cicatriciels, et de voir si le traitement mécanique n'est pas douloureux. Quand les bains de boues auront été ordonnés chez une malade, ceux-ci seront immédiatement suivis du traitement manuel ; ils auront ainsi une double efficacité.

***

Les méthodes de la physiothérapie.

Il convient à présent de donner quelques détails sur les méthodes physiothérapiques qui viennent d'être recommandées.

Sachons tout d'abord que toute pratique physiothérapique, pour être efficace, doit être guidée par un diagnostic très complet et très exact de la lésion. Que l'on ne néglige ni la palpation bimanuelle, ni les examens répétés pour savoir si le processus siège dans l'ovaire ou dans la trompe, dans le paramétrium et dans quelle partie, s'il y a participation du péritoine, etc. Que l'on n'oublie pas les renseignements fournis éventuellement par le toucher rectal, par l'examen en décubitus latéral, en position genu-pectorale, afin d'établir aussi exactement que possible le stade de la lésion, sa nature œdémateuse, infiltrée, scléreuse ou suppurée. Que l'on considère enfin avec soin la courbe thermique, la formule leucocytaire du sang, les anamnestiques.

L'*air chaud* amène la disparition des œdèmes, la résorption des exsudats indurés, des brides cicatricielles, etc. ; parfois cependant il peut déterminer la transformation purulente de ces exsudats et faciliter de la sorte leur traitement chirurgical. Mais encore il calme très bien la douleur, en la faisant disparaître totalement, ou tout au moins en la diminuant dans de notables proportions.

Ses strictes contre-indications sont : la fièvre, allumée par un processus inflammatoire, les hémorragies dues à la menstruation ou bien à quelque affection utérine, la grossesse, la tuberculose pulmonaire à un stade avancé, les lésions vasculaires décomposées, et la dégénérescence du myocarde.

L'*eau chaude* est très efficace sous forme d'injections intravaginales ; elle agit alors non seulement sur les parois du vagin, sur le col utérin, mais encore éventuellement sur les organes annexiels que l'inflammation a fixés contre la cloison vaginale. En plus de son action thermique, une irrigation intravaginale peut aussi exercer une action mécanique, si elle est donnée à forte pression.

Il est donc très important de connaître la *technique de l'irrigation intravaginale*. La malade doit être en décubitus latéral. L'irrigation donnée sur le bidet, suivant le mode ordinaire, est habituellement dépourvue d'effet, car des expériences, faites avec des solutions colorées, ont montré que celles-ci ne parvenaient pas à mouiller la paroi vaginale. Sous la femme étendue, on dispose un bassin de lit, muni d'un tuyau d'écoulement ; l'irrigateur est élevé à 0,50 ou 1 mètre au dessus du niveau du vagin. L'irrigation se fait très lentement, par intermittences, durant une dizaine de minutes environ. La température de l'eau varie entre 20 et 45° ; en ce dernier cas, la muqueuse de la vulve étant beaucoup plus sensible à la chaleur que la muqueuse du vagin, il faut employer des spécu-

lums spéciaux qui protègent contre l'action de l'eau chaude les organes génitaux externes (spéculum de Walzer, Baumgartner, etc.). Frankl donne volontiers des irrigations prolongées, pendant lesquelles il fait passer jusqu'à 50 litres d'eau à 45° : ce procédé détermine localement une hyperémie favorable.

Sans insister de nouveau sur les indications de ces irrigations, nous rappellerons qu'au stade chronique, apyrétique, elles amènent la résorption des exsudats scléreux, torpides. La fièvre, l'inflammation récente, le pus, les contre-indiquent d'une manière absolue. En cas de doute sur l'existence d'un foyer purulent, notre attention sera mise en éveil par une leucocytose supérieure à 12.000.

Les *bains de siège* à 30° ou 40°, d'une durée variant de 10 à 45 minutes, sont sédatifs ; ils facilitent l'hyperémie et la résorption (péri ou paramétrites chroniques, exsudats indurés avec apyrexie, salpingo-ovarite sans pus).

Les *bains chauds*, complets ou non, sont particulièrement utiles contre les exsudats dus à la puerpéralité, qui siègent vers la paroi abdominale. Ils hâtent la convalescence après le traitement chirurgical d'une collection purulente.

Parfois à l'hydrothérapie thermique s'ajoute l'*hydrothérapie médicamenteuse* ; c'est le cas des bains d'acide carbonique, des bains de boues, — qui exercent, indépendamment de leur action locale, une action favorable sur l'état général par eux-mêmes et par l'influence des stations balnéaires elles-mêmes (hygiène, air, distractions, etc.).

Les *bains de boues* en particulier, sont très recommandés pour faire disparaître les tuméfactions annexielles, les vieux foyers de pus épaissi, etc., qu'ils agissent soit par leur acide formique, par leur température relativement élevée, soit par le poids des boues, qui, au moment des mouvements de la respiration, détermine un massage léger. Ils sont contre-indiqués par les processus inflammatoires récents, par la grossesse, par l'asthénie marquée, par la tuberculose avec tendance aux hémoptysies, par l'emphysème, par les lésions valvulaires mal compensées, ou par les affections vasculaires graves ; la tendance aux métrorragies défend les températures trop élevées.

Le *massage intra-vaginal bimanuel* n'est permis qu'au 3e stade de la maladie, caractérisé par la transformation fibreuse et l'organisation des exsudats, ainsi que par la présence des brides cicatricielles et rétractiles ; pour ces dernières lésions, on obtient de bons résultats par la vibration intra-vaginale ; au stade aigu, le massage pourrait réveiller de petits foyers purulents demeurés jusque-là latents et silencieux.

Quant à la *compression abdominale* ou *intra-vaginale*, elle se fait en position moyennement surélevée du bassin ; la compression abdominale se réalise avec des sacs de plomb ou tout autre corps lourd et lisse ; la compression intravaginale utilise un ballon vaginal dilatable, en forme de cœur, dans lequel on injecte jusqu'à 1500 grammes de mercure (ballon de Pincus).

La compression agit beaucoup mieux que l'air chaud, sur les états œdémateux des organes génitaux internes, sur l'œdème que l'on appelle « chronique-induré » ; les douleurs disparaissent beaucoup plus vite ; il en est de même pour les tuméfactions inflammatoires chroniques des annexes, fixées dans le cul-de-sac de Douglas, ainsi que pour les adhérences du para et du périmétrium.

La menstruation, la grossesse, les collections purulentes, les tumeurs malignes contre-indiquent la compression.

Dr Fisher.

TUBERCULOSE

Les bains de soleil,

Par le Dr René Martial.

Depuis que le regretté grand savant danois Finsen et ses élèves, notamment Forchhammer, ont eu l'idée d'utiliser une partie des rayons du spectre solaire pour le traitement du lupus tuberculeux (photothérapie), les médecins allemands, suisses, français ont été attirés vers l'étude de l'action physiologique de la lumière sur le corps humain,et de nouvelles applications de la photothérapie ont été inventées. Dreyer a fait d'intéressants travaux sur la méthode de sensibilisation dans le traitement du lupus et du cancer cutané ; d'autres, comme Rollier et Rosselet, ont utilisé la lumière dans le traitement de la tuberculose.

On sait que la lumière solaire, la lumière blanche, est le résultat de la combinaison des sept couleurs du prisme, parties visibles — auxquelles il convient d'ajouter les parties invisibles : infra-rouge et ultra-violet. Pratiquement ces divers rayons se divisent en trois groupes : calorifique, lumineux, actinique.

Finsen et ses élèves, Leredde et Pautrier ont mis en évidence l'action vitale des rayons actiniques, leur activité chimiotactique, leur pouvoir microbicide ; ces rayons comprennent les radiations bleu, indigo, violet et ultra-violet.

Les rayons lumineux : jaunes,orangés et partie du vert sont ceux qui provoquent les productions pigmentaires destinées à modérer l'action des rayons calorifiques et actiniques. Leur action serait, suivant Malgat, neutralisante, retardante de l'activité des autres radiations.

Enfin, les rayons calorifiques comprennent les rayons rouges, infra-rouges et orangés ; leur action se détermine au moyen de thermomètres spéciaux, tandis que celle des rayons ultra-violets et bleus se met en évidence par le virage du papier au platino-cyanure de baryum. D'après Malgat, les ondes calorifiques seraient vaso-dilatatrices.

Ces actions diverses, combinées dans la réalité comme les diverses radiations lumineuses sont mélangées elles-mêmes, ont fait penser à utiliser la lumière comme moyen thérapeutique (bains de lumière) et plus spécialement dans la thérapeutique de la tuberculose, sous forme de « bains de soleil ».

IODONE ROBIN
OU
PEPTONATE D'IODE



entièrement assimilable

Ce produit diffère complètement et est de beaucoup supérieur aux Préparations similaires dites *IODES ORGANIQUES INSOLUBLES* ou instables, il a donné dans les Hôpitaux des résultats remarquables.

Communication à l'Académie des Sciences, par BERTHELOT en 1885, sur les Peptonates

L'**IODONE** a été comparé et étudié dans la Thèse sur les composés iodés par le Dr BOULAIRE, 1906 F. M. P., *qui a été communiquée à l'Académie de Médecine de Paris* (Séance du 26 mars 1907).

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS ET ÉTRANGER

L'IODONE ROBIN

ou IODE ORGANIQUE ASSIMILABLE, *est Souverain contre :*

GOUTTE, ARTÉRIO-SCLÉROSE ASTHME, SYPHILIS, RHUMATISME

Il ne donne aucune réaction bleue avec l'empois d'amidon, ce qui prouve qu'il n'y a pas d'iode en liberté. ***Il est rigoureusement titré et contient 1 centigr. d'iode métallique par 5 gouttes.***

DOSE { Se prend dans du lait à jeun ou aux repas, dans du vin, de l'eau édulcorée ou non, de préférence au moment des principaux repas, à la dose de 10 à 100 gouttes, sans effet d'iodisme. 20 gouttes correspondent à 1 gr. d'iodure de potassium, soit 20 à 200 gouttes par jour.

VENTE EN GROS : **13, Rue de Poissy, PARIS.** — DÉTAIL : *PRINCIPALES PHARMACIES.*

RIGOUREUSEMENT EXEMPT DE TOUS GERMES NOCIFS

SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE

ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN



MUSCULOSINE BYLA

LE FLACON 500 cms 8 FRANCS

LE ½ FLACON 250 4 FR. 50

PLASMA MUSCULAIRE AU MAXIMUM DE PURETÉ & D'ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE CONTROLÉES

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE
GENTILLY (SEINE)
AUTORISÉS PAR LE GOUVERNEMENT POUR LA PRÉPARATION DES PRODUITS ORGANIQUES

Affections de la GORGE et des Voies Respiratoires

MALADIES & HYGIÈNE DE LA BOUCHE ET DES DENTS

Le meilleur spécifique contre la **GRIPPE**

TABLETTES

1 fr. 75

LA BOITE

Spécialité à vente réglementée assurant aux pharmac. un bénéfice obligatoire.

OXYMENTHOL PERRAUDIN

à base d'**OXYGENE** à l'état **NAISSANT**

de Menthol, faiblement dosé, de Cocastovaïne, de Benzoate de Soude, et d'Extraits végétaux d'un goût agréable.

Souveraines contre Toux, Grippes, Laryngites, Pharyngites, Asthme, Emphysème.

DOSE : 6 A 10 TABLETTES PAR JOUR.

Echantillons gratis sur demande :
Pharmacie PERRAUDIN, 70, rue Legendre, Paris.

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

re meilleures que celles que vous avez consenties jusqu'à ce jour. Dans de nombreux endroits, les médecins soignent les gendarmes soit gratuitement, soit pour un prix modique (généralement 0,50 par visite). Cependant, en consentant de nouvelles réductions (!) vous favoriserez les plus nécessiteux. La somme prévue pour les dépenses médicales est en effet fixée. Quand il reste un reliquat, celui-ci est partégé entre les gendarmes dont la situation est la plus précaire. Plus le reliquat est grand, plus sont grands les secours distribués.

J'ai l'honneur d'appeler votre attention sur le caractère généreux des réductions que je sollicite, et de vous prier de vouloir bien agréer l'assurance de mes sentiments distingués. Le capitaine, X. »

Alors c'est à nos frais que seront distribués des secours aux gendarmes ! Parfait ! mais quand il nous faudra acquitter les notes du percepteur, boucher, boulanger, etc., le

Suite page XII.



à base de sels calciques rendus assimilables

Traitement de la **TUBERCULOSE** par la **RÉCALCIFICATION**

RACHITISME, SCROFULOSE CROISSANCE

Sur demande, envoi de la Littérature

Laboratoire des « PRODUITS SCIENTIA »

42, rue Blanche, PARIS

Le LACTOCHOL

Combinaison de ferments lactiques & d'extraits biliaires

constitue l'agent de désinfection gastro-intestinale le plus puissant : il n'est pas toxique ; son activité est démontrée par la Clinique et le Laboratoire.

Le Lactochol est **soixante fois plus actif** *que les ferments lactiques seuls.*

Le Lactochol est indiqué dans les cas d'**entérites aiguës** et **chroniques** de l'adulte et du nourrisson, **d'appendicite chronique**, contre les **dermatoses**, la **furonculose**, l'**insuffisance biliaire**, la **cholémie**, les états infectieux et toxiques.



Littérature, Echantillons et Laboratoire : **50, rue Rennequin, PARIS**

CLICHÉ "ATLAS"

Il y a deux espèces de bains de soleil : le bain chaud et le bain froid.

Le bain chaud est celui durant lequel la température des rayons solaires, prise à l'abri du vent, est plus élevée que celle du corps du patient (température centrale) ; le bain froid est celui durant lequel, dans les mêmes conditions, la température des rayons solaires est inférieure à celle du corps.

Le bain chaud de soleil produit ou doit produire le maximum d'action puisque le corps reçoit les actions de toutes les radiations lumineuses, superficielles ou profondes suivant leur nature, c'est-à-dire suivant leur longueur d'onde. Leur action vaso-dilatatrice abaisse, dit Malgat (1), la pression artérielle, accélérerait la respiration et la circulation et diminuerait les chances d'hémoptysie ; ils auraient, d'après le même auteur, une action phagocytaire ; les rayons lumineux, outre leur action pigmentogène, seraient toniques ; enfin les rayons bleus, violets, indigos, exerçent les uns en surface, les autres en profondeur, suivant leur longueur d'onde, leur action microbicide.

J. Malgat nous apprend à distinguer trois espèces de bains froids de soleil : selon que la surface extérieure de la peau possède une température inférieure à celle du thermomètre placé au soleil, une température égale ou une supérieure.

Dans le cas où la température du milieu interne est plus grande que la température solaire, mais où cette dernière est supérieure à celle de la peau, le mouvement des ondes calorifiques de l'éther produit de la chaleur à la surface de la peau et y fait un travail moléculaire suivant les lois connues de la physique corpusculaire. Ce travail cesse là parce que, arrivées à la face interne du revêtement cutané, les ondes calorifiques rencontrent le rayonnement interne plus élevé. Mais, toute la périphérie et les organes y contenus se dilatent jusqu'à équilibre de température avec le milieu ambiant. Donc les capillaires cutanés se dilatent et reçoivent le sang venant des organes internes.

Le bain froid de soleil dilate la totalité de l'organisme, fait de la congestion passive autour des foyers tuberculeux et favorise la phagocytose, ce premier genre de bain chaud.

Dans le second cas, la température interne est plus grande que celle des rayons solaires, mais la peau est en équilibre avec ces derniers. Il n'y a pas d'activité calorifique. Le bain n'est alors efficace que par les radiations actiniques et lumineuses. J. Malgat dit que les effets de ce bain sont incertains et surtout dissonants, qu'il est même purement théorique, puisque la matière est sensible à une différence de 1/1.000.000 de température.

Dans le troisième cas, la température corporelle : milieu interne et peau, est supérieure à celle des rayons solaires, c'est le bain froid par excellence. Ce bain froid est dangereux pour les bacillaires. Le tuberculeux ne supporte le froid que s'il est bien couvert, notion vérifiée dans tous les sanatoria. Lorsqu'il est couvert, le tuberculeux peut respirer, sans inconvénient, un air dont la température est inférieure à 0°, alors que nu, il supporte mal des températures de 33 et 34°. La peau et non les poumons serait donc responsable des troubles inflammatoires que l'on constate du côté des voies respiratoires chez les tuberculeux. En effet, explique J. Malgat, sous l'influence du bain froid, les vaisseaux cutanés se contractent et refoulent le sang vers le centre, d'où mouvement fluxionnaire interne dangereux — d'où encore, hémorrhagies plus faciles.

Le bain chaud favorise aussi, beaucoup plus que le froid, le phénomène de la pigmentation, et celui-ci a une grande importance, car il renseigne sur la marche de la tuberculose comme le thermomètre sur celle de la température.

Le bain chaud accélère de plus la respiration, assurant ainsi une meilleure ventilation du poumon, une plus grande oxygénation qui supplée, tout au moins en partie, à l'activité défectueuse de la cellule pulmonaire. Cette suroxygénation sollicite secondairement l'activité des autres organes du corps et au total une meilleure nutrition. Cette accélération respiratoire n'est pas énorme 4 à 5 respirations de plus par minute, mais elle se maintient environ 3 heures après le bain, d'où bénéfice appréciable.

Avec justesse, J. Malgat ajoute qu'il ne faut pas confondre le bain de soleil, médication réglée, avec la promenade longue en plein soleil ; « c'est une noyade », dit-il, et, comme telle dangereuse. Le bain de soleil abaisse la pression artérielle, il y a hypotension consécutive pendant 2 heures. Au contraire, chez les gens en bonne santé, exposés au soleil, il y a hypertension.

Lorsque sous l'influence de la cure solaire, un tuberculeux (les malades avancés sont toujours hypotendus) évolue vers la guérison, la tension artérielle se relève.

Enfin, la cure solaire serait sclérogène, mais cette propriété ne nous semble pas lui appartenir exclusivement.

Bien que ce mode de traitement ne soit pas d'ordre pratique sur la plus grande étendue de notre pays, il n'en est pas moins fort intéressant, et le travail que lui a consacré le Dr J. Malgat est fort instructif à tous points de vue — c'est pourquoi il nous a semblé utile de le porter — dans ses grandes lignes — à la connaissance des médecins praticiens.

(1) J. Malgat (de Nice). — *Tuberculosis*, vol. 9, n° 2, 1910. Berlin.

CHIRURGIE D'URGENCE

Quelques réflexions médicales au sujet de la catastrophe de Saujon ;

Par le Dr Ph. Masmonteil,

médecin-adjoint à *l'Etablissement thermal de Saujon (Charente-Inférieure)*.

Une catastrophe comportant une quarantaine de morts avec 50 ou 60 blessés, le tout survenu

au milieu d'une foule, l'instant d'avant toute à la joie, certes, voilà un événement heureusement rare où le devoir du médecin apparaît immédiatement formidable, et où son action sera d'autant plus efficace qu'elle sera plus méthodique et mieux exercée.

Aussi vais-je livrer quelques réflexions médicales que m'a suggérées la vue inoubliable et pénible de cette triste journée du 14 août 1910 — espérant qu'elles pourront à l'occasion fixer la conduite de quelques confrères et provoquer quelques mesures de la part de certaines administrations.

Dès la nouvelle, on est entouré de curieux, harcelé, prêt à rendre service. Mon Dieu, là encore on se rappelle assez bien le rôle médical. La réflexion ne sera jamais cependant assez complète. Ainsi j'emportai une trentaine d'ampoules, une vingtaine de pansements individuels, mais oubliai de quoi faire des solutions antiseptiques.

Mais c'est là, sur les lieux de l'accident qu'il faut faire un véritable effort pour juger son devoir et le rendre efficace.

Tous les arrivants obéissent au même mobile : constater.

Tous courent, veulent voir. Quelques-uns, cédant à leur émotion, se voilent la face et se retirent. La plupart se reprennent et se joignent à la masse qui songe à porter secours aux malheureux qui crient.

D'autres, en assez grand nombre, sont là, sur le lieu du sinistre, agissant au plus urgent, d'une façon indécise, le regard observateur, pour devenir plus effective à un commandement qui vient mal.

Telle est cette foule dont le flot monte de minute en minute.

De cet imprévu, de ce heurt de sentiments, d'horreur, de sympathie, d'action, résulte un tumulte inconcevable.

Le médecin surtout est l'objet des regards de tous. Et assistants et malheureux, tous vous demandent « Docteur par ici », «M. X... par là », et pourquoi faire ? Rien. Vous êtes dans le bruit et le désordre. Or pour une action médicale, il faut du calme et de l'ordre.

Appelé loin de là à la gare de marchandises, j'y vis là un local grand, isolé. Aussitôt, avec un gendarme j'y installai un poste fixe — et pendant 2 heures, seul, je pus faire œuvre utile.

Tous les malades rangés en ordre avaient leur grog, leur injection stimulante et étaient placés dans l'attitude la moins pénible.

Quelle impression me laissèrent ces 25 ou 30 malheureux qui furent hospitalisés là pendant 3 ou 4 heures ?

Mon Dieu, à la réflexion, on peut dire qu'il y avait deux catégories :

Les effrayés et les mutilés.

Les effrayés, et par là j'entends tous les blessés peu graves, plus ou moins contus, avec des luxations ou fractures légères, ceux tout encore à l'attente du danger, et sous le coup affreux de cette terrible vision, ils gémissent, appellent, crient leurs douleurs et leurs angoisses, ils veulent l'examen qu'ils rendent difficile, et forcément à ce moment incomplet, vu leur éréthisme. Ceux-là, pour l'instant, ils ne sont pas pour nous, on fait de l'urgence — une bonne parole et passons-les, l'affirmation faite, aux natures généreuses des femmes qui nous entourent, dont le cœur a mieux que le nôtre le secret de tout endormir.

Les grands mutilés, ceux à membres broyés, à fractures graves, non, ceux-là ne criaient point, ne syncopaient point, leurs figures ne respiraient pas la souffrance, mais un état de calme résigné et de conscience parfaite. A nos questions, ils nous répondirent toujours froidement et posément.

L'un d'eux, amputé à la cuisse par la suite, reconnaît un camarade du régiment et lui parle le plus tranquillement du monde.

Au repos, la douleur semble éteinte chez eux. Le contact de leur corps, le toucher de leurs plaies, ne leur réveillent pas de sensations pénibles.

J'ai pu désarticuler un genou et faire une tibio-tarsienne sans provoquer la moindre plainte de la part des patients. Seule la section du sciatique d'une part, des nerfs tibiaux de l'autre, arrachaient un cri qui, l'instant d'après, était oublié.

Outre cette indolence, ces plaies par arrachement vous étonnent en ce sens que, vu leurs grands délabrements, elles auraient dû produire rapidement la mort par hémorrhagie. Or, une demi-heure après, quand vous les voyez, elles ne saignent plus, pas une ligature à poser. Grâce à leur élasticité, pas un vaisseau important n'était touché, les artères, vu encore leur profondeur, se voyaient peu et étaient indemnes. Quant aux veines, elles étaient toujours disséquées sur un assez long trajet avant d'avoir cédé. J'aurai toujours présente à ma mémoire une de ces plaies où toute la peau avait été enlevée sur la partie antérieure et externe de la jambe et du pied sur laquelle les muscles étaient déchirés, un péronier avait son tendon pendant, et là, surplombant, et complètement isolée sur un trajet de 40 centimètres, la veine tibiale antérieure, qui, à l'extrémité du pied, reprenait contact avec la peau.

Les hémorragies sont donc, dans ces cas, presque toutes capillaires et nous expliquent leur coagulation relativement facile. Aussi ces malheureux n'ont-ils pas cette grande soif des exsangues, ni le pouls filant de ces sujets ; celui-ci est lent mais net.

Il semble ici que le choc joue un rôle aussi important que l'hémorragie.

Nul doute cependant qu'il ne faille tenir compte de ces deux facteurs.

A côté des injections toni-cardiaques (huile camphrée, caféine, spartéine), on devrait faire séance tenante de grands lavages de sérum.

A ce propos, il devrait y avoir, dans tout mariel d'urgence, de grandes ampoules permettant de parer rapidement à cette éventualité.

Outre le contact des nerfs comme rappel de la douleur, il y a la mobilisation des fractures.

D'où la nécessité de ne pas les laisser partir de ce campement provisoire sans des appareils les maintenant solidement.

En somme, de cette journée, au point de vue médical, j'emporte cette impression que tout est peu utile jusqu'au moment où on est arrivé au milieu de ce brouhaha, à réaliser le calme et l'ordre en choisissant un local isolé, d'où se fera une évacuation rapide mais raisonnée.

Cette conduite permettra aux effrayés de diminuer leur angoisse et de leur faire leurs pansements si le temps le permet. Mais surtout elle empêchera le transport d'une part aux fracturés s'ils n'ont pas de bons appareils de soutien et de l'autre aux grands blessés tant qu'ils seront en état de choc et qu'ils n'auront pas reçu de grands lavages de sérum avec injections toni-cardiaques, évitant ainsi bien des souffrances et arrachant peut-être à la mort quelques malheureux qui auraient pu être ses victimes.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Un article de loi à connaître.

Nul n'est censé ignorer la loi, mais fort peu la connaissent, surtout parmi les médecins. Ceux-là seuls qui ont eu affaire à la justice et qui *probablement l'ont appris à leurs dépens*, savent que lorsqu'une citation est faite pour payement d'un accident du travail, cette citation est exempte du droit de timbre et d'enregistrement (art. 29 de la loi de 1898). Je crois qu'il est utile de le rappeler aux confrères, car étant donné le mauvais vouloir apporté par certaines compagnies d'assurances, sinon par certains patrons, à régler la douloureuse, nous sommes tous de plus en plus forcés à faire appel aux juges.

Il serait à désirer que le jugement de Carnières (2 juin 1910) puisse créer un précédent.

« Attendu que le devoir du juge est d'imputer à chacun la conséquence des fautes qu'il commet.

« Attendu que le fait par un officier ministériel d'avoir établi sur timbre et fait enregistrer à titre onéreux l'exploit de citation est une faute professionnelle qui lui est imputable ; qu'en effet la gratuité du visa pour timbre et enregistrement est d'ordre public en pareille matière et que l'huissier aurait dû le savoir ou ne pas l'oublier, disons que l'huissier supportera les frais occasionnés à tort et par sa faute ».

Ce serait rendre service aux huissiers, si enclins à l'amnésie, et aux médecins supportant bien à regret des débours inutiles, n'est-ce pas, Bornèque, Delobel, etc !

Bravo, M. le juge de paix de Carnières.

Dr B.

Frais médicaux et pharmaceutiques. Prescription.

Nous avons reçu la communication suivante :

J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de mes collègues une intéressante question de droit sur laquelle la jurisprudence cantonale est également partagée :

« En matière d'accidents du travail, l'action en « paiement des frais médicaux et pharmaceuti- « ques (art. 15, 4e alinéa de la loi du 31 mars « 1905) se prescrit-elle par un an (art. 18 de la « même loi) ou par deux ans (art, 2272 C. C.) ?

Deux jurisprudences contradictoires sont actuellement en présence :

I

La première admet la prescription annale tirée de l'art. 18 de la loi du 31 mars 1905, ainsi conçu :

« Art. 18. — L'action en indemnité prévue « par la présente loi *se prescrit par un an* à dater « du jour de l'accident ou de la clôture de l'en- « quête du Juge de paix ou de la cessation du « paiement de l'indemnité temporaire.... »

Les juristes partisans de la prescription annale s'appuient par induction sur les termes employés à dessein par le rapporteur de la loi du 31 mars 1905, qui qualifie d'*action du risque professionnel*, celle visée à l'art. 18.

Or, disent les juristes, l'action en paiement des frais médicaux et pharmaceutiques est une action du *risque professionnel* au même titre que l'action en indemnité ; c'est l'*action accessoire* qui doit suivre le sort de l'action principale suivant la règle de droit (*accessorium sequitur principale*) ; partant, la prescription annale lui est applicable; il s'agit là d'une prescription d'ordre public qui doit être relevée d'office par le juge.

Un nombre imposant de juges de paix, notamment de Paris, partage cette opinion.

Il est nécessaire de faire observer ici que la prescription de l'article 18 est une prescription purement extinctive, non subordonnée à la présomption de paiement qui domine le principe des prescriptions *brevis temporis* visées à l'art. 2272 du Code civil.

La thèse de la prescription annale étant admise, un certain doute naît lorsqu'on se place au point de vue du médecin : Doit-on, avec la loi sociale du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905 — l'article 18 étant ainsi compris — amoindrir la situation du médecin pour le recouvrement de ses honoraires, sous prétexte d'une action diligente et rapide, alors que l'action du droit commun (art. 2272, modifié par la loi de 1892), proroge ces mêmes droits par la prescription de deux ans ?

Le problème est à résoudre.

Quelque originale qu'apparaisse la thèse simpliste favorable à la prescription annale, d'autres juristes aussi nombreux ont protesté contre l'extension arbitraire donnée au texte de l'article 18 qui mentionne uniquement *l'action en indemnité réservée à l'ouvrier*.

Ces juristes ont donc rendu des décisions en nombre égal fondées en résumé sur ce principe : « La Loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du « 31 mars 1905 étant une loi restrictive du droit « commun, on ne saurait en étendre les termes. « L'art. 18 reste donc applicable dans sa lettre ».

Cet argument dont on ne saurait méconnaître la valeur met en échec toute la théorie précédente.

La question posée vaut une étude approfondie, car elle intéresse au plus haut point le corps médical ; elle aura de plus l'attrait d'exercer la dialectique de nos collègues. C'est pourquoi j'ai pris l'extrême liberté de l'ouvrir aux colonnes que la *Justice de paix* veut bien nous prêter.

Pour pénétrer plus avant dans le sujet, disons qu'il n'existe aucune décision d'appel à l'appui de ces jurisprudences contradictoires ; peut-être en pourrait-on trouver l'explication dans ce fait que l'appel des décisions des Juges de paix en la matière doit être intenté sans le moindre retard, il doit être en effet interjeté dans *la quinzaine de la décision.*

Au point de vue de la compétence, le Juge de paix connaît des actions en paiement des frais médicaux et pharmaceutiques jusqu'à 300 francs en dernier ressort et à charge d'appel à quelque chiffre que s'élève la demande (art. 15, 4e aliéna).

Il n'existe aucun arrêt de cassation en l'espèce.

Quel est l'arbitre qui voudra bien départager les juristes ? La controverse est ouverte : « La « prescription des actions en paiement des frais « médicaux et pharmaceutiques, en matière « d'accidents du travail,est-elle annale (art. 18 de « la loi de 1905) ou bi-annale (art. 2272, C. C.) ? »

J. Callé,
Juge de Paix de Luzarches (*Seine-et-Oise*).
(*La Justice de Paix,* 10 août 1910).

Chronique de l'Assistance médicale gratuite

Hôpitaux et hospices.

Mode de nomination des Médecins d'hôpitaux.

A M. le Directeur du *Concours médical.*

Mon cher Confrère,

Pour l'édification des lecteurs du *Concours*, je vous serais reconnaissant de vouloir bien insérer, avec ou sans commentaires, les documents suivants :

1° En cas de vacance de poste, comme médecin de l'hôpital, on a de temps immémorial choisi à Armentières le plus ancien médecin de l'Assistance médicale gratuite.

2° Deux médecins de l'hôpital étant atteints par la limite d'âge, les docteurs B... et B... devaient être nommés, mais comme ils étaient tous deux anciens élèves de la Faculté libre de Lille on nomma à leurs places d'autres confrères.

3° Extrait du procès-verbal de la séance du 5 juillet 1910 :

Le Syndicat des médecins d'Armentières et des environs, se basant sur ce que :

1° Il n'y avait aucune raison valable pour refuser à certains de ses membres l'accès aux fonctions de médecins de l'hôpital ;

2° Que l'égalité de tous les docteurs en médecine français devant les droits et les devoirs de la profession doit être absolue ;

Proteste énergiquement contre les nouvelles nominations faites par la Commission administrative du Bureau de Bienfaisance, au détriment des droits acquis par certains de ses membres.

4° La Fédération des Syndicats du Nord et du Pas-de-Calais, dans sa séance du 31 juillet, enregistre en l'approuvant la décision du Syndicat d'Armentières.

5° L'Association de Prévoyance des médecins du Nord envoya son président, M. Moquet, à la préfecture où en l'absence du préfet il fut reçu par M. Richard secrétaire général. Voici le résultat de l'entrevue d'après les termes mêmes du docteur Surmont, secrétaire de l'Association :

« M. le secrétaire général s'est montré hostile à « toute intervention de la Préfecture, se basant « sur ce point de droit que la commission des « hospices a *tous pouvoirs* pour le choix des mé« decins des hôpitaux, et que les traditions mê« mes qu'elle a pu observer dans le mode de no« mination ne constituent pas pour elle une *obli« gation* d'agir toujours de même et ne sauraient « porter atteinte à son *droit strict.*

En conséquence et pour répondre aux deux « points soulevés dans la protestation du Syn« dicat :

« 1° La Commission des Hospices n'a fait « qu'user de son droit en choisissant à son gré « tel médecin plutôt que tel autre.

2° Le fait d'être docteur en médecine ne consti« tue pas un droit à remplir certaines fonctions, « mais simplement une aptitude à être désigné « pour les remplir.

« Et enfin le fait même d'avoir été plusieurs « années médecins du bureau de bienfaisance, « s'il constitue un titre pouvant attirer sur le « bénéficiaire la bienveillance de la commission « administrative ne saurait engager quant au « fond le libre choix de celle-ci dans la nomina« tion de ses médecins.

« En conséquence l'Association des médecins « du Nord ne peut que s'incliner devant un « état de choses évidemment fort regrettable, « mais contre lequel toutes nos réclamations ne « sauraient prévaloir ».

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr Briquet,
Membre du *Concours*, du « Sou » et de l'Amicale.

Réponse.

Nous nous empressons d'insérer votre lettre, car elle montre une fois de plus l'autocratie et l'absolutisme des Commissions administratives des hôpitaux.

Mais, en choisissant les médecins qui leur sont agréables, avec ou sans concours, les commissions usent de leur droit légal ; elles sont maîtresses chez elles. Certaines vont même plus loin ; non seulement elles déclarent qu'après le concours, elles nommeront leur candidat, quel que

soit son rang sur la liste présentée par le jury, mais elles vont jusqu'à dire: « M. le Dr X. ne se présentera pas au concours, car nous lui refusons le droit de se faire inscrire ». Nous sommes allés, à maintes reprises, au Ministère de l'Intérieur, pour protester contre cet absolutisme ; nous n'avons eu que de bonnes paroles, de vagues promesses et c'est tout.

Ah ! si nos syndicats médicaux voulaient se mettre résolument à l'œuvre au lieu de perdre temps et forces à s'excommunier, ils pourraient parler plus énergiquement aux pouvoirs publics, pour demander la fin de certains abus.

Au contraire, que voyons-nous, même chez vous ? Le syndicat proteste, la Fédération se contente d'enregistrer cette décision et laisse à l'Association locale, simple société de secours mutuels, le rôle d'action que syndicat et fédération devraient détenir jalousement et c'est l'Association qui fait les démarches en préfecture ! Nous nous associons donc catégoriquement aux protestations du Syndicat d'Armentières et nous vous donnons le conseil de faire faire une nouvelle démarche, auprès des pouvoirs publics, non pas par l'Association locale, mais par la Fédération près du Préfet, puis par l'Union près du Ministre. *Cuique suum.*

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

La circulaire pour application de la loi Poulle

J'ai apprécié déjà, dans l'*Aurore Médicale,* la nouvelle disposition de la modification à la loi de 1892. L'honorable sénateur POULLE qui s'est imaginé qu'il allait ainsi supprimer l'exercice illégal, me paraît s'être fait de fortes illusions, car l'espèce qui a été la cause de la modification législative est relativement rare.

Pendant qu'on y était, on aurait bien dû ajouter à la loi de 1892 deux ou trois paragraphes sur lesquels nous aurions pu donner d'utiles indications. Quoi qu'il en soit, notre tactique étant de nous servir des instruments qui sont mis à notre portée, je pense que nos Confrères de province vont pouvoir utiliser les prescriptions récentes pour réduire dans une proportion appréciable les méfaits des médecins voyageurs.

Qu'on se reporte en effet au texte de la circulaire ministérielle du 2 juillet 1910 publiée dans le *Concours* à la page 841 ; on y verra que tout praticien, docteur, dentiste ou sage-femme est tenu avant l'accomplissement d'aucun acte de sa profession de faire enregistrer son diplôme à la Préfecture et au greffe du Tribunal Civil et de le faire viser à la mairie.

Voici au surplus le texte même de la circulaire, il me paraît avoir une importance telle que je crois nécessaire de le reproduire :

« Mais quand un médecin, un dentiste ou une « sage-femme se livre, dans une commune, à la « pratique de sa profession sans s'être au préalable présenté à la mairie aux fins de visa, il « appartient au maire de l'interpeller pour s'as- « surer que l'intéressé a satisfait à toutes les « obligations légales. »

Quelques objections pourraient être faites à mon interprétation notamment à propos de domicile.

La circulaire, en effet, semble dans le premier paragraphe, viser l'établissement durable du praticien, et le fait de donner des consultations dans diverses villes ne paraît pas compatible avec une élection de domicile.

Si tel était le sens de la loi, on arriverait à cette conclusion certainement paradoxale que la mesure prise par la nouvelle disposition légale laisse échapper ceux justement qui doivent être le plus surveillés.

Ce serait absurde et nos honorables n'on t pu commettre une pareille erreur.

La circulaire, dans le paragraphe cité plus haut, bien que ne visant pas en les désignant les médecins voyageurs, s'applique à leur industrie, d'une façon si précise que nous devons croire que c'est à eux qu'on pensait.

Jusqu'ici, nos Confrères, lisant dans les journaux ou sur des affiches que le célèbre docteur ou professeur X... devait venir mettre ses connaissances à la disposition des habitants de telle ville, tel jour, à telle adresse, nos confrères nous écrivaient en nous disant : « Que faire ? »

Nous répondions, adressez-vous au parquet, au commissaire si vous êtes bien avec eux. Mais il n'y a pas partout parquet ou commissaire, tandis que chaque commune possède un maire et que la circulaire lui donne le droit et lui fait même le devoir d'aller « interpeller » le donneur de consultations.

Ici encore nous aimerions à trouver quelques précisions, car cette interpellation ne peut pas, ne doit pas rester platonique. Une fois constatée l'inobservation des règlements, il est de toute nécessité que le délinquant s'éclipse ; mais cette fuite n'aura pas lieu sans qu'un procès-verbal ait été dressé et une plainte au Parquet immédiatement formulée.

La modification dans les formalités de l'enregistrement et de la déclaration n'a pas changé les dispositions pénales de l'article 22 de la loi do 1892, dont voici le texte :

Art. 22. — « Quiconque exerce la médecine, « l'art dentaire ou l'art des accouchements sans « avoir fait enregistrer son diplôme dans les dé- « lais et conditions fixés à l'article 9 de la pré- « sente loi est puni d'une amende de 25 à 100 « francs. »

Or, le fameux article 9, c'est celui même qui a été modifié grâce au sénateur Poulle.

Nous pensons que les syndicats et les confrères intéressés ne vont pas tarder à user de ces nouvelles armes ; nous leur demandons seulement de nous informer des résultats.

Notons, en passant, l'intérêt de consulter les syndicats dans toutes ces questions.

La circulaire, parlant de changement de domicile, insiste sur le fait que l'enregistrement ne sera pas nécessaire quand le praticien portera

son domicile dans un autre point du département ; ceci jusqu'à un certain point peut se défendre, mais lisez la fin : *En aucun cas, le changement de domicile n'entraîne* un nouveau visa à la Mairie.

Or, qu'on interroge les bureaux de la Préfecture ou tous ceux qui se sont occupés de cette question des diplômes, et on saura que beaucoup de Docteurs échappent à tout contrôle en changeant d'adresse et que les listes ne mentionnent plus leurs noms faute de connaître le nouveau domicile.

C'était si simple de dire que tout changement de domicile entraînait l'obligation d'une déclaration à la Mairie !...

Dr Ch. LEVASSORT.

Exercice illégal par un CURÉ

Monsieur le Directeur du *Concours médical*.

Monsieur,

Dans mon pays, je fais la pharmacie et par intérêt je dois être neutre, c'est-à-dire également bien avec les socialistes et les radicaux.

Or le curé d'ici (mon ami ! ?) fait la médecine et la pharmacie sur une assez grande échelle. Consultations au cabinet, visites dans les pays voisins.....

Voici comment les choses se passent *en général* :

Y a-t-il un malade dans un pays isolé ? — La famille va chercher le curé de l'endroit lequel, s'il se juge incompétent, fera appel à son copain d'ici. Voilà un peu, beaucoup même, les habitudes du pays, et les socialistes eux-mêmes font appel au curé. D'ailleurs, à leurs réunions gastronomiques et hebdomadaires, les curés se passent les tuyaux et c'est bien rare s'il n'y a pas un enfant ou quelque bonne femme à soulager.

Si le cas est délicat, on fait appel au docteur, souvent même de la part du curé, qui nous envoie un client, pensez donc ! Si le curé juge le malade perdu ou incurable, pas de médecin, mais..... enterrement de 1re classe ! Cela s'est vu. Avec ces procédés, le curé d'ici s'est taillé une petite clientèle *payante*, qu'il s'efforce de conserver.

Comment l'arrêter ?

Les procédés honnêtes et francs me mettraient à coup sûr le curé et ses ouailles à dos. Je ne puis me risquer sur ce terrain. Pourriez-vous me donner une idée pour le faire prendre dans un piège et réunir une série de preuves indiscutables ?

Veuillez m'excuser de vous mêler à des choses malpropres et agréer l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Réponse

Mon cher Confrère,

Nous ne vous dissimulons pas que la lutte contre votre curé sera très difficile ; les naïfs habitants des campagnes croient encore au surnaturel et aux dons. Ils placent donc toute leur confiance dans ce curé ignorant des choses de la médecine, plutôt qu'en celui qui a le diplôme d'état de médecin.

Il vous faudra donc de la patience et de la diplomatie pour arriver à vous constituer un dossier : ordonnances, notes d'honoraires, témoignages, etc.

Mais encore nous vous ferons remarquer que la loi du 30 novembre 1892 protège ces illégaux : l'exercice illégal de la médecine n'est constitué que par le fait de prendre part *habituellement* ou par une *direction suivie* au traitement des maladies ou des affections chirurgicales. Avec un pareil texte, les juges, qui eux aussi croient aux empiriques, viennent vous démontrer qu'il est presque impossible de trouver des cas où le délit d'exercice illégal est bien démontré ; pour eux, tous les arguments à l'appui d'une plainte ne constituent qu'un commencement de preuve.

Et même viennent-ils à condamner qu'ils ne le font qu'avec une douceur toute paternelle. Résultat : les illégaux recommencent de plus belle, en s'attribuant les palmes du martyre.

En voulez-vous la preuve ? Dans un petit village à trois kilomètres de votre résidence, s'élève un buste élevé par souscription publique à un rebouteur fameux. Croyez-vous que la justice l'a seulement inquiété un seul jour de sa vie ? Bien au contraire, les magistrats du tribunal allaient se faire soigner chez lui ; c'est de notoriété publique dans le pays.

Nous vous donnons donc le conseil d'en référer à votre syndicat médical, de lui transmettre tous les documents, preuves ou autres, en un mot tout le dossier que vous pourrez former contre votre curé. Votre syndicat pourra demander conseil à l'office central de l'exercice illégal de la médecine, si bien dirigé par notre ami Levassort. Vous serez sûr de ne pas marcher à l'aventure.

Puis, adhérez au « Sou médical » pour que, de notre côté, nous puissions vous donner les avis de nos avocats conseils, puis diriger nous-mêmes les poursuites, si nos avocats voyaient chance de succès.

Bien confraternellement à vous,

Dr Paul BOUDIN.

COMITÉS DÉPARTEMENTAUX
DU CONCOURS MÉDICAL.

Comité départemental de la Manche.

C'est le 5 juillet, à l'Hôtel du Casino de Cherbourg, que nous avons eu la bonne fortune de pouvoir organiser le *Comité départemental de la Manche* au milieu des soixante confrères qui avaient bien voulu nous convier à leur banquet annuel.

Celui-ci avait été précédé de l'Assemblée de la Société locale et de la séance de la Fédération des Syndicats médicaux du département. Elles s'étaient succédé dans le même local, sans changement de décor, avec la même assistance, le bu-

reau de l'une remplaçant le bureau de l'autre, mais l'esprit de belle solidarité agissante dominant sans cesse la salle.

Nous ne donnerons pas le compte rendu de ces séances, mais nous ne résistons pas au plaisir et au devoir de dégager la moralité de ce que nous avons vu là.

Il y a quelques années, la *Société locale de la Manche* essayait d'assurer à la fois la protection du corps médical en matière de bienfaisance mutuelle et la lutte syndicale. Un jour vint où son bureau perdit l'oreille des administrations parce qu'il était considéré comme rebelle aux idées de notre époque. Que firent nos sagaces confrères ? En quelques mois ils constituèrent les Syndicats des arrondissements et leur Fédération départementale, mettant à la tête de celle-ci les hommes qu'ils savaient amis des pouvoirs régionaux, tout en ayant l'esprit aussi confraternel que les dirigeants de la Société locale. Et sans récriminations stériles, sans se croire diminués, ces derniers abdiquèrent les rôles de défense professionnelle pour n'y prendre part qu'en simples soldats dans l'armée syndicale.

Au cours même de la séance, nous les vîmes passer à la Fédération une question dont ils s'étaient trouvés saisis en vertu de l'ancienne tradition.

Devant cette façon d'écarter en faveur de l'intérêt général toutes susceptibilités de groupe, toute considération de prérogatives collectives ou personnelles ; devant cette pratique si spontanée de la discipline nécessaire, les confrères suspects aux pouvoirs publics apparurent tout grandis et plus dignes encore que jadis de la confiance et de l'amitié de leurs camarades.

Et d'autre part, quand nous vîmes la bannière syndicale gaillardement portée par de vrais syndicalistes, même âgés de soixante-dix ans, mais restés bien indépendants et fanatiques du libre choix, il nous vint quelque fierté de nous entendre dire *inter pocula* que ces choses-là étaient pour beaucoup l'œuvre du *Concours médical*.

La preuve nous en fut donnée, d'ailleurs, plus éclatante encore qu'aux meilleurs jours de notre tournée de propagande.

Vingt deux adhésions, séance tenante, au « Sou médical !

Puis un véritable enthousiasme à constituer le *Comité départemental* où nous avons pu grouper les noms ci-dessous :

Arrondissement de St-Lô. — Leclerc, Alibert, Ygouf (St-Lô).

Arrondissement de Cherbourg. — Renault, Deslandes, Bourgogne, Le Duigou (Cherbourg).

Arrondissement de Valognes. — Viel (Pont-Labbé-Picauville), Duval, (Valognes).

Arrondissement de Coutances. — Leconte (Coutances), Lemaître (Gouville).

Arrondissement d'Avranches. — Letourneur, Vallois (Granville), Letarouilly, (St-Pair), Béchet (Avranches), Dubost (Sartilly).

Arrondissement de Mortain. — Tabournel, (Mortain), Lemaignen (Sourdeval).

Délégués : Viel et Lemaignen.

Confrères et amis de la Manche, merci et au revoir, car si vos banquets sont beaux et bons, votre pratique de la confraternité est plus réconfortante encore.

Dr MAURAT. Dr JEANNE.

ASSOCIATION AMICALE

Maladie. Retraites. Pensions aux veuves.

Séance du Conseil du 29 septembre 1910.

Présents : MM. Maurat, Cézilly, Gassot, Mignon, Jeanne.

Le Conseil fixe la séance préparatoire de l'Assemblée générale au mercredi 19 octobre prochain, à deux heures après-midi ; les contrôleurs seront convoqués pour 3 heures.

L'Assemblée générale aura lieu le 20 novembre en même temps que celle de la Caisse des Pensions.

Le Conseil procède ensuite aux opérations statutaires de la séance trimestrielle.

Indemnités

5	3 m.	300	»
13	14 j.	140	»
73	Cure thermale	100	»
78	3 m.	300	»
80	3 m.	300	»
85	44 j.	440	»
137	3 m.	300	»
140	3 m.	150	»
141	6 mois	600	»
147	3 m.	300	»
154	3 m.	300	»
173	3 m.	300	»
176	Cure thermale	100	»
179	3 m.	300	»
182	3 m.	300	»
186	3 m.	300	»
210	36 j.	360	»
215	3 m.	300	»
234	3 m.	300	»
245	13 j.	130	»
311	12 j.	120	»
319	46 j.	460	»
332	3 m.	300	»
341	3 m.	300	»
357	1 m + 16 j. chr.	153	30
372	3 m.	300	»
373	3 m.	300	»
386	60 j à 10 fr. + 9 j. chr.	630	»
391	Cure thermale	100	»
418	33 j.	330	»
421	3 m.	300	»
442	3 m.	300	»
456	20 j.	200	»
494	11 j.	110	»
542	60 j. à 10 fr. + 1 m. et 25 j. chr.	783	25
549	3 m.	300	»
564	Cure thermale	100	»

633	12 j.	120	»
634	26 j.	260	»
641	Cure thermale	100	»
657	43 j.	430	»
723	30 j.	300	»
730	19 j.	190	»
749	3 m.	300	»
770	56 j.	560	»
796	Cure thermale.	100	»
789	4 j.	40	»
844	Cure thermale.	100	»
848	33 j.	330	»
862	10 j.	100	»
868	15 j. chr.	50	»
873	4 j.	40	»
879	7 j.	70	»
904	3 m.	300	»
912	2 m. + 15 j. chr.	250	»
946	11 j.	110	»
986	20 j.	200	»
1010	40 j.	400	»
1036	8 j.	80	»
1040	3 j.	30	»
1050	14 j.	140	»
1052	3 m.	300	»
1110	28 j.	280	»
1112	*4 à 10 fr.* + 1 m. et 14 j. chr.	186	60
1154	3 m.	300	»
1173	12 j.	120	»
1212	Cure thermale	100	»
1213	Cure thermale.	100	»
1226	37 j.	370	»
1251	4 j. chr	13	30
1275	3 m.	300	»
1294	Cure thermale.	100	»
1304	13 j. chr.	43	30
1308	3 m.	300	»
1318	3 m.	300	»
1339	53 j.	530	»
1345	Cure thermale.	100	»
1350	1 m. et 19 j. chr.	163	25
1358	10 j.	100	»
1377	24 j.	240	»
1410	10 j.	100	»
1419	7 j.	70	»
1423	2 j.	20	»
1437	5 j.	50	»
1452	60 j. à 10 fr. + 7 j. chr.	623	30
1455	20 j.	200	»
1484	9 j.	90	»
1522	36 j.	360	»
1551	22 j.	220	»
1573	2 m. + 11 j. chr.	236	65
1603	14 j.	140	»
1606	6 j.	60	»

Le cas du n° 99 sera soumis à l'Assemblée générale.

Le n° 667 sera soumis à l'examen de deux spécialistes.

Au n° 319 il sera fait nécessairement application de l'article 34, paragraphe 2.

Admissions.

Combinaison A.

Genevois, à Roanne (Loire).

Reboul, à Vidauban (Var).
Leibovici, à Paris.
Macheras, à Navilly (Saône-et-Loire).
Delalbre, à Terrasson (Dordogne).
Jambon, à Rennes (Ille-et-Vilaine).
Gault, à Dijon (Côte-d'Or).
Leterrier, à Barfleur (Manche).
Gaignard, à Chalonnes (Maine-et-Loire).
Pujos, à Auch (Gers).
Cléret, à Chambéry (Savoie).
Pichat, à Mortagne-sur-Sèvre (Vendée).
Soulé, à Bordeaux (Gironde).
Mons, à Colbert (Constantine).
Gaillard, à Aix-les-Bains (Savoie).
Lucien, à Dijon (Côte-d'Or).

Combinaison AC.

Gleizes, à Rieumes (Haute-Garonne).

Combinaison ACD

Piollet, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

La séance est levée à quatre heures.

Le secrétaire des séances,
Dr JEANNE,

Bulletin des sociétés d'intérêt professionnel

Fédération des Syndicats médicaux du Calvados.

Réunion du 3 juillet 1910.

La séance est ouverte à 2 heures en l'hôtel de ville de Caen sous la présidence du Dr Rachet (de Honfleur).

Les Syndicats étaient ainsi représentés :

Syndicat de Bayeux : MM. Davy, Chodorowski, Brée ; Syndicat de Caen : MM. Gidon père, Charbonnier ; Syndicat de Falaise : MM. Barbot, Cailloué, Lallier ; Syndicat de Lisieux : MM. Hue, Surtouques ; Syndicat de Pont-l'Evêque : MM. Rachet, Chevillot ; Syndicat de Vire : M. Lepelletier.

S'étaient excusés : MM. Noury, Vigot (Caen) ; de Cornière (Lisieux) ; Marais, Lainé (Pont-l'Evêque) ; Pelvet, Trolley (Vire).

Assistaient à la séance à titre personnel : MM. Cassé, Léger fils, Martin, Duvivier, Hie, Barbier fils, Guillet, Catois, Léger père, Quermonne.

MM. le Dr Maurat, président du « Sou Médical » et Jeanne, directeur du « Concours Médical », assistent également à la séance.

Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté à l'unanimité.

La Président annonce que la Commission médico-mutualiste qui, pour des raisons diverses, n'avait pu encore se réunir, va se trouver constituée et se réunira demain soir.

Le Président remercie les Secrétaires des Syndicats de la diligence qu'ils ont apportée à répondre au referendum, au sujet des modifications

proposées par la Préfecture pour le service de l'Assistance médicale gratuite.

Le Président donne lecture de ces modifications qui sont tour à tour discutées.

Finalement, les modifications suivantes sont adoptées et il est décidé qu'elles seront transmises le plus tôt possible à M. le Préfet du Calvados, par les soins du Bureau de la Fédération :

1° Suppression de la feuille de maladie actuellement conservée par le malade (le bulletin de maladie à remettre au médecin subsistant seul).

Suppression des ordonnances détachées à la disposition des médecins et des pharmaciens.

(Adopté).

2° Remplacement de ces documents par un carnet de famille, dit « Carnet de contrôle des visites et des prescriptions ».

(Adopté avec le désir de voir simplifier les écritures du médecin si possible.)

3° Obligation pour le médecin ou le pharmacien voulant faire partie du service, de donner par écrit son adhésion au Règlement.

(Adopté).

4° Modifications à l'article 7 relatif aux abus de prescriptions et aux réclamations diverses auxquelles les adhérents peuvent donner lieu.

(Adopté, mais avec le désir exprimé de voir choisir par M. le Préfet, pour chaque arrondissement, le délégué médecin au Comité départemental, sur une liste de trois membres présentés par chaque Syndicat d'arrondissement.)

Le 5e paragraphe intéressant les pharmaciens seuls, n'est pas pris en considération par la Fédération.

6° Droit pour l'Administration de prélever chez les malades et de faire analyser les médicaments qui leur sont fournis, afin de pouvoir s'assurer de leur conformité avec les ordonnances.

(Adopté).

7° Revision du tarif médical en ce qui concerne les indemnités de déplacement et certaines opérations. (Ces indemnités seraient calculées sur une distance kilométrique évaluée de clocher à clocher.)

Les indemnités ne seraient pas comptées de clocher à clocher. La Fédération demande le maintien du statu quo.

8° Revision du formulaire. Suppression de certains médicaments. Addition d'autres. Réduction de certaines quantités actuellement autorisées, notamment pour les médicaments composés.

La Fédération attend le résultat de la mise à l'étude actuelle de la revision du formulaire.

9° Institution d'un contrôle sur place dans l'intérêt commun de l'administration et des adhérents eux-mêmes.

(Adopté.)

Il est à désirer que des carnets formulaires de poche indiquant les doses maxima soient adressés à tous les médecins de l'assistance médicale.

Le Président rappelle ensuite l'incident provoqué au Conseil général par M. Chéron, au sujet du service de l'Assistance médicale gratuite.

M. Gidon, président du Syndicat de Caen, a immédiatement adressé à M. Chéron une lettre ouverte dans laquelle il proteste de la façon la plus énergique contre les paroles prononcées par le député de Caen.

Jusqu'à présent, M. Chéron n'a pas fait parvenir sa réponse à M. Gidon.

La Fédération décide, à l'unanimité, de joindre ses protestations à celles de M. Gidon, le félicite d'avoir immédiatement répondu à M. Chéron, et, approuvant entièrement les termes de sa lettre, charge son bureau de transmettre en temps utile sa protestation pour être portée à la connaissance du Conseil général lors de la session d'août.

Le Dr Rachet prie les confrères Jeanne et Maurat de bien vouloir accepter les remerciements de la Fédération pour le précieux concours qu'ils sont venus aujourd'hui nous apporter.

Enfin le Secrétaire fait part à ses confrères de la résolution irrévocable que vient de prendre le Dr Noir, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, qui a résolu de quitter ses fonctions en novembre prochain.

La Fédération espère que le Dr Noir voudra bien céder aux nombreuses démarches faites auprès de lui, pour lui faire conserver les fonctions si importantes mais malheureusement très fatigantes qu'il occupait avec tant d'autorité depuis de nombreuses années.

Elle charge de plus son secrétaire de lui exprimer les regrets et toutes les sympathies reconnaissantes de la Fédération du Calvados.

A 4 heures, la séance est levée.

Le Secrétaire général,
Dr A. CHARBONNIER.

REPORTAGE MÉDICAL

Médecins stagiaires de l'assistance médicale de l'Indo-Chine.—Art. 1er—Un examen pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indo-Chine s'ouvrira à Paris le 12 décembre 1910.

Les candidats sont invités à se faire inscrire au ministère des colonies (direction du personnel), en joignant à leur demande d'admission les pièces énumérées aux articles 3 et 4 de l'arrêté du 23 décembre 1909.

La liste d'inscription sera close le 12 novembre au soir.

Art. 2. — Un avis adressé aux candidats admis à subir les épreuves, dans les huit jours qui précèdent la date fixée pour l'examen, leur fera connaître le lieu où ils doivent se réunir et l'heure à laquelle commenceront les épreuves.

Art. 3.—Les candidats réunissant les conditions requises pour bénéficier de la majoration de points prévue à l'article 9 de l'arrêté précité du 23 décembre devront joindre à leur demande un certificat dûment légalisé ou un diplôme justifiant leurs titres.

Physiothérapie. (*Cours de vacances du 8 au 31 octobre, Ecole des Hautes Etudes Sociales, 16, rue de la Sorbonne*). — Par suite d'empêchements, la série C (Hydrologie, Climatothérapie, Diététique) est reportée à la session d'avril 1911.

Le cours de physiothérapie reste divisé en deux séries de 20 leçons. Le prix de chacune des séries de 20 leçons est de 50 francs.

On peut s'inscrire pour une série ou pour les deux chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de Médecine ; chez M. Albert Weil, 21, rue d'Edimbourg ou chez M. Durey, 16, rue de Logelbach.

Les cours sont divisés de la façon suivante :

Série A. — Electrothérapie (10 leçons), M. Albert-Weil, rédacteur en chef du *Journal de physiothérapie*. Radiumthérapie (3 leçons) M. Dominici, ancien interne des hôpitaux. Photothérapie (1 leçon), M. Degrais, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. Radiothérapie (3 leçons), M. Albert-Weil. Hydrothérapie (3 leçons), M. Sandoz.

Série B. — Massage en général et massage des membres (8 leçons), M. Durey, assistant de physiothérapie de M. Tuffier à l'hôpital Beaujon. Massage viscéral (2 leçons), M. Cautru, ancien interne des hôpitaux. Massage de la face (1 leçon), M. Raoul Leroy. Kinésithérapie gynécologique (2 leçons), M. Wetterwald, secrétaire général de la Société de kinésithérapie. Gymnastique (2 leçons), M. Desfosses, chirurgien du dispensaire de la Cité du Midi. Rééducation (2 leçons), M. Kouindjy, chargé du service de rééducation à la Salpêtrière. Mécanothérapie (2 leçons), M. Sandoz, directeur de l'Institut Zander de Paris. Méthode de Bier (1 leçon) M. Durey.

Les Cours de la série A ont lieu à 6 heures ; ceux de la série B à 5 heures. Les jours où les cours ont lieu dans des hôpitaux ou des instituts, leur horaire est avancé ou reculé d'une demi-heure au moins pour que les élèves puissent néanmoins suivre les cours des autres séries.

Champagne et bandes de flanelle à un accidenté du travail. — Un juge de paix de Nantes a décidé que, bandes et vin ayant été ordonnés par le médecin, le patron devait payer au pharmacien les bandes de flanelle, mais qu'il n'avait pas à lui payer le vin de champagne.

Il a d'abord jugé que le pharmacien ne pouvait invoquer les lois de germinal an XI et 19 juillet 1845, prescrivant aux pharmaciens d'exécuter à la lettre les ordonnances des médecins.

Il a estimé que le champagne ne pouvait être assimilé aux vins de Grenade, Malaga, etc. qui sont employés comme véhicules, — et que le champagne administré après opération chirurgicale est donné, non comme médicament, mais comme aliment, et qu'à ce titre ce coût ne peut être supporté par le patron que si l'ouvrier est hospitalisé.

Il a jugé que la flanelle fait partie « des moyens de la thérapeutique », « qu'elle doit remplir certaines propriétés d'élasticité relative, de texture, de souplesse, d'absorption et d'asepsie et qu'il serait coupable, dans certains cas, de fournir à des blessés des bandes sortant d'une maison de commerce dans laquelle aucune précaution n'a pu être prise pour les garantir des contacts nocifs »..... par suite, que sa fourniture était à la charge du patron.

(Jugement *in extenso*, sans date, dans le *Journal des Praticiens de l'Ouest.*)

L'interdiction du biberon à tube. — Douze petits épiciers des environs d'Alençon ont été poursuivis devant le tribunal correctionnel pour infraction à la loi du 9 avril 1910 qui interdit la vente, la mise en vente, l'exportation et l'importation des biberons à tube. Chacun d'eux a été condamné à 5 francs d'amende. Ils ont déclaré qu'ils ignoraient le texte de la loi en vertu duquel ils étaient poursuivis.

Une annonce suggestive. — Il est des gens qui ne doutent de rien, lisez à ce sujet cette annonce :

MADAME X....
Sage-femme de 1re classe
Professeur d'accouchement,

a l'avantage d'informer son aimable clientèle qu'en cas de besoin elle peut redonner tous les symptômes de la virginité, sans opération et très discrètement.

Très utile à savoir pour les jeunes personnes qui laissèrent imprudemment entamer leur capital et qui sont désireuses de lui redonner une apparence d'intégrité.

C'est égal ! Un coup de balai dans les écuries d'Augias de la publicité malsaine est vivement souhaitable.

On demande une récompense. — *Conseil général de la Vienne.* — Extrait du compte-rendu analytique de la séance du 23 septembre 1910. — Un habitant de Levallois-Perret demande au Conseil d'accorder une récompense à son neveu, M. Cordier Charles, de Béruges, qui guérit, paraît-il, les morsures des vipères.

Le docteur Magé conclut au rejet de cette demande, mais M. Albert intervient et faire ressortir les services éminents rendus par son concitoyen.

On adopte les conclusions du rapport ; M. le Préfet examinera s'il peut accorder à Cordier une récompense sur le chapitre « belles actions ».

(*L'Avenir de la Vienne.*)

L'exercice illégal de la médecine à Lyon. — Le Syndicat des médecins du Rhône a dû faire des démarches en vue d'éviter la présence d'un rebouteux dans le service médical de la semaine d'aviation, ainsi que le refus du concours d'une prétendue société de bienfaisance qui cherchait à accaparer, dans un but de réclame, le service médical. (*Gaz. des hôp. de Toulouse.*)

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec un vif regret le décès du Dr ANGELBY, président du Conseil d'Administration de la Société des Eaux Minérales de Châtel-Guyon et de la Société Nouvelle des Eaux et Etablissements de Martigny.

Le Dr Angelby était un très ancien membre du *Concours Médical*. Il assistait régulièrement aux assemblées générales et prit part maintes fois aux discussions dans lesquelles il apportait sa parfaite connaissance des affaires. Il avait été récemment nommé commissaire des comptes du Patronage médical.

Il tenait une place importante dans les milieux hydrominéraux ; il y possédait une grande et légitime autorité, en raison de la compétence qu'il avait acquise dans la matière.

Sa disparition est une perte pour l'industrie thermale française, dont il prit si souvent et si habilement la défense au point de vue intérêts.

— Nous avons également le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Docteur BARBASTE, de St-Palais (Basses-Pyrénées), membre du *Concours Médical*.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 42 Dimanche 16 OCTOBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
La situation syndicale..... 891
Clinique médicale
Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde..... 894
La semaine médicale
Présence, dans le liquide céphalo-rachidien des méningitiques, du méningocoque et du bacille de Koch. — Les convulsions de l'enfance. — Des propriétés antipyrétiques et analgésiques de la cryogénine. — La luxation congénitale de la hanche. — L'énésol. — Adhérences entéro-épiploïques à la paroi abdominale consécutives aux laparotomies pour interventions sur l'utérus et ses annexes. — Traitement radiothérapique des fibromes..... 897
Revue de bactériologie
Le germe spécifique de la coqueluche. — Rapport entre la bactériémie éberthienne et la gravité de la fièvre typhoïde. — Recherche du bacille de Koch par l'antiformime-ligroïne. — Les antiferments protéolytiques peuvent-ils guérir les suppurations ?..... 900
Pédiatrie
Le port du bonnet par le nourrisson. — Son utilité contre le coryza à frigore. — Le procédé de Bosselut pour connaître la rétention d'urine chez l'enfant. 901
Hydrologie
Une baignoire medicale antiseptique..... 902
Maladies professionnelles
A propos des accidents survenant chez les plongeurs en eau profonde..... 903
Chronique des accidents du travail
La Cour de Montpellier, la Cour de cassation blâment les experts qui s'arrogent le rôle de juges et de législateurs. — Honoraires pour soins donnés après consolidation..... 904
Chronique de la défense professionnelle.
Un peu de foi et de bonne foi..... 907
Médecine sociale
L'Etat affameur du médecin..... 908
Chronique de la mutualité
Questions usuelles..... 910
Correspondance
Syndicalisme et situations acquises..... 911
Reportage médical..... 911

PROPOS DU JOUR

La situation syndicale.

Nous ne nous attarderons pas à d'inutiles polémiques au sujet de la réorganisation de l'Union des Syndicats médicaux. Nous laisserons à d'autres la prétention de vouloir tout mener et le souci de jouer à la Mouche du Coche. Nous avouons très humblement que jusqu'ici, en syndicalisme médical, les évènements nous ont conduit plus que nous ne les avons fait surgir. Il en est croyons-nous, du reste, un peu ainsi dans toute les évolutions politiques et sociales. Des individualités s'agitent, le temps passe, les révolutions se produisent, les constitutions se succèdent, et les historiens au bout de quelques années constatent que celui ou ceux qui avaient eu la prétention d'édifier ou de détruire, avaient été de très petits acteurs, et souvent de bien médiocres spectateurs.

Laissons donc à d'autres, s'ils le désirent, le rôle tant soit peu naïf, prétentieux et ridicule de Chantecler, persuadé que son chant claironnant réveillait le soleil.

Une maladie dont nous devrions bien nous débarrasser, par exemple, est celle dont les principaux symptômes consistent à rechercher chez les autres des intentions machiavéliques, et de voir partout et en tout des dessous ténébreux. Cette maladie des suspects, qui est une forme du délire des persécutions, détermine une étrange aberration chez ceux quien sont frappés ; se croyant attaqués alors qu'on ne songe nullement à eux, ils s'attribuent une importance qu'on ne leur a jamais accordée ; de persécutés, ils deviennent mégalomanes avant d'être à leur tour de vrais persécuteurs. Tâchons, nous-même, de ne pas faire comme eux. Le mal, est, dit-on, contagieux.

***

C'est pour répondre à plusieurs de nos cor-

respondants, notamment à nos amis de Lyon, que nous avons écrit notre article sur la réorganisation syndicale. Ils nous demandaient tous : « Vous croyez nécessaire de réformer l'organisation de l'Union. Vous devez donc avoir une idée en tête. Au moins, pour nous permettre d'avoir une base de discussion, il est temps de nous dire ce que vous croyez de défectueux dans le système actuel et quelles modifications vous croyez nécessaires ? »

Ce fut donc en pleines vacances, alors que les membres du Comité de direction du *Concours* étaient dispersés aux quatre coins de France, que nous jetâmes les bases de l'avant-projet qui, à tort ou à raison, a déjà fait couler inutilement beaucoup d'encre. Bien que ne nous considérant plus secrétaire général de l'Union, et n'en assumant les fonctions que pour expédier les affaires en cours, bien qu'ayant annoncé que nous avions conçu cet avant-projet sans *amour-propre d'auteur*, nous avons cru de notre devoir d'en soumettre le plan au président de l'Union des Syndicats médicaux, M. le Dr Gairal, dont personne, nous l'espérons, n'osera soupçonner la bonne foi et la correction. M. Gairal, qui est une des très rares personnes qui connaissent bien la situation syndicale du Corps médical français, nous écrivit : Votre avant-projet paraît répondre au besoin de la situation. Je crois bien néanmoins son exécution difficile. Sur un point cependant il convient de faire une réserve, c'est au sujet de la création de caisses de retraites annexées aux Fédérations. Cette création peut être grosse de difficultés, elle demande une étude approfondie et ne saurait être utilement discutée à la prochaine Assemblée générale. »

Voilà toute la genèse de notre Avant-Projet, avant-projet qui nous est personnel et n'est nullement celui du *Concours médical*. Ce dernier, peut-être, élaborera le sien, comme cela est son droit, car il convient de ne pas oublier qu'à côté du journal, il existe une Société d'Etudes.

***

Examinons maintenant ce que l'on critique dans notre avant-projet :

Constatons d'abord que nous avons si peu l'habitude de fuir la critique que, toutes les fois que nous en avons eu l'occasion, nous sommes allé à sa rencontre, et que nous avons reproduit nous-même et sans y être tenu les articles où l'on faisait notre procès. C'est ainsi que le 5 mai 1906, nous avons publié le projet du Dr Bolliet sans qu'il nous en ait fait la demande, nous déclarant « prêt à examiner toute modification à la constitution de l'Union qui pourrait augmenter la cohésion et la puissance du groupement syndical, sans pour cela compromettre l'organisation actuelle » (1).

C'est encore dans le même esprit que nous n'avons pas hésité à donner, tant ici que dans le *Bulletin de l'Union*, la plus large publicité à la lettre que nous a écrite notre confrère, le Dr Campinchi, bien que rien dans ce que nous avons écrit ne l'ait visé personnellement, et ne lui ait donné même un semblant de droit de réponse.

Notre avant-projet n'a qu'un but : réaliser la représentation réelle de tous les syndicats au Conseil de l'Union, tout en expédiant régulièrement les affaires courantes. Il est bon, à ce propos, que nous exposions la tâche que remplissent le Conseil et le secrétariat de l'Union, tâche qui paraît ignorée de beaucoup de confrères qui s'occupent cependant beaucoup de la question.

Le rôle du Conseil d'administration de l'Union et de son Secrétariat est double. D'une part, il consiste à s'occuper de tout ce qui concerne les intérêts généraux de la profession médicale. D'autre part, le Secrétariat constitue une sorte d'agence de renseignements, de consultations, de démarches pour les syndicats affiliés et souvent pour les syndiqués adhérents.

Le premier rôle, sur l'importance duquel nous n'avons pas à insister, nécessite parfois une action assez prompte, comme l'ont démontré les démarches dans la campagne des accidents du travail. Mais le plus souvent les décisions peuvent attendre plusieurs semaines avant d'être prises. Aussi pensons-nous que, sauf de rares exceptions, il suffirait de réunir le Conseil, formé de délégués des Fédérations, trois ou quatre fois par an pour mener à bien cette partie de la tâche de l'Union.

Le second rôle, celui du Secrétariat, a pour objet de répondre à une correspondance considérable, de conseiller les Syndicats et les Syndiqués. Ce n'est pas, en pratique, la moins importante des fonctions de notre Union et c'est celle qui a fait, peut-être, le plus pour sa cohésion. Chaque jour, nous recevons des lettres où l'on nous demande un avis ou un renseignement : c'est un confrère qui désire fonder un Syndicat ; c'est un secrétaire de Syndicat qui se trouve embarrassé dans certains cas pour une question de mutualité, d'assistance, d'exercice illégal, d'exercice de la pharmacie, pour un conflit avec une personnalité, une collectivité ou une administration quelconque ; il craint d'agir *proprio motu*, il demande si des précédents peuvent le guider, s'il ne risque pas, par des actes intempestifs, de nuire à l'autorité de son Syndicat ; c'est le bureau d'un Syndicat, qui demande une démarche au ministère pour une question d'assistance gratuite, d'hôpital,

(1) *Bull. offic. de l'Union des Synd. méd. de France.* 20e année, 5 mai 1906, page 258.

d'exercice irrégulier d'un médecin militaire, etc. etc. ; c'est très souvent un syndiqué qui, pour un fait individuel, a besoin d'être renseigné. On va nous objecter que, pour ce dernier, le secrétaire de l'Union n'a pas à répondre, qu'il n'a qu'à renvoyer le confrère au bureau de son Syndicat.

Parfait. Mais, s'il existe en France deux douzaines de Syndicats dont les adhérents peuvent obtenir de leurs bureaux des conseils et un appui, il en est au moins dix douzaines où l'on renvoie le syndiqué au secrétariat de l'Union, et nous sommes convaincu que nombre de Syndicats trouvent là le principal avantage d'être affilié à notre groupement fédéral. Telle est la réalité. Mais pour remplir cette seconde tâche, le secrétaire a besoin d'être lui-même secondé.

Il serait dangereux, à notre avis, de le laisser seul, quelle que fût son expérience, lancer à tort et à travers les Syndicats dans telle ou telle voie. Il a besoin d'être lui-même conseillé ; il le fut toujours jusqu'ici par les membres assidus du présent conseil et il n'a fait jamais jusqu'à ce jour la plus petite démarche au nom de l'Union, sans en rendre compte et sans l'approbation de son conseil. C'est ce rôle qu'un nouveau conseil, se réunissant 3 ou 4 fois par an, ne pourrait remplir, c'est pour ce rôle qu'une commission permanente est indispensable et qu'il faut que cette commission puisse se réunir fréquemment.

Certains de nos confrères attribueraient cette tâche au Bureau. Mais à moins de concentrer tout le bureau dans la région parisienne, ce qui à notre avis serait mauvais, il serait difficile d'en réunir les membres aussi fréquemment que cela serait nécessaire. Cette commission permanente est indispensable. Il nous paraît tout aussi indispensable qu'elle fasse partie du Conseil, car elle ne doit pas fournir un organisme parasite, qui dans certains cas pourrait prendre des initiatives opposées à celles des délégués des Fédérations. Il nous avait paru plus naturel de la faire élire par l'Assemblée générale, où tous les Syndicats affiliés sont déjà et devront toujours être régulièrement et proportionnellement représentés : nous ne voyons d'ailleurs aucun inconvénient à ce qu'on recherche un autre moyen de la constituer, cette commission permanente, même qu'on la dote d'un autre nom, pourvu qu'elle existe.

Avec un peu de réflexion, toute personne sans parti-pris reconnaîtra la nécessité de ce fonctionnement central. Plus difficile sera la constitution de Fédérations régionales, car malgré notre active propagande, nous n'avons pu, jusqu'ici, obtenir leur création que dans une mesure restreinte. Si l'on excepte en effet 4 ou 5 régions où sont encore de nombreux syndicats dissidents, les autres Fédérations sont uniquement départementales.

***

On nous accuse de vouloir détruire l'autonomie du Syndicat. A Dieu ne plaise ! Tout ce que nous demandons, c'est que le Syndicat vive et agisse. Depuis 15 ans, tous ceux qui dirigent l'Union ont fait personnellement les plus grands efforts pour réveiller les Syndicats endormis. Mais nous ne pouvons pas nous bercer dans de chimériques rêves et nous devons rester dans le domaine de la réalité. Or, la voici, la réalité, et nous ne craignons pas, à ce propos, de démentis.

La grande majorité des médecins acceptent l'idée syndicale ; un grand nombre y adhèrent et cotisent, mais la plupart bornent là leur syndicalisme et se reposent sur l'activité du bureau de leur groupement. Dans nombre de cas, il se trouve à la tête du bureau un ou deux confrères combatifs qui ne demandent qu'à faire preuve de vie et à être utiles ; mais, nous regrettons de le dire, ceci est encore loin d'être une règle générale. Parfois une crise locale, où l'intérêt direct du praticien est en jeu, réveille le Syndicat en sommeil, mais la période éruptive de ce volcan endormi est trop souvent de courte durée.

La plupart des praticiens sont des médecins qui, vivant de leur profession, et ne destinant pas leurs enfants à l'exercice de la médecine, sont avant tout soucieux de ce qui directement touche à leurs moyens d'existence. L'avenir éloigné les préoccupe moins. C'est pour cela que nos syndicats, malgré nos efforts, ont accueilli avec quelque tiédeur notre campagne pour la réforme des études et contre l'agrégation.

Certes, il vaudrait mieux qu'il en fût autrement ; certes, il serait préférable que tout praticien se décidât à venir au syndicat discuter avec passion les choses de leur profession et se préoccupât de la rendre meilleure et plus belle, tels jadis venaient politiquer sur l'Agora les libres citoyens de la République athénienne. Hélas ! il n'en est pas ainsi. On ne pourra nous accuser de n'avoir pas fait le possible pour amener le praticien à ce degré d'activité consciente. Peut-être l'atteindra-t-il un jour ?

Mais il faut encore pour cela une longue période d'éducation et, malgré des progrès indiscutables et encourageants, nous n'y sommes point encore parvenu. Tous ceux qui sont tant soit peu au courant du syndicalisme médical ne mettront pas en doute ces affirmations.

Si nous voulons donc encore faire un pas en avant, si nous voulons montrer à nos confrères indolents que l'on peut quelque chose par le syndicalisme médical, il faut que les actifs, au lieu de se chamailler en de vaines palabres

fassent eux-mêmes un effort pour le bien commun. Leur devoir est de montrer au praticien, par l'entente entre eux et par une action incessante, les avantages immédiats qu'assurent les groupements professionnels. Leur devoir est, à eux dont la conscience de l'avenir est plus nette et qui se sentent vis-à-vis de ceux qui vont venir une réelle responsabilité, d'améliorer progressivement la profession et de ne pas la laisser tomber de nouveau dans le degré d'anarchie où elle se trouvait il y a quelques trente ans.

Un souci unique doit tous nous préoccuper, l'*intérêt de la profession médicale*. Sociétés diverses, associations, syndicats, fédération, unions, journaux professionnels, ne sont que des instruments que nous devons transformer et perfectionner pour mieux remplir le rôle de défense auquel ils sont destinés ; mais n'imitons pas ces enfants capricieux qui, dans un moment de rage, brisent tous leurs jouets, puis pleurent et se lamentent parce qu'ils en sont privés.

J. Noir.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital St-Antoine : M. le prof. agrégé Gouget.

Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Nous avons étudié, dans la dernière leçon, le cas d'une femme entrée dans le service avec les symptômes d'un rhumatisme articulaire aigu, chez laquelle, une semaine après la disparition des accidents rhumatismaux, ont éclaté les signes d'une fièvre typhoïde. Je vous ai dit qu'il s'était bien agi d'une fièvre typhoïde succédant à un rhumatisme et je vous ai exposé pour quelles raisons nous ne pouvions guère conclure à une fièvre typhoïde à manifestations initiales articulaires.

Cette femme a donc eu ce que l'on est convenu d'appeler, à l'hôpital, un cas intérieur de fièvre typhoïde. Cela ne signifie pas forcément cas contracté à l'hôpital. Ici, en particulier, nous avons lieu de penser que la malade est entrée dans le service déjà en puissance de fièvre typhoïde, puisque celle-ci a éclaté au bout d'une semaine. Ne savons-nous pas que l'incubation moyenne de la fièvre typhoïde est de deux septénaires ?

Si l'on ne peut pas penser, pour cette femme, à une contagion hospitalière, il n'en est pas de même de deux cas que nous venons d'observer parmi le personnel, chez une surveillante et chez une infirmière. Nous avions eu une série de fièvres typhoïdes dans la salle des femmes et il est fort probable qu'il s'est agi d'une contamination, d'autant mieux que la salle était encombrée de brancards. J'insiste sur le rôle de l'encombrement. La salle des hommes, moins surchargée de lits, n'a pas eu de cas de contagion. L'encombrement intervient à deux points de vue. D'abord par le surmenage du personnel. Ensuite, ce personnel, devenu insuffisant puisqu'il y a plus de 60 lits, ne peut prendre toutes les précautions d'usage, faute de temps. D'ailleurs, l'action de l'encombrement est bien connue. Ainsi, c'est surtout à l'hôpital Lariboisière où la contamination du personnel a été notée. Or, Lariboisière est l'hôpital parisien le plus actif et le plus encombré. Gérin-Roze, sur 178 cas de fièvre typhoïde observés à Lariboisière, a vu 13 cas dans le personnel, alors qu'à Tenon il en avait vu seulement 2 cas sur 200 fièvres typhoïdes. MM. Dugnet, Gandy, Gaillard, et Legendre ont fait la même observation dans le même hôpital.

Autre fait particulier à ce genre de contamination : on la voit plus fréquemment dans les salles de femmes et dans les hôpitaux d'enfants. Cela tient à ce que l'enfant constitue un terrain plus vierge, plus apte à contracter la maladie — un certain nombre d'adultes ayant eu déjà la fièvre typhoïde y sont devenus réfractaires. — Cela tient aussi à ce qu'il est plus difficile de surveiller les enfants que les adultes.

Vous voyez par l'exemple de notre malade et de nos deux infirmières qu'il n'est pas toujours aisé de se faire une idée exacte de l'étiologie d'une fièvre typhoïde. Cette question de l'étiologie de la fièvre typhoïde a fait l'objet de nombreuses études. On l'a discutée récemment à la tribune de l'Académie de médecine. Je vais aujourd'hui, à propos de nos malades, vous indiquer l'état actuel de nos connaissances sur l'étiologie et la prophylaxie de cette affection.

Pour avoir une fièvre typhoïde, il faut avoir reçu le bacille typhique. Ce dernier se trouve dans les matières fécales, quelquefois dans les urines, éventuellement dans le pus de certains abcès, etc. Comment arrive-t-il dans l'organisme, par quels véhicules ? Le véhicule le mieux connu est l'eau. Le rôle de l'eau est hors de doute, qu'il s'agisse de matières fécales typhiques répandues dans une rivière et donnant naissance à une épidémie qui éclate 15 jours, 3 semaines après, ou qu'il s'agisse de matières fécales jetées sur un fumier qui va contaminer un puits. Je n'insiste pas sur ce facteur. Il est primordial et très connu.

Il ne faudrait pas cependant être exclusif. Il est certain qu'il y a des contaminations d'un autre ordre. Non seulement, l'eau peut véhiculer le germe typhique, mais elle peut également contaminer les produits alimentaires, le lait, les huitres en particulier. Les parcs aux huitres sont souvent à l'entrée de petites rivières où l'on déverse les eaux ménagères et l'on a observé des épidémies de fièvre typhoïde ayant cette origine. De même, les légumes consommés crus peuvent

être contaminés par le fumier et les eaux de purins dont on les arrose quelquefois.

La contagion peut-elle se faire par l'intermédiaire de l'air ? Cette question a été discutée. On a publié des exemples d'épidémies de chambrées dans lesquelles on finissait par trouver des bacilles typhiques dans les poussières et sur les murs. Cela tendrait à faire admettre le rôle de l'air. On aurait aussi trouvé des bacilles dans l'air expiré par les typhiques. A la vérité, si ce mode de contagion existe, il doit être exceptionnel et de voisinage tout immédiat. Les faits observés à propos de la rougeole et de la scarlatine, maladies bien plus contagieuses que la fièvre typhoïde, doivent faire rejeter le rôle de l'air. Il suffit, comme l'a montré Grancher, d'entourer le lit des rougeoleux et de prendre des mesures de propreté des mains pour empêcher la contagion, ce qui prouve bien l'absence de contagion à distance.

La contamination peut, peut-être, se faire indirectement, par les insectes. On a incriminé les punaises et surtout les mouches. Pendant la guerre de Cuba, les médecins américains ont observé le transport par les mouches des germes typhiques sur les hommes et sur les aliments, le lait entre autres. Des auteurs allemands ont reconnu le présence du bacille typhique dans le corps des mouches. Ceci doit être assez exceptionnel.

J'arrive à la transmission directe par contact direct ou indirect avec le malade, par les mains des infirmiers, par des objets quelconques : thermomètre, bassin, eau des bains. Ces faits sont connus depuis longtemps. Cette contagion interhumaine est réelle bien que la théorie hydrique l'ait fait négliger pendant longtemps. On en a signalé des exemples indubitables, et il serait extraordinaire qu'elle n'existât pas. M. Chantemesse, dans son service de typhiques, a montré que le personnel hospitalier payait un large tribut à la fièvre typhoïde, à tel point qu'il a proposé, comme mesure de prévention en pareil cas les injections vaccinantes suivant la méthode de Wright.

Comment peut-on concevoir cette transmission directe ? On est parvenu dans certains cas à en reconnaître la source. M. Lemoine rapporte 4 observations où la contagion fut due à ce que les malades s'étaient servis de la même chaise percée. M. Barth l'a vue se produire par les baignoires. Netter relate une petite épidémie assez spéciale qui s'est produite dans la salle des filles de son service. A la suite de l'admission d'une fillette en état d'incubation de fièvre typhoïde, il se produisit, deux semaines après, 16 cas intérieurs de fièvre typhoïde. Fait singulier, l'épidémie avait frappé les filles et parmi elles, celles qui étaient atteintes de vulvo-vaginite. On apprend que la petite malade entrée en incubation de fièvre typhoïde avait de la vulvo-vaginite. L'infirmière s'était servie du même linge pour la toilette de toutes les petites filles ayant de la vulvo-vaginite et avait ainsi contagionné les autres enfants. On trouva, d'ailleurs, dans le pus des vulvo-vaginites des bacilles typhiques.

Il est un fait plus inattendu, mis en relief par les travaux allemands de ces dernières années. On a démontré que le bacille typhique persiste un certain temps dans les matières fécales des convalescents. D'une manière générale, on peut dire qu'on ne le trouve guère plus après 15 jours, 3 semaines, mais quelquefois (1 à 3 % des cas), on observe une élimination prolongée par les selles et même les urines, pendant plusieurs mois, voire plusieurs années. Il est des sujets qui sont des éliminateurs chroniques de bacilles. Ils ne les éliminent pas d'une façon absolument continue. On en trouve à un moment donné, puis on reste 15 jours ou 1 mois sans en rencontrer de nouveau. Il est facile de comprendre pourquoi. Les bacilles typhiques ne séjournent pas en permanence dans l'intestin. Le véritable milieu de conservation est la bile, la vésicule biliaire. Il se fait de temps en temps des décharges biliaires. En pareille circonstance, on est prévenu et on peut prévoir le danger.

Quelquefois, il est plus difficile de le prévoir. D'abord, un typhique peut être contagieux à la période d'incubation. On a trouvé des bacilles chez des individus qui ont eu leur fièvre typhoïde 8, 10 jours, 1 mois (un cas) plus tard. Il y a plus. Le danger vient parfois des fièvres typhoïdes frustes ou anormales. Il est des fièvres typhoïdes que nous ne diagnostiquons pas. La fièvre typhoïde va depuis la forme la plus grave jusqu'à la forme ambulatoire. Les médecins allemands, qui recherchent dans les gardes-robes les bacilles, systématiquement, d'après les indications de Koch, ont fait une série d'études chez les personnes qui vivent autour des typhiques. Ils ont vu des sujets chez lesquels on portait le diagnostic d'angine, de grippe, etc., éliminer des bacilles typhiques. Vous savez qu'à côté de la fièvre typhoïde, il existe des localisations extra-intestinales du bacille typhique, qui ne sont pas la fièvre typhoïde, mais des infections à bacille typhique. Il est des cystites et surtout des cholécystites qui rentrent dans ce groupe. Certains sujets atteints de cholécystite sont de véritables semeurs de bacilles typhiques et cependant on ne prend contre eux aucune mesure prophylactique. Ceci explique peut-être tout un groupe de cas de fièvre typhoïde se produisant dans les services de chirurgie.

Les bacilles se rencontrent parfois encore chez des personnes qui n'ont eu aucune forme de fièvre typhoïde. On peut, il est vrai, discuter et dire

qu'ils ont eu une forme fruste de la maladie. Cliniquement, ils n'ont pas eu de fièvre typhoïde et ils n'en éliminent pas moins des bacilles pendant un temps plus ou moins long. Ce sont des *porteurs chroniques*. Ces porteurs chroniques, signalés en France en 1897 par Rembinger, ont été surtout étudiés en Allemagne depuis 4 ou 5 ans. Les travaux allemands ont montré qu'ils n'étaient pas rares. C'est surtout chez la femme que l'on rencontre cette élimination. On conçoit très bien que de tels sujets puissent semer la contagion lorsqu'ils sont occupés à des travaux d'alimentation (cuisinières, boulangères, épicières, laitières). La fièvre typhoïde est vraiment alors la maladie des mains sales. Un auteur américain a raconté l'histoire d'une distributrice chronique de bacilles qui, dix jours après son entrée en fonction comme cuisinière dans une famille, causa une première fièvre typhoïde. Depuis 10 ans, elle avait été employée dans 8 familles. Une seule, composée de 2 vieillards, resta indemne. Dans toutes les autres, peu de temps après son entrée, des cas de fièvre typhoïde éclatèrent. Elle avait ainsi provoqué en dix ans 36 cas de fièvre typhoïde, dont un mortel. On l'interna dans un hôpital. Un an après, elle n'était pas encore sortie, les bacilles persistant dans ses gardes-robes. Il est certain qu'en France il serait difficile d'obtenir un tel internement. Cet exemple n'est pas isolé ; d'autres, nombreux, ont été rapportés.

Ces porteurs de germes sont intéressants. Sont-ils fréquents ? Les uns évaluent à 1 ou 2 % les typhiques qui deviennent porteurs de germes, les autres vont jusqu'au chiffre de 10 %.

Les fièvres typhoïdes dues à des porteurs de germes présentent dans leur caractère épidémique quelques particularités. Les épidémies d'origine hydrique éclatent brutalement. Elles sont massives et tombent rapidement. Les fièvres typhoïdes créées par les porteurs de germes, au contraire, procèdent par cas isolés, par petit nombre. Ce ne sont pas des grandes épidémies explosives, mais des petites épidémies qui se prolongent indéfiniment, dont on ne voit pas la fin, parfois.

La notion des porteurs de germes est intéressante à un autre point de vue. On avait remarqué, surtout chez les soldats, des cas de fièvre typhoïde difficiles à expliquer. Il s'agissait de soldats en manœuvres pris, au bout d'un temps variable, de fièvre typhoïde, sans avoir eu aucune raison d'être contagionnés. On avait admis une sorte d'auto-genèse, théorie aujourd'hui ruinée. On a dit aussi que le bactérium coli pouvait devenir pathogène sous diverses influences. C'est une théorie séduisante mais jamais démontrée. Ce qui est certain, c'est la persistance des bacilles typhiques, et l'on peut admettre ou que sa virulence augmente ou que l'organisme fatigué lui résiste moins. Ceci met en relief les causes secondes de la fièvre typhoïde, l'influence du surmenage, de la misère physiologique, faits connus depuis longtemps. Du reste, ce que je dis là pour la fièvre typhoïde peut s'appliquer à d'autres maladies, au choléra, à la dysenterie, à la diphtérie, etc., qui ont leurs porteurs de germes également.

Des notions étiologiques que je viens de signaler, découlent des mesures prophylactiques. Je les résumerai en quelques propositions.

Il faut recommander, tout d'abord, de ne boire que des eaux irréprochables, de laver les légumes consommés crus (salades, radis, etc.), de ne consommer que des huîtres dont on est sûr de la provenance.

On devra bien faire l'éducation du public au point de vue de l'hygiène, de l'hygiène des mains en particulier, qui seront lavées fréquemment, et toujours avant les repas.

Les pouvoirs publics auront charge de donner une eau de bonne qualité, de l'amener par des canalisations surveillées. On interdira l'eau de Seine en boisson, l'épandage pour la culture maraîchère.

Il peut y avoir intérêt à créer certains laboratoires de recherches qui étudieront la fièvre typhoïde, rechercheront les porteurs de germes chez les anciens typhiques et chez ceux qui les entourent.

Vis-à-vis des typhiques, que faire ? La déclaration, d'abord. Dans les hôpitaux — en dehors de quelques hôpitaux spéciaux — on traite les typhiques dans les salles communes, comme les non contagieux. Eh bien ! s'il n'est pas indispensable de les isoler rigoureusement, il serait convenable cependant de les mettre dans un demi-isolement et, à défaut de personnel spécial, de recommander aux infirmières de mettre une blouse pour soigner le typhique, de se laver les mains ensuite et de prendre des mesures spéciales pour les objets dont le malade se sert, les baignoires en particulier.

Vis-à-vis des porteurs de germes, a-t-on une action ? Il est difficile de les condamner à une détention qui pourrait durer des années. De même, quand on engage une cuisinière, on ne peut guère examiner ses selles. Tout au plus, peut-on faire une enquête dans les précédentes maisons où elle a été. Ce qu'on peut faire, c'est donner aux porteurs de germes, quand ils sont reconnus, des instructions sur la nécessité du lavage des mains et l'utilité qu'il y aurait pour eux à cesser toute manipulation de substances alimentaires.

Vous savez que l'on a proposé une vaccination anti-typhique. Elle est encore à l'étude et ses résultats sont trop contradictoires, bien qu'encourageants. On pourra l'employer dans certains milieux.

Un mot pour terminer. Si le bacille est impor-

tant, il ne faut pas négliger, non plus, dans la prophylaxie, les causes secondaires, en particulier le surmenage. Il est bon de faire des constatations bactériologiques, mais il ne faut pas être trop bactériologiste et rester clinicien.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Présence dans le liquide céphalo-rachidien des méningitiques, du méningocoque et du bacille de Koch.

D'après la thèse de M. le Dr LUTAUD, de Paris, il existe des cas de méningite cérébro-spinale dans lesquels on a constaté la présence simultanée du bacille de Koch et du diplocoque de Weichselbaum.

Ces associations s'observent surtout en temps d'épidémie de méningite cérébro-spinale.

Le diagnostic de ces formes associées est extrêmement difficile. On peut se baser pour l'établir sur la discordance entre les résultats du laboratoire et ceux fournis par la clinique.

Dans les cas où l'on aura constaté cette association microbienne, on instituera le traitement par le sérum antiméningococcique. Mais le pronostic sera assombri par l'issue fatale, qui est de règle dans la méningite tuberculeuse. L'autopsie viendra expliquer l'échec de la sérothérapie antiméningococcique.

Les Convulsions de l'enfance.

Voici la méthode de traitement que M. Maurice GENTY recommande contre les convulsions de l'enfance dans *La Clinique* :

« Tout d'abord, on doit s'efforcer de les prévenir par une bonne hygiène. Si elles surviennent, la mère, en attendant le médecin, peut donner un bain sinapisé. Si les convulsions persistent, ce sont les inhalations de chloroforme qui donnent le meilleur résultat. La pneumonie, le stade ultime des maladies infectieuses, les maladies organiques du cœur et la prostration à la fin des maladies consomptives sont des contre-indications à l'emploi du chloroforme.

« Quand le petit malade est anesthésié, il est bon de donner un lavage intestinal avec une solution saline chaude. Si la température est élevée, on fera des lavements froids. Au besoin, on fera un lavage d'estomac, ce qui est préférable à l'administration d'un vomitif.

« Le calomel en une seule dose forte ou par plusieurs petites doses est indiqué pour compléter le nettoyage des voies digestives.

« Les bromures et le chloral le sont aussi pour prévenir les rechutes. Le chloral sera administré en lavements. M. James Mekee n'a jamais eu recours à la morphine, sauf dans l'état épileptique, non plus qu'à l'hyoscine préconisée par quelques médecins anglais.

« D'autres traitements peuvent avoir leur utilité, soit pendant les attaques, soit pour les prévenir.

« Le traitement hydrothérapique, par exemple, sous forme d'enveloppements ou de bains refroidis de 35 à 27 degrés, a une action antispasmodique puissante.

« Les injections sous-cutanées d'eau salée, à la température de 40 degrés et à la dose de 60 à 100 centimètres cubes pour les enfants, sont également utiles comme antitoxiques. Les stimulants : strychnine, alcool, camphre, sont indiqués, surtout dans les cas de pneumonie chez les enfants rachitiques.

« Une saignée très légère de quelques centimètres cubes peut donner d'excellents résultats dans différents états toxi-infectieux et particulièrement dans les accès éclamptiques de la néphrite ; on pourra encore l'essayer dans les affections cardiaques congénitales avec cyanose.

« Les inhalations d'oxygène sont très utiles dans les cas accompagnés de cyanose. On pourra agir sur le cœur, pour le stimuler, par le massage en agissant sur les parois thoracique et abdominale très dépressibles chez l'enfant.

« La ponction lombaire est plus particulièrement indiquée dans la méningite et dans l'urémie. »

Des Propriétés antipyrétiques et analgésiques de la Cryogénine.

La Cryogénine, que la thérapeutique doit à M. M. Lumière, a fait l'objet d'un si grand nombre de travaux qu'en parler à nouveau peut paraître superflu.

Il n'en est cependant rien, car l'étude de M. le Dr Desthieux (1), dans sa thèse inaugurale, porte plus spécialement sur l'action analgésique de la Cryogénine qui n'a, jusqu'à présent, fait l'objet d'aucun travail d'ensemble.

Après avoir passé en revue les propriétés générales, chimiques, physiques et physiologiques de la cryogénine, M. le Dr Desthieux examine comparativement l'action des principaux antipyrétiques et de la Cryogénine dans les différentes pyrexies et conclut pour cette partie que :

1° Comme sûreté et rapidité d'action, la Cryogénine ne le cède en rien aux autres agents antipyrétiques ;

2° Elle leur est manifestement supérieure par la durée de la défervescence qu'elle provoque, et surtout par une absence presque complète de manifestations secondaires fâcheuses ;

3° Elle présente une action véritablement élective à l'égard de la fièvre des tuberculeux et de la fièvre typhoïde ;

4° On la conseillera avec avantage dans toutes les autres pyrexies où l'on jugera utile de

(1) Thèse présentée par le Dr J. DESTHIEUX. Lyon, juin 1910.

provoquer une défervescence, et où elle n'a absolument aucune contre-indication.

C'est en un mot l'antipyrétique de choix.

La deuxième partie du travail traite spécialement des propriétés analgésiques de la Cryogénine, signalées déjà de plusieurs côtés. L'auteur a approfondi cette étude et réuni dans sa thèse trente-trois observations se rapportant à des algies diverses. « Ces observations dit M. le Dr Desthieux, n'ont point la prétention d'englober tous les cas si multiples et si variés où le symptôme douleur peut être constaté ; leur ensemble fort disparate prouve néanmoins, croyons-nous, que la Cryogénine peut être employée avec succès dans les affections douloureuses les plus diverses. »

Cette action analgésique nous paraissant devoir intéresser nos lecteurs, nous terminerons cette analyse en citant les conclusions du travail de M. le Dr Desthieux :

I. — La métabenzamido-semicarbazide (Cryogénine), surtout employée à titre d'antipyrétique depuis sa découverte, est aussi, comme les antithermiques nervins (antipyrine, pyramidon) un analgésique de premier ordre.

II. — Elle provoque de façon à peu près constante la sédation rapide de la douleur dans les algies à localisations diverses et d'origines très différentes (goutte, rhumatisme, migraine, névralgies intercostales, douleurs fulgurantes, odontalgies, sciatique, etc.). Elle donne néanmoins ses meilleurs résultats dans les douleurs d'origine centrale, le médicament paraissant agir par l'intermédiaire des centres de la sensibilité.

III. — Elle paraît avoir une efficacité toute particulière, et pour ainsi dire spécifique, dans le rhumatisme tuberculeux (Professeur Poncet), tant comme calmant de la douleur qu'au point de vue de la rétrocession des autres manifestations articulaires de cette forme de tuberculose inflammatoire.

IV. — Enfin toutes les observations prouvent la parfaite innocuité du médicament, qui, même à des doses thérapeutiques élevées (1 gr. 50 à 2 gr. par jour chez l'adulte), ne provoque jamais les accidents habituels à la plupart des autres analgésiques.

La Luxation congénitale de la hanche

M. le Dr A. Broca a récemment étudié les principales indications thérapeutiques dans la luxation congénitale de la hanche.

Deux méthodes sont employées par les chirurgiens modernes pour le traitement curatif de la luxation congénitale de la hanche : la méthode sanglante et la méthode non sanglante. La première doit être réservée aux seuls cas où le sujet étant gravement infirme, la méthode non sanglante a été tentée sans succès. La deuxième, qui, en somme, est aujourd'hui à peu près la seule employée, comprend trois temps :

« 1° La réduction de la luxation ;

« 2° Le modelage de l'articulation ainsi réduite ;

« 3° La réadaptation fonctionnelle de la jointure, une fois l'articulation reconstituée et solide.

« On peut dire que la réduction est d'autant plus facile que le sujet est plus jeune. Cela est aisé à comprendre, car, à vrai dire, ce qui est congénital, ce n'est pas la luxation, c'est-à-dire le déboîtement articulaire, c'est la malformation grâce à laquelle le déboîtement devient possible, sous l'influence du poids du corps, lorsque l'enfant commence à marcher. Peu à peu, seulement, augmente ainsi l'éloignement entre la tête et la cotyle et l'on peut dire que dans les premiers temps, lorsque cet éloignement est faible, il suffit d'un simple coup de pouce d'arrière en avant, la cuisse étant en abduction, pour obtenir la réduction.

« Celle-ci, évidemment, ne saurait être tentée avant que l'on n'ait posé le diagnostic, ce qui, par exception seulement, est possible avant l'âge de 18 à 20 mois. Le déboîtement n'a lieu que sous l'influence de la marche. Or, celle-ci se trouve presque toujours retardée jusqu'aux environs de 18 mois dans la luxation unilatérale, de deux ans dans la bilatérale. Pendant les premiers temps on ne trouve souvent pas la cause de ce retard, dont on ne s'inquiète d'ailleurs que s'il devient notable, tout au plus le soupçonne-t-on si l'on est particulièrement habitué aux finesses de la chirurgie infantile. Puis, après un mois ou deux de cette marche, dès le début défectueux, on trouve les signes physiques de la luxation : la tête qui roule dans la fesse, le creux dépressible au pli de l'aine. »

M. Broca n'est pas partisan de l'opération trop hâtive ; il conseille d'attendre l'âge de 4 ans, afin d'obtenir plus sûrement l'adaptation progressive de la cotyle à la tête qui presse sur elle ; l'adaptation des ligaments par élongation du ligament de Bertin, mis en tension, par rétraction de la partie postérieure de la capsule qu'autrefois soulevait et distendait la tête.

Cette rétraction de la capsule postérieure est indispensable pour que la tête trouve un point d'appui solide contre le toit de la cotyle, quand le membre passera de l'abduction à l'extension. Dans les manœuvres, qui constituent le second temps de l'opération, on a besoin d'une jointure solide en arrière. De même, quand le sujet commence à marcher.

Or, cette rétraction, qui toujours demande des mois pour se produire, est à peine marquée sur les enfants en bas âge. On sait quelle souplesse conservent leurs jointures saines quand on les immobilise même pendant des mois, et on sait aussi qu'avec l'âge augmente la tendance à l'enraidissement, c'est-à-dire la rétraction ligamenteuse.

C'est vers l'âge de 4 ans que la puissance de rétraction est devenue suffisante.

D'autre part, dans le cas de luxation de la hanche bilatérale, M. Broca conseille d'opérer d'abord un côté, puis d'attendre la consolidation du résultat de ce côté avant d'entrepren-

dre l'autre côté ; c'est habituellement un écart d'un an qu'il faut compter entre les deux interventions ; l'enfant a donc 5 ans au début du second traitement.

Dans quelques cas exceptionnels, on a obtenu des succès en intervenant chez des enfants de 7 ou 8 ans. Mais, plus tard, la thérapeutique ne peut guère prétendre qu'à des effets purement palliatifs.

L'Enésol

Le salicylarsinate de mercure, ou Enésol, continue à donner d'excellents résultats contre la syphilis, même entre les mains d'auteurs allemands, qui ne craignent pas de le préférer aux composés arsenicaux.

MM. Fraenkel et Kahn, de Magdebourg, ont publié dans la *Medizinische Klinik*, 29 observations de syphilis avérée traitée par l'Enésol en injections fessières d'1 c.c. d'abord, puis de 2 c.c. par jour. On faisait ces injections pendant dix jours consécutifs ; puis, on interrompait 4 ou 5 jours.

Les auteurs, se basant sur leurs observations, affirment que les manifestations de la syphilis constitutionnelle ont cédé aux injections d'Enésol avec une rapidité quelquefois remarquable. Ceci est vrai aussi bien pour les larges condylomes que pour l'exanthème généralisé ; les angines spécifiques ont plusieurs fois résisté plus longuement à l'action du médicament. Ce qui est sûr, c'est que l'Enésol agit au double point de vue thérapeutique aussi bien que le sublimé, avec l'avantage non douteux d'être presque complètement indolore et d'être beaucoup moins toxique. Car tandis que les injections de sublimé provoquent assez fréquemment des affections pénibles et douloureuses de la cavité buccale (gingivite, stomatite), les injections d'Enésol n'ont donné lieu que dans quelques cas très rares à une légère inflammation des gencives, rapidement guérie par des attouchements avec une solution d'acide chromique à 5 %.

Les injections d'Enésol sont presque complètement indolores et ne laissent pas à leur suite de noyaux indurés.

— Comme comparaison, MM. Fraenkel et Kahn ont essayé le traitement par les frictions mercurielles dans les mêmes manifestations syphylitiques. Ils sont arrivés aux résultats suivants :

Après 30 cc. d'Enésol, réaction de Wassermann négative dans deux cas ; après 30 à 50 cc., dans 3 cas ; après 50 à 70 cc., dans 3 cas ; après 70 à 100 cc. dans 4 cas. En tout, sur 29 cas traités par l'Enésol, 16 ont donné la réaction négative, soit 55 %.

Sur 112 cas traités avec l'onguent gris : après 200 gr., réaction négative dans 38 cas ; après 300 grammes, dans 9 cas ; soit 47 cas ou 42 %.

Il s'ensuit qu'en présence de la même durée du traitement, la réaction de Wassermann devient négative dans un plus grand nombre de cas avec l'Enésol.

Dans 3 cas, où après l'emploi de 300 gr. d'onguent gris, la réaction n'était pas devenue négative, et dans un autre cas après 350 gr., on a obtenu un Wassermann négatif après avoir fait à chacun de ces deux malades 20 injections d'Enésol.

Enfin il faut mentionner l'amélioration de l'état général des malades et l'augmentation du poids qui a été, sauf quelques exceptions, de plusieurs kilos. Il faut attribuer ce fait à l'action de l'arsenic contenu dans ce produit.

Adhérences entéro-épiploïques à la paroi abdominale consécutives aux laparotomies pour interventions sur l'utérus et ses annexes.

Au dernier Congrès de gynécologie de Saint-Pétersbourg, M. le Dr Le Filliatre a fait une intéressante communication sur la formation d'adhérences de l'intestin à la paroi abdominale après les laparotomies pour interventions sur l'utérus.

« Tout d'abord, dit-il, ces adhérences passent souvent inaperçues, et sont de faciles causes d'erreur de diagnostic.

« Elles occasionnent des accidents de nature très variée qui peuvent nécessiter les uns ou les autres des interventions chirurgicales correspondant à leur diversité. Parmi ces accidents, ceux que l'auteur a observés correspondaient pour les uns à des symptômes d'appendicite, pour les autres à des symptômes de salpingite.

« Il est des plus importants de songer aux adhérences épiploïques toujours possibles, toutes les fois qu'un malade laparotomisé présentera des troubles abdominaux pouvant simuler une appendicite ou une affection du petit bassin.

« En conséquence, pour supprimer pareilles complications et éviter au malade une nouvelle intervention, il est prudent de réséquer l'épiploon en partie ou en totalité chaque fois qu'après ouverture du péritoine, il arrivera de le rencontrer dans le champ opératoire.

Traitement radiothérapique des fibromes

M. Foveau de Courmelles a fait au Ve Congrès International d'électrologie médicale de Barcelone une communication sur le traitement électrique des fibromes utérins.

Partant de cette idée que les rayons X agissent sur certains cancers, que les fibromes deviennent parfois des tumeurs malignes, l'auteur a d'abord appliqué les rayons X à des malades ne voulant pas être opérées. Les premiers résultats obtenus, qui ont fait l'objet d'un travail présenté en 1904 à l'Académie des sciences, ont été encourageants ; ils ont consisté en une régression nette de la tumeur avec suppression des hémorrhagies. L'auteur possède actuellement une centaine d'observations de ce genre, toujours avec amélioration, le plus souvent avec

ménopause avancée, et il déclare préférer, dans le traitement électrique des fibromes, la radiothérapie, indolore et agissant à travers les vêtements, à l'électrolyse.

REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

Le germe spécifique de la coqueluche. — Rapport entre la bactériémie éberthienne et la gravité de la fièvre typhoïde. — Recherche du bacille de Koch par l'antiformime-ligroïne. — Les antiferments protéolytiques peuvent-ils guérir les suppurations ?

Les recherches entreprises par W. Menschikow semblent démontrer que le *germe spécifique de la coqueluche* est bien le bacille décrit par Bordet et Gengou. Cet auteur eut l'occasion d'examiner, à la clinique infantile de l'Université de Kasan, les expectorations de 94 enfants atteints de coqueluche, et se trouvant surtout aux stades terminaux de la maladie. Tous les cas (à part de très rares exceptions) lui donnèrent un résultat positif ; au cours des première et deuxième semaines de la coqueluche, le bacille de Bordet et Gengou fut trouvé en culture pure dans l'expectoration ; plus tard le nombre des colonies alla en diminuant, si bien qu'à la 7e ou à la 8e semaine, ce bacille ne put être décélé qu'à grand peine. De nombreux examens de contrôle pratiqués sur des enfants sains et non coquelucheux donnèrent toujours des résultats négatifs.

Le milieu de culture le plus favorable semble être l'agar-hémoglobine.

Les épreuves de l'agglutination et de la déviation du complément peuvent être entreprises avec succès. (*Russky Wratch*, 1909, n° 31.)

— On sait actuellement que les manifestations cliniques de la fièvre typhoïde sont toujours précédées par une *bactériémie éberthienne* et qu'il peut y avoir *un rapport entre cette bactériémie et la gravité de la fièvre typhoïde*. Dans une série de recherches, St ühlern a confirmé ces données et il a établi que :

1° Une bactériémie considérable coïncidant avec un complexus symptomatique grave dès le début de la dothiénentérie doit faire présager une fièvre typhoïde foudroyante, revêtant, aux points de vue clinique, anatomique et bactériologique, l'aspect d'une septicémie ;

2° La fièvre typhoïde grave et la fièvre typhoïde de gravité moyenne ne paraissent pas se différencier au point de vue de la bactériémie ;

3° La fièvre typhoïde légère a une bactériémie peu prononcée et de courte durée.

(*Centralb. f. Backf.*, t. 47).

— La *recherche du bacille de Koch* dans des crachats, qui en contiennent très peu, est très difficile par la méthode bactériologique ordinaire, et l'inoculation seule peut, dans ce cas, donner un résultat positif.

Pour éviter ce procédé trop long et trop coûteux, M. Uhlenhuth a proposé de traiter les crachats par l'*antiformine*. Sous l'influence de ce caustique, tous les éléments, dont se composent les crachats sont dissous, tels que microbes, cellules, fibres, mucine, etc. Le bacille de Koch seul, grâce à l'enveloppe cireuse qui l'entoure, est inattaquable. Par la centrifugation des crachats ainsi traités, on peut obtenir des amas bacillaires faciles à examiner.

Un perfectionnement considérable de cette méthode a été réalisé par Lange et Nitch, qui évitent même la centrifugation par l'emploi de la ligroïne. Les gouttelettes de cette substance adhèrent en effet aux bacilles, et, lorsqu'elles remontent en haut, elles accumulent tous les bacilles à la surface de l'antiformine, d'où on peut les extraire et les colorer.

Voici la technique à laquelle, après de nombreuses expériences, M. Jacobson s'est arrêté et qu'il recommande, car elle lui a donné des résultats très satisfaisants (1).

Les crachats sont légèrement dilués dans l'eau distillée et les gros grumeaux séparés, autant que possible, en plusieurs parties. Le tout est mis dans une éprouvette cylindrique ou dans un flacon bien propre et surtout bien bouché. On y ajoute de l'antiformine, substance qui se compose d'hypochlorite de potassium et de potasse. A l'encontre des auteurs allemands, M. Jacobson se sert d'une solution assez forte, à 40 p. 100, et il met 5 parties d'antiformine pour une partie de crachats. Il faut attendre alors de 2 à 3 heures, selon la consistance des crachats. Durant ce temps, il est nécessaire d'agiter souvent le flacon.

On ajoute ensuite la ligroïne, qui est une substance de la série des éthers de pétrole. On en met une quantité telle que la ligroïne, très légère, forme une couche de 2 à 3 millimètres au dessus de l'antiformine. Il faut de nouveau bien agiter le récipient afin que les deux liquides soient intimement mélangés. On laisse reposer le tout une demi-heure, de préférence à l'étuve. Au bout de ce temps, on constate que la ligroïne est remontée à la surface : entre elle et l'antiformine, on voit une mince couche grise, composée de petites parcelles qui, elles, contiennent tous les bacilles existant dans les crachats traités. On porte, à l'aide d'une spatule de platine, plusieurs de ces parcelles sur une lame chauffée et on colore par un procédé usuel.

— *Le traitement des suppurations par des antiferments protéolytiques* s'appuie sur une conception théorique qui se rapporte à une des phases de la phagocytose dans les collections purulentes. On sait, en effet, que les phagocytes agissent sur les microbes pyogènes, d'abord en se les incorporant, ensuite en les digérant — bactériolyse — par les *ferments protéolytiques* qu'ils secrètent. Cependant, lorsque ces ferments sont secrétés en trop grande quantité, non seulement ils digèrent les bactéries, mais encore ils s'atta-

(1) *La Presse médicale*, 1909, n° 103.

quent aux substances albuminoïdes des tissus envahis par les microbes pyogènes. Là encore, ils opèrent une sorte de digestion, une protéolyse dont le résultat est d'affaiblir ou d'annihiler la résistance des tissus et de favoriser de cette façon l'extension du processus de suppuration.

On a donc pensé qu'en introduisant dans le foyer de suppuration *un liquide capable de neutraliser l'excès de ferments protéolytiques*, on arriverait à renforcer la résistance des tissus, à les préserver de la nécrose et à limiter l'extension progressive de la suppuration.

Au début le liquide qu'on employait pour ces injections ou pour ces lavages était un liquide nature contenant des *anti-ferments protéolytiques* (liquide d'ascite, liquide d'hydrocèle). Mais, en Allemagne, on n'a pas tardé à préparer un *sérum antiferment* spécial, obtenu en traitant des chevaux par des injections répétées de trypsine.

Eh bien, ce sérum antiferment spécial est-il capable de guérir les suppurations, et *toutes* les suppurations ?

Voici ce que nous apprend une longue série d'expériences et d'essais :

Les effets du sérum sont très remarquables dans les abcès chauds proprement dits, c'est-à-dire dans les *collections purulentes circonscrites*. Lorsqu'à la suite d'une infection locale un abcès se forme, soit au point même de la pénétration du virus, soit plus haut par lymphangite (abcès de l'avant-bras ou de l'aisselle en cas de plaies infectées des doigts), il suffit pour amener la guérison de l'abcès de ponctionner la collection purulente au bistouri, ou avec un trocart, d'évacuer par pression le pus et d'injecter dans la poche 3 à 5 cent. cubes de sérum antiferment. Déjà 2 à 3 heures après l'injection, la température tombe, pour redevenir normale le lendemain. En même temps la douleur cesse, et la rougeur inflammatoire ainsi que la tuméfaction disparaissent. Parfois la sécrétion purulente s'arrête d'emblée et les parois de la poche s'accolent ; parfois aussi le pus est remplacé par une sécrétion de liquide séreux, qui est absorbé par le pansement. Quand la sécrétion purulente persiste, il suffit pour la tarir de faire une seconde et à la rigueur une troisième injection de sérum. Qu'on draine ou non la cavité, la guérison s'effectue plus vite que par le traitement classique.

Moins brillants sont les résultats dans les phlegmons ou dans les collections purulentes à *cavités irrégulières* ou *sinueuses*. Enfin le sérum échoue presque complètement dans le traitement des fistules avec suppuration par corps étrangers (ostéomyélite, etc.) ainsi que dans celui des plaies granuleuses suppurantes et des infiltrations inflammatoires.

En résumé, cette sérothérapie spéciale ne peut supprimer le traitement classique des abcès et des phlegmons par l'incision et le drainage ; si dans les abcès chauds *bien limités*, le sérum permet souvent d'éviter l'incision franche et le drainage, il ne peut revendiquer que le rôle d'un *adjuvant* dans les autres suppurations. Ce rôle lui appartient en raison de ses effets sur la fièvre, qu'il modère ou fait disparaître, en raison aussi de ses effets sur la douleur qu'il atténue ou fait cesser (Laurence-Brünig).

PÉDIATRIE

Le port du bonnet par le nourrisson. Son utilité contre le coryza à frigore.

Depuis une vingtaine d'années, le bonnet a été supprimé dans la layette qui attend le nouveau né. Couvrir d'un bonnet la tête d'un petit enfant, a-t-on dit, c'est l'amollir, le mettre à la merci du moindre courant d'air, lui faire prendre rhume sur rhume ; il faut, au contraire, l'endurcir, et, pour cela, laisser sa tête sans coiffure dans l'air ambiant de l'appartement ; de la sorte, il évitera bien des coryzas.

Etait-ce là une sage mesure ? Eh bien, non ; il fallait écouter les réserves des vieux médecins, qui ne voyaient pas d'un trop bon œil la proscription absolue du bonnet. Généraliser une mesure qui pouvait être bonne en soi, mais applicable seulement à des cas particuliers, c'était faire fausse route.

En principe, les nourrissons de constitution forte ou robuste peuvent seuls être autorisés à garder la tête nue dans l'appartement ; il n'en est pas de même des moyens, des faibles, des prématurés et des débiles, qui, privés du bonnet, courent de grands risques de refroidissement, et sont susceptibles de prendre des coryzas séreux, muco-séreux ou muco-purulents.

Or, plus le bébé est jeune, plus le coryza peut être une chose sérieuse. Dans les premières semaines de l'existence, en effet, les cavités nasales sont très étroites, de sorte que les narines se trouvent facilement obstruées, soit par le gonflement de la muqueuse, soit par des sécrétions plus ou moins épaisses. De plus, à cet âge de la vie, l'enfant n'a pas encore appris à respirer par la bouche, il ne sait pas faire entrer l'air par cette voie supplémentaire, de sorte qu'il éprouve les plus grandes difficultés à respirer, si le coryza est un peu intense. De là, parfois, l'impossibilité de téter. Le nourrisson prend bien le sein, mais il le rejette aussitôt, parce qu'il manque d'air. Il veut le reprendre, et de nouveau il est obligé de le quitter ; il étouffe. Dans ces cas, on est obligé de lui donner le lait à boire à la cuiller, ce qui, chez certains enfants, n'est guère facile. Le sommeil est lui-même fort agité, car le bébé respire difficilement. Aussi voit-on assez souvent le petit malade dépérir avec rapidité.

Il importe donc d'éviter aux nourrissons les atteintes du coryza, dont une autre conséquence est de créer une prédisposition fâcheuse à une nouvelle inflammation de la muqueuse nasale, sans parler des infections trachéo-bronchiques descendantes, des otites, etc.

D'après le Dr *Chambellan* (*La Clinique infantile*, n° 6, 1910), il est possible dans un très grand nombre de cas d'éviter, par le retour du port du

bonnet, ces coryzas et leurs complications. Cet auteur se base d'ailleurs, pour rompre ainsi avec le passé et sa coutume de « la tête nue chez le nourrisson », sur une longue expérience personnelle faite tant au Dispensaire de Belleville qu'à l'hospice des Enfants-Assistés, dans le service du Dr Variot.

Avant de décréter que le nouveau-né doit avoir la tête nue dans l'appartement, il faut, dit Chambellan, considérer sa nature, sa constitution. Les nouveau-nés robustes, seuls, devraient avoir la tête nue, et encore !

« Si le nourrisson est d'une constitution faible, on couvrira, dès la naissance, sa tête d'un bonnet, sans hésitation, certain qu'on lui évitera ainsi bien des coryzas. Si le nourrisson est d'une constitution moyenne, on pourra temporiser, mais avec l'œil au guet, si l'enfant prend, ce qui arrive assez souvent, deux ou trois coryzas, même légers, à peu de distance les uns des autres, on lui mettra le bonnet, qui aura pour effet d'empêcher le retour d'une affection à tendance récidivante. Mais si le nourrisson est robuste, et seulement dans ces cas-là, on pourra conseiller à la famille de se passer de bonnet, quitte cependant à en mettre un sur la tête du bébé s'il venait à prendre un coryza sévère. Cette pratique aura pour effet d'aider à la résolution plus rapide de l'affection, en entretenant sur la tête une température constante. Le nourrisson une fois guéri, on pourrait de nouveau lui laisser la tête nue ».

C'est qu'il y a une grande différence entre la température inférieure du corps de sa mère, que vient de quitter le nouveau-né (37°5), et qui est la sienne à peu de chose près, et la température de l'appartement où on le reçoit (18°, 20°, 22°), selon les saisons et les classes de la Société. Il y a pour le moins un écart de 16° et souvent davantage, car en hiver, chez les pauvres gens, le chauffage est défectueux ; les fenêtres et les portes mal closes laissent facilement pénétrer dans la pièce l'air plus ou moins froid de l'extérieur. Il faut que l'organisme frêle de l'enfant nouveau-né s'adapte à un milieu beaucoup moins chaud que celui où il se trouvait précédemment. Pour cela, on couvre son corps de vêtements moelleux et chauds, mais on laisse sa tête nue ! Si encore cette tête était recouverte d'une chevelure abondante, on pourrait soutenir que ces cheveux font office de vêtements ; mais la plupart du temps la tête de l'enfant nouveau-né est dépourvue de cheveux, ou tout au moins sont-ils peu fournis ou peu épais.

Cependant cette tête nue rayonne de la chaleur et tend à se refroidir. Or, comme Ch. Richet a démontré expérimentalement que les quantités de chaleur dégagées par les petits animaux étaient en rapport avec l'étendue de leur surface ; comme d'autre part, exprimée en fonction du volume, la surface de la sphère est plus considérable que la surface du cylindre, il s'ensuit que la tête (sphère) doit rayonner plus de chaleur que le corps (comparé par Bouchard à un cylindre), et qu'elle doit par conséquent se refroidir plus vite. Or, on laisse l'une découverte et on couvre l'autre, alors que le vêtement peut dans certains cas diminuer le rayonnement calorique de 50 %, suivant la nature même du vêtement !

En résumé, les faits et la théorie démontrent qu'il est dangereux de laisser dans l'appartement les nourrissons la tête nue, surtout quand ils sont d'une constitution faible ou moyenne. Ceux-ci sont exposés à prendre des coryzas, bien plus nombreux qu'on ne pense, avec toutes leurs complications possibles. Pour éviter tous ces inconvénients, il faut, dit Chambellan, revenir à l'usage du bonnet, lequel n'empêchera pas tous les coryza, mais en évitera un grand nombre.

Le procédé de Bosselut pour connaître la rétention d'urine chez l'enfant.

Le Dr Bosselut a décrit un procédé qu'il a eu l'occasion d'employer à plusieurs reprises chez des enfants en bas âge, qui n'urinaient pas. Ce procédé n'est certes pas nouveau, mais il est utile à connaître en raison de sa simplicité et de la constance de ses effets. En voici un exemple :

« Appelé par des parents très inquiets, dit le Dr Bosselut, je suis mis en présence d'un garçon de deux ans, qui n'avait pas uriné depuis 22 heures. Il avait eu de la fièvre toute la nuit, et au moment de ma visite, la température était encore élevée, le pouls rapide et petit, le ventre ballonné. Il existait de la matité au niveau de la vessie remplie d'urine. L'enfant était pâle et poussait des cris souvent répétés.

« Plaçant mon médius successivement à gauche, à droite, et au milieu du bas-ventre, au niveau de la région vésicale, je percutais avec la main droite très légèrement, à des intervalles assez fréquents — un choc à la seconde à peu près. Avant la fin de la première minute, l'enfant expulsait un jet d'urine qui vidait la vessie à demi. Au cours de la 2e minute, un second jet vidait complètement le réservoir et l'enfant revint à son état normal presque immédiatement. Le lendemain, je revis le petit malade, qui, depuis mon intervention, présentait de nouveau une rétention complète d'urine. Nouvelle séance de percussion avec même résultat que la veille. Depuis, l'enfant est bien portant ».

HYDROLOGIE

Une baignoire médicale aseptique.

Parmi les nouveautés qui ont été exposées à l'occasion du Congrès de chirurgie, une des plus intéressantes est certainement la baignoire pour grands malades, construite par M. l'ingénieur Brillié sur les données du Docteur J. Geoffroy, dont les plus anciens membres du *Concours médical* n'ont pas perdu le souvenir.

Cette baignoire permet de baigner le malade couché tout de son long comme dans son lit sans qu'il ait besoin de faire le moindre effort pour y être placé d'abord et ensuite pour y garder la position convenable.



Ecrire pour Echantillon : **6, rue Guillaume-Tell, PARIS.**

PIPÉRAZINE MIDY

$Az\,H\langle^{CH^2-CH^2}_{CH^2-CH^2}\rangle Az\,H$

Diéthylène-Diamine

GRANULÉE EFFERVESCENTE

Produit défini plus actif que ses dérivés ou les associations médicamenteuses à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE

LE SEUL LITHONTRIPTIQUE QUI DISSOLVE : 92% D'ACIDE URIQUE

Prix : 5 fr. - La vente de la PIPÉRAZINE MIDY, assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.

Echantillons : Phie MIDY 140, Faub.St-Honoré, PARIS

Comme préventif : 3 mesures par jour / 10 jours par mois — chaque mesure = 0,20 ctg Pip pure

Crises aiguës : 4 à 6 .....

Association Amicale

Secrétaire général : M. le Dr Mignon, Villa des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Trésorier : Dr Gassot Chevilly (Loiret).

SOU MEDICAL

Pour renseignements, envois de pièces, etc., adresser la correspondance, 23, rue de Dunkerque à Paris.

Pour les adhésions et le paiement des cotisations, au Dr GASSOT, *trésorier*, Chevilly (Loiret).

CORRESPONDANCE

HEBDOMADAIRE

Dr H. à St-F. à « Sou médical ». — J'ai envoyé une note d'honoraires à un entrepreneur assuré à la P. cette note comprend :

Réduction luxation épaule 50 frs. Cinq consultations : 7 frs 50 ; deux massages 2 frs. Un certificat : 2 frs. Total 65 frs 50.

La compagnie me répond d'abord par le memorandum que je vous communique.

J'écris de nouveau au patron, le menaçant de le citer devant le juge de paix si je ne suis pas payé intégralement. La compagnie me répond par la lettre du 6 septembre. J'écris de nouveau au patron que si je ne suis pas payé avant le 1er octobre je le ferais citer.

La thèse de la compagnie est-elle soutenable ? — Pour réduire, j'ai employé le procédé de Kocher et c'est seulement à la seconde reprise que je suis parvenu à réduire. Le patron lui-même maintenait l'épaule immobile.

Y a-t-il à ce sujet des jugements déjà rendus, et comment défendre ma thèse devant le juge.

En parcourant la petite chronique du *Concours*, j'ai vu que vous tarifez la luxation de l'épaule à 60 francs.

Réponse. — La réduction de la luxation de l'épaule par la méthode de Kocher rentre bien, à notre avis, dans les réductions par les méthodes de force et l'honoraire de 50 francs y est certainement applicable.

Nous vous conseillons donc, sans discuter avec le service médical de la compagnie, que vous n'avez pas à connaître, de maintenir votre note et,

Suite page XIV.

BORNYVAL SÉDATIF DE Premier CHOIX
(Isovalérianate de Bornéol)

dans toutes les névroses des appareils circulatoire et digestif et du système nerveux central.
Présente l'action spécifique de la valériane au plus haut degré sans aucune action secondaire désagréable.

INDICATIONS SPÉCIALES : *Névroses du Cœur et des Vaisseaux, Hystérie, Hypochondrie, Neurasthénie, Insomnie nerveuse et Céphalalgie, Troubles menstruels, Asthme nerveux, Atonie gastro-intestinale.*

En boîte d'origine de 25 perles. Dose : généralement une perle 3 ou 4 fois par jour.
Echantillons et Notices gratuitement à la disposition de MM. les Médecins.

G. SEVIN, Pharmacien, Médaille d'Or des Hôpitaux de Paris — 4, Rue Meslay, Paris

CONSTIPATION
LAXATIF-PURGATIF
. Délicieux, Inoffensif.
. Exclusif Végétal.
Pas d'Accoutumance.
. Conservation parfaite.
FRANGYLÈNE
AU RHAMNUS FRANGULA
Labore L. THEVENON Pharmacien
Chimiste Analyste de l'Institut Pasteur.
2f.50 LE FLACON
INFANTILE
OULLINS (Rhône)
Echant. Méd. Gratuit avec Brochure

BUSSANG
RECONSTITUANTE
DIGESTIVE
DIURÉTIQUE

Affections de la GORGE et des Voies Respiratoires.
Maladies et Hygiène de la Bouche et des Dents.
TABLETTES 1 fr. 75 la boîte. OXYMENTHOL PERRAUDIN
à base d'OXYGÈNE à l'état NAISSANT
de Menthol, faiblement dosé, de Cocastovaïne, de Benzoate de Soude, et d'Extraits végétaux d'un goût agréable.
Souveraines contre Toux, Grippes, Laryngites, Pharyngites, Asthme, Emphysème.
DOSE : 6 A 10 TABLETTES PAR JOUR.
Echantil. gratis sur demande : Phie PERRARDIN, 70, rue Legendre, Paris.

CONTREXEVILLE GREAT SOURCE
GOUTTE GRAVELLE, Voies Urinaires, Régularisatrice de la Digestion
Société des Meilleures Eaux Minérales : Contrexéville Great Source à Contrexéville (Vosge)

ALIMENT "ESSENTIEL" AU CACAO
Ne contient que des phosphates organiques; ACIDE Phosphorique du FROMENT et du LAIT
Maladies de l'Estomac et de l'Intestin, Maladies du Cœur et des Vaisseaux. Obésité, Albuminurie, Diabète, Alimentation des Enfants, Régime Lacto-Végétarien,
"MOFÉOL"
Préparation caféïforme n'ayant aucun des inconvénients du café
PRODUITS DE RÉGIME Ch. HEUDEBERT, 120, Faubourg St-Honoré, Paris. Téléphone 603-50

On comprend les avantages qu'un tel mode de balnéation présente sur la baignoire ordinaire dont l'emploi est souvent très difficile, sinon impossible ou même dangereux.

Le dispositif en est des plus ingénieux.

Tout d'abord la baignoire est en tôle d'acier complètement émaillée, en dehors comme en dedans ; elle est absolument lisse sur toutes ses faces, sans aucune inégalité ni relief ; son aspect est celui d'une baignoire en belle porcelaine fine, sans défauts ; elle est aussi blanche, aussi polie, aussi brillante. C'est dire que le nettoyage en est des plus faciles et qu'elle peut être passée au four à une température minimum de 120°, lorsqu'elle aura servi à une personne atteinte d'une maladie contagieuse, ce qui assure son asepsie.

La baignoire est montée sur un chariot en tubes d'acier, muni de roulettes pivotantes montées à roulement de billes et garnies de caoutchouc pour éviter tout bruit dans le déplacement. Elle est donc d'un transport et d'un maniement faciles.

Sa hauteur, au-dessus du sol, a été calculée de manière que le malade puisse être transporté de son lit dans le bain ou du bain sur la table de pansement et d'opération sans que les aides aient à faire de mouvements fatigants pour eux et douloureux pour le malade.

Celui-ci se glisse ou est placé par des aides sur un brancard transportable en tôle perforée soutenue par des tubes de fer. Le brancard est à son tour placé sur un plancher ascenseur relié par un câble à un treuil fixé sur la baignoire et permettant de l'élever ou de l'abaisser sans le moindre effort.

Le remplissage de la baignoire se fait à l'aide d'un tuyau de caoutchouc quelconque, soit à la salle de bain, soit au robinet de la cuisine ; la vidange par un autre tuyau qui permet le déversement dans les water-closets.

On peut utiliser l'eau chaude si on l'a sous la main ; dans le cas contraire le chauffage se fait à l'aide d'une rampe à gaz fixe (becs Bunsen), placée sous la baignoire et reliée à une prise de gaz quelconque.

Rien de plus simple, on le voit, que ces dispositions, rien de plus pratique. C'est le traitement hydriatique mis véritablement à la portée de malades atteints de fièvre typhoïde, de maladies infectieuses hyperthermiques, d'entérites, d'appendicite, etc., des blessés, des paralytiques, des femmes en travail dans le cas d'accouchements laborieux.

Les malades ne seront plus tiraillés par leurs gardes ou même forcés de se plonger dans le bain ou d'en sortir eux-mêmes au risque de tomber en syncope et, d'un autre côté, infirmiers ou infirmières ne redouteront plus un traitement aussi fatigant pour eux que pénible pour les malades.

Nos félicitations au Dr Geoffroy.

A. Gassot.

MALADIES PROFESSIONNELLES

A propos des accidents survenant chez les plongeurs en eau profonde.

Dans le *Concours médical* du 28 août et du 4 septembre, le Dr Diverneresse publie la traduction du rapport de la commission nommée il y a deux ans par l'amirauté anglaise pour étudier les accidents survenant chez les plongeurs en eau profonde. Il y a trente ans, dans les *Archives de médecine navale* du mois de mars 1880, le Dr Michel, médecin de 1re classe de la marine, a publié un remarquable travail sur un sujet analogue. Il est intitulé : « *Etude sur la nature et la cause présumée des accidents survenus parmi les ouvriers qui travaillent aux fondations à l'air comprimé du bassin de Missiessy, à Toulon.* »

Comme la commission anglaise, qui constate que le plongeur doit être sain des oreilles et de la trompe d'Eustache, le Dr Michel écrivait déjà : « Les hommes atteints de rhume de cerveau sont « obligés de renoncer à travailler dans les caissons « sous peine d'accidents graves lorsque les sinus « et les trompes sont oblitérés par du mucus.

« Si cette oblitération n'est pas complète, la « pénétration de l'air a lieu, mais au prix de douleurs plus ou moins vives, qui se font sentir « sur le trajet des nerfs de la face sus et sous-orbitaires, frontaux, branche mastoïdienne, etc., « c'est-à-dire sur les nerfs qui avoisinent les sinus. Lorsque la compression des sinus se produit, elle peut causer des douleurs sourdes et « du vertigo, comme cela m'est arrivé la seconde « fois que je me suis éclusé. »

« Tous les ouvriers qui s'éclusent étant enrhumés éprouvent des douleurs très violentes « et très durables ; quelquefois lorsque le coryza « est unilatéral ; ils ne souffrent que d'un côté. »

« La commission anglaise signale les accidents suivants : « Lorsque les plongeurs reviennent à la « surface, ils sont susceptibles d'être atteints « d'attaques de dyspnée, de syncopes pouvant « amener la mort en quelques minutes ou quelques heures, de paralysies motrices ou sensorielles, le plus souvent de paralysies des membres inférieurs et de la vessie, plus rarement « de douleurs articulaires, surtout au niveau des « jambes. »

Dans son rapport le Dr Michel dit : « Les auteurs mentionnent les accidents les plus variés. « Je ne parlerai que de ceux que j'ai vus. En « voici l'énumération, en commençant par les « accidents graves. »

« 1° Paraplégie, ou paralysie des jambes ;
« 2° Accidents convulsifs ;
« 3° Douleurs dans les oreilles et dans la tête ;
« 4° Gonflement douloureux des articulations ;
« 5° Douleurs des muscles ;
« 6° Des puces.

Le curieux phénomène des puces consiste en une sensation cutanée analogue à la piqûre de puce et se produisant en de multiples endroits

sur toute la surface cutanée. Symptôme peu grave, mais très pénible.

Au sujet du traitement, la commission anglaise dit :

« Pour les simples attaques de douleurs, il « suffit de frictions locales, ou d'applications « chaudes, ou de révulsifs ou d'une petite dose « de morphine. Pour les accidents plus sérieux il « faut recourir à la recompression. »

De son côté le Dr Michel écrivait : « Des narcotiques *loco dolenti* et quelques dérivatifs sur « le tube intestinal, tels sont les moyens que j'ai « mis en usage. Les douleurs occasionnées par « la décompression ont été traitées avec beaucoup de succès par Foley et par moi, par des « frictions énergiques et un massage des muscles « et des articulations, par des embrocations de « baume tranquille pour calmer les douleurs aiguës, qui ne sont pas rares et par les sudorifiques. Un moyen étrange, mais que la théorie « indique, c'est de combattre par la compression « des accidents produits par la décompression. « Les ouvriers ont déjà l'habitude de ce moyen « et l'emploient constamment pour les accidents « légers. Je désirerais que cela pût devenir possible pour les accidents de paraplégie, et qu'un « compartiment plus commodément accessible « que les caissons fût rempli d'air comprimé à 2,7 « d'atmosphère afin d'y faire entrer les malheureux dont la moelle a subi une effraction. En « attendant la réalisation de ce vœu, je me borne « à conseiller l'usage des ventouses sèches ou scarifiées au niveau de la région lombaire, et l'application de l'appareil Junod aux membres inférieurs, pour amener une dérivation énergique « et une déplétion des organes profonds. »

Ce vœu du Dr Michel est maintenant réalisé. Je lis en effet dans le rapport de la commission anglaise : « Enfin, un autre moyen, employé à « Gilbratar depuis peu, consiste dans le vaisseau « submersible comprenant chambre de travail et « chambre de décompression. »

Par ces quelques citations on peut voir que les accidents causés par la plongée en eau profonde et ceux que le travail à air comprimé occasionne se ressemblent ; que le traitement est identique soit qu'il s'agisse de maladie des caissons ou de maladie des plongeurs.

Je tenais à faire connaître les remarquables travaux du Dr Michel, professeur agrégé d'anatomie à l'Ecole de médecine navale de Toulon, travaux auxquels il a été peu ajouté et qui méritent d'être cités toutes les fois qu'on parle d'accidents dus à la décompression rapide. La construction du bassin de Missiessy à Toulon a occupé 643 hommes. Sur ce nombre 2 sont morts à l'hôpital, 48 sont entrés à l'hôpital et 123 ont été soignés à l'infirmerie pour des accidents divers. Le champ d'expériences fut donc vaste à cette époque.

Il existe un livre antérieur à l'article du Dr Michel, c'est celui de Foley intitulé : « Du travail dans l'air comprimé, étude médicale, hygiénique et biologique, faite au pont d'Argenteuil ». Depuis ces travaux déjà anciens, cette question des accidents de décompression a donné lieu à de nombreux articles et a été traitée sous toutes ses formes. Je ne connais pas la littérature étrangère sur ce sujet ; mais il est fort possible qu'en pareille matière comme en beaucoup d'autres la France ait été à l'avant-garde.

J. Tissot,
(Chambéry).

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La Cour de Montpellier, la Cour de cassation blâment les experts qui s'arrogent le rôle de juges et de législateurs.

J'ai été appelé à rédiger sur les agissements d'un grand nombre d'experts une note qui fut il y a quelques mois remise par deux députés au ministre de justice.

Ceci nous a valu, à Noir et à moi, la chaude recommandation des dits experts lors d'un procès que nous avons eu à supporter pour avoir dit, nous contribuables de la Seine, que nous ne voulions pas que l'on employât notre argent à soigner des blessés des départements voisins.

Le Préfet de police a déclaré que c'était là une action qui méritait des éloges. Et, grâce à la chaude recommandation des susdits experts des assureurs, nous avons été salés avec plus de soins que les « requins » et les cambrioleurs de bas de laine.

Ainsi nous avons appris ce qu'était la liberté d'écrire sous une République dite socialiste !

Heureusement que la Bastille est démolie et que nous n'y passons plus qu'en métro.

Si même la statue d'Etienne Dolet n'occupait pas place Maubert, l'emplacement où se dressait le bûcher, nous aurions sans doute vu arriver du Nord et du Midi les grands excommunicateurs, et après avoir été salés, nous aurions été cuits ! Consolons-nous donc de ce qui nous est arrivé, en pensant à ce qui arrivait autrefois à nos aïeux quand ils osaient dire la vérité aux valets du Veau d'or, et revenons à nos moutons, ou plutôt à nos experts d'aujourd'hui.

A la page 17 de cette note sur les experts je disais :

« Ces experts s'attribuent un rôle qu'ils n'ont pas. *Au lieu de faire une appréciation purement « médicale de l'état du blessé, ils se permettent d'ap- « précier la portée sociale de la loi.* Voilà, disent-« ils, un blessé qui a touché en demi-salaire une « indemnité que nous jugeons suffisante pour le « préjudice qu'il a subi. Il a été une charge assez « lourde pour son patron. J'ai donc le droit et le « devoir de le déclarer consolidé sans incapacité « permanente, bien qu'il ne soit pas encore en « état de travailler, ou de ne lui reconnaître qu'une « incapacité inférieure à celle qu'il a réclamée. « *Nous devons, nous experts, protéger l'industriel.*

« Cela n'est pas l'affaire de l'expert, mais du

législateur ; il s'attribue une mission que le « Juge n'a pas le droit de lui confier.

Et quelques lignes plus bas j'ajoutais :

« Lorsque l'expert conclut en disant : « L'hys-« téro-traumatisme ne doit pas être indemnisé « parce qu'il sera guéri par le prononcé du ju-« gement et que les minimes infirmités qui exis-« tent encore seront améliorées et disparaîtront « avec le temps », l'expert viole encore la loi « parce qu'*il ne doit pas ignorer qu'il n'a, lui ex-« pert, qu'à apprécier l'état actuel et non l'état fu-« tur* ; que, pour apprécier cet état futur, la loi « donne trois ans à l'ouvrier et au patron pour « réviser l'indemnité en cas d'aggravation ou « d'amélioration ».

Je suis heureux de voir mon opinion confirmée aujourd'hui par la Cour de Montpellier et par la Cour de cassation qui, le 17 février et le 27 mai 1908, confirmait les arrêts de la Cour de Montpellier disant :

« Les experts ont suivi une tendance trop ré-« pandue consistant à se considérer comme des « juges, et non comme des auxiliaires chargés de « réunir tous les éléments de décision. »

Il est certain que les experts actuels se considèrent trop souvent comme les avocats des assureurs auxquels ils doivent leur désignation par les présidents.

Il en est même quelques-uns, paraît-il, dans la juridiction des tribunaux du Havre, qui, ignorant les plus élémentaires principes de la médecine légale, ne savent pas que les expertises doivent toujours être contradictoires et s'imaginent naïvement qu'ils peuvent refuser aux médecins du blessé l'accès de leur cabinet où a lieu l'expertise.

Quelques-uns, au début de la loi-accident, avaient émis, à Paris, de pareilles prétentions ; des plaintes énergiques des médecins des blessés ont vite fait cesser ces abus, et une circulaire énergique de M. le président Ditte a eu vite fait de rabattre l'insolent caquet de ces prétentieux auxiliaires de la Justice, qui dans leur vanité s'étaient pris pour des Juges au-dessus des lois.

Si nos confrères du Havre ou d'ailleurs se voyaient refuser l'assistance aux expertises des blessés, qu'ils nous le disent, et nous ferions rappeler à leur devoir ces fantoches bouffis d'orgueil.

DIVERNERESSE.

Honoraires pour soins donnés après consolidation

A M. le Directeur du *Concours Médical*.

Monsieur,

Installé à C., depuis huit ans environ, je fais partie du *Concours médical*, mais j'ai toujours négligé de me faire inscrire au « Sou », et je suis le premier à avoir à regretter cette négligence.

En ma qualité d'abonné au *Concours* j'espère que vous voudrez bien me donner quelques conseils touchant une longue affaire de procédure que je tiens à vous expliquer en détail.

Le cas est intéressant et Me Gatineau, à qui je demandai conseil il y a plus d'un an, me conseillait déjà à cette époque d'avoir recours aux bons services du « Sou médical ».

Mais un jugement du tribunal de justice de paix de Calais, canton nord, m'ayant donné satisfaction, je croyais l'affaire finie pour toujours. Erreur, il y a quelques semaines, un exploit d'huissier me rappelait que la Compagnie d'assusurance-accidents, la P., rejetait en cassation le jugement rendu en juillet 1909, jugement qui avait condamné la Compagnie à me payer la somme de 272 francs pour soins donnés à l'ouvrier Pi.

Actuellement, la P. veut faire casser le jugement et me faire condamner à rembourser les 272 francs et à être redevable des frais de procédure. Le fait est assez dur pour le budget d'un jeune.

Mais voici en détail toute l'affaire, et excusez-moi si je suis un peu long.

En décembre 1907, j'étais appelé sur les lieux de l'accident arrivé à l'ouvrier Pi., maçon de son métier. Cet homme venait de tomber d'un second étage à travers les poutres du premier et du rez-de-chaussée. Tombé dans la cave remplie d'eau, il fut relevé en pleine connaissance, se plaignant beaucoup du bras droit, qui était luxé. Je réduisais cette luxation séance tenante et je fis reconduire l'ouvrier à domicile, aucune autre lésion n'était apparue.

L'ouvrier Pi., mis en observation, souffrait beaucoup du bras et après avis de la Compagnie la P. je pris consultation avec les Drs Regnier et Leplat, de Calais.

En janvier 1908, il fut décidé que le Dr Leplat ferait une intervention chirurgicale, car l'ouvrier Pi. conservait une paralysie du bras droit, et le plexus brachial semblait être en cause, le coup ayant porté à ce niveau.

Le plexus brachial mis à découvert, on constata la déchirure de quelques nerfs et une contusion de toute la région.

L'intervention n'amena aucun changement à l'état du blessé ; la paralysie du bras persista et les douleurs continuèrent, toujours très vives.

La plaie opératoire se cicatrisa rapidement, mais le bras s'atrophiait de plus en plus, et sur les entrefaites, il apparut plusieurs escarres profondes de plusieurs centimètres et larges d'une pièce de cent sous.

Ces escarres amenèrent de la suppuration sur une grande partie du bras, suppurations abondantes et qui n'avaient aucune tendance à diminuer.

En octobre 1908 (le 10 octobre 1908), j'adressais une première note d'honoraires à la Compagnie La P. qui me régla sans contestation aucune.

La Compagnie avait déjà payé chirurgien et médecin consultant depuis longtemps.

L'ouvrier était également payé tous les 15 jours, si ce n'est que depuis quelques mois l'agent d'assurance s'était arrangé à payer tous les trois mois afin de ne pas se déranger aussi souvent.

En décembre 1908, la Compagnie avertit l'ou-

vrier qu'il devait passer une expertise de trois médecins.

Ces médecins firent un rapport très détaillé où ils signalaient que le bras de l'ouvrier Pi. était le siège de suppuration très abondante, de douleurs très vives, que peut-être une amputation allait devenir nécessaire et que des soins médicaux étaient indispensables, et en conclusion ils fixaient au 1er octobre 1908 la consolidation de sa blessure.

N'ayant pas assisté à l'expertise, n'ayant pas été tenu au courant d'aucune des formalités remplies, j'ignorerais tout sans l'amabilité d'un des experts qui me communiqua la teneur de l'expertise faite.

Cette expertise fixait à 85 pour cent la diminution du travail, et la consolidation au 1er octobre. N'ignorant pas la loi, j'étais quelque peu inquiet pour le payement de mes honoraires. Mais, rassuré quelque peu par cette remarque toute spéciale faite par les médecins experts dans leur rapport, que des douleurs et des suppurations abondantes demandaient des soins médicaux et que pendant longtemps encore, l'ouvrier devait être soigné par son médecin, j'étais tant soit peu rassuré et puis nous étions alors en décembre et la consultation remontait au 1er octobre ; je n'avais rien à faire si ce n'est de continuer mes soins comme avant l'expertise en attendant le jugement de Boulogne.

Ce jugement ne fut donné qu'en février 1909, et la rente était fixée à 485 fr., et devait avoir cours du 1er octobre 1908, date de la consolidation.

J'adressai ma note d'honoraires à la Compagnie dès que je fus avertis de ce jugement.

La Compagnie me répondit qu'elle n'avait plus à me payer vu que la consolidation était du 1er octobre 1908, et que j'avais été payé (même de trop puisqu'elle m'avait payé jusqu'au 10 octobre 1908).

Alors que faire, l'ouvrier ne pouvait me payer, très pauvre et très miséreux, sa pension ne lui suffisant même pas.

J'écrivis à ce moment à Me Gatineau, qui me conseilla d'être très prudent et de n'attaquer la Compagnie que sous bien des réserves, car la loi est stricte : plus de frais médicaux du jour où la rente a cours.

Mais fort du rapport des médecins experts qui avaient signalé la nécessité absolue de mes soins, l'état de l'ouvrier n'étant nullement amélioré en octobre, novembre, décembre, janvier, février, je devais continuer à donner mes soins ; d'ailleurs, j'ignorais la date de la consolidation puisque les médecins experts faisant remonter cette consolidation en octobre 1908, auraient pu la faire remonter à une toute autre date vu que l'état de l'ouvrier était le même depuis de longs mois.

Un avocat s'étant porté garant d'avoir gain de cause, j'assignai la Compagnie La P. à me payer les 272 francs.

Et par jugement du juge de paix de Calais, canton Nord, en juillet 1909, j'avais gain de cause et la Compagnie La P. était condamnée à me payer les 272 fr. que je réclamais.

Le jugement était fortement motivé. Le jugement spécifiait que les médecins experts admettent l'existence de douleurs et de suppuration, qu'il est indispensable à l'ouvrier Pi. de recevoir des soins, qu'il y a même danger d'amputation ; le Dr Ammeur ne pouvait pas priver l'ouvrier Pi. de ses soins, en octobre, l'expertise n'étant faite qu'en décembre et le jugement n'étant rendu qu'en février 1909. La Compagnie ne contestant pas le détail et le montant de cette note d'honoraires, ne contestant que le fait légal qu'elle ne doit plus de frais du jour où la rente prend cours. Mais le cas concernant le Dr Ammeur étant spécial, qu'il est inadmissible que ce docteur ne soit pas rémunéré, pour le travail qu'il a fourni, et que l'ouvrier Pi, d'autre part, ne peut être entraîné à payer le Dr Ammeur, car sa rente n'y suffirait même pas, et les médecins experts ayant bien spécifié la nécessité absolue de ses soins médicaux, la Compagnie La P. a été condamnée à payer !

Je croyais cette affaire réglée à tout jamais, car la Compagnie La P. me payait quelques jours après.

Mais en juillet 1910, j'ai reçu un exploit d'huissier me signifiant que la Compagnie La P. m'attaquait en cassation pour faire annuler le jugement du juge de paix et me faire rembourser les 272 fr., et payer les frais de procédure.

Que faire, mon budget ne me permet pas de m'embarquer dans des frais dont j'ignore complètement le montant possible, et puis quelle injustice flagrante si l'on m'oblige à rendre les 272 fr., fruit de mon travail.

Je donne mes soins à un blessé, de l'aveu de tous les médecins experts, je ne puis pas ne pas donner ces soins, et sans rien me dire on arrive à des jugements qui me mettent dans l'impossibilité d'être payé sans avoir recours à la justice.

Et à présent que tout devrait être oublié depuis longtemps on m'entraîne à de nouvelles procédures dont l'issue me fait peur.

Que faire, je vous serai très obligé, Monsieur, de bien vouloir m'éclairer de vos conseils.

Les vacances ont sans doute retardé l'arrangement de cete affaire, car depuis juillet je n'ai reçu aucune nouvelle pièce, pouvant m'indiquer où en est l'affaire.

J'espère, Monsieur, recevoir votre avis, et je vous présente, en attendant, mes salutations respectueuses et obligées.

Dr J. Ammeur.
Calais, 4, place de la Nation.

Réponse.

C'est toujours la même chose : trop de confrères ne reconnaissent l'utilité du « Sou » que lorsqu'ils ont des histoires. Et pourtant, ils n'hésitent pas à s'assurer contre l'incendie, bien que, à peu près sûrement, leur demeure ne brûlera jamais ; mais ils n'adhèrent pas au « Sou », bien qu'à peu près certainement ils en auront besoin un jour.

Aussi, avec vous, déplorons-nous votre né-

gligence et allons-nous vous aider de nos conseils.

La première chose à faire est d'adhérer dès maintenant au « Sou ». Votre admission ne vous donnera pas droit à l'appui pécuniaire, pour cette affaire présente, puisqu'elle est antérieure à votre admission ; mais nous pourrons vous donner gratuitement les consultations de nos conseils juridiques, chose précieuse pour vous en l'espèce.

Veuillez nous laisser vous faire remarquer, en passant, que n'ont droit aux consultations de Me Gatineau que les seuls adhérents du « Sou » et non pas les abonnés du *Concours* ; puis qu'il ne faut jamais écrire directement à Me Gatineau, car les dossiers sont centralisés au secrétariat général du « Sou » et Me Gatineau est obligé de nous renvoyer vos lettres.

Etant du « Sou », nous soumettrons votre affaire à Me Auger, avocat à la Cour de Cassation, et au Conseil d'Etat. Il vous donnera son opinion.

Pendant ce temps, le pourvoi de la Compagnie d'assurance sera examiné par la Chambre des Requêtes. Vous n'avez pas besoin de vous faire défendre devant cette Chambre.

Si la Chambre des requêtes n'admet pas le pourvoi, vous n'aurez pas eu à vous déranger, ni à faire des frais : l'affaire sera terminée.

Si, au contraire, la Chambre des requêtes admet le pourvoi, la question sera portée, pour y être jugée, devant la Chambre civile. Il sera temps alors de voir si vous devez ou non vous faire défendre par un avocat et c'est là où l'avis de Me Auger vous sera encore précieux.

Nous pensons donc, mon cher Confrère, vous donner le très bon conseil de réparer en partie les effets de votre imprudence d'avoir attendu jusqu'à l'heure du danger pour vous affilier au « Sou » et nous vous engageons très vivement à nous retourner rempli, avec votre cotisation, le bulletin d'adhésion ci-inclus. Cela nous permettra de vous donner notre appui moral, d'étudier votre procès avec nos avocats conseils et de vous guider, pour que vous ayez le moins de frais possible ou même pas du tout.

Jusqu'à présent, la question n'a été jugée que par des juges de paix, c'est-à-dire que la jurisprudence n'est pas encore établie sans conteste. Vous trouverez des documents intéressants dans la collection du *Concours* : 1906, p. 438, 916, 918 ; 1904, p. 91 ; 1908, p. 639.

Chronique de la défense professionnelle

Un peu de foi et de bonne foi.

Sous prétexte que les Syndicats n'ont pas rendu jusqu'ici tous les services qu'on attendait d'eux, qu'ils n'ont point réalisé bien des desiderata, qu'ils n'ont pas fait naître l'âge d'or de la profession médicale, il se produirait, paraît-il, quelque tiédeur à leur endroit.

Certains esprits railleurs n'ont point manqué de signaler le fait ; d'autres mieux intentionnés en ont parlé pour dire que la plus belle fille du monde..... ; mais de vrais syndicalistes, publicistes médicaux avertis et de jugement rassis, n'ont point manqué d'avancer cet aphorisme : que Paris ne s'est pas construit en un jour, que l'œuvre du Syndicat n'est point achevée, qu'il importe de la continuer, de la parfaire, de l'améliorer, et qu'elle donnera dans la suite ce qu'elle n'a pas donné jusqu'ici, à la condition de persévérer, d'accorder crédit et d'avoir la foi.

Mais la foule nombreuse des indifférents et des sceptiques clame et ne veut rien entendre.

Vis-à-vis de ceux-là, la manœuvre qui consiste à établir loyalement le bilan des Syndicats, à signaler leurs faiblesses, leurs déceptions comme leurs espoirs, est peut-être une fausse manœuvre.

Sans employer l'exagération méridionale, sans faire du charlatanisme qui réussit parfois si bien et mieux que des procédés sérieux et pondérés, on pourrait attirer et retenir davantage l'attention du monde médical sur le passé des Syndicats, sur leur histoire, proclamer sans cesse leurs états de services, insister avec ténacité sur les résultats obtenus par l'action syndicale seule, alors que les Syndicats n'étaient encore qu'à la période de développement.

Combien de jeunes médecins ignorent cette période et ne se rendent pas compte des obstacles surmontés, des difficultés vaincues ! Combien de médecins de la belle époque des luttes épiques ont oublié et sont tombés dans l'apathie, triste effet de l'âge, d'une situation acquise et assise, d'une carrière au déclin,—ou affligés d'un *je m'en fichisme* déplorable !

Si les organisations actuelles paraissent stationnaires, si elles n'ont point encore donné tout ce qu'elles promettaient, ce n'est point l'idée syndicale qui doit en porter la responsabilité, mais les médecins eux-mêmes qui ont trop de tendance au laisser-aller, — les médecins à courte vue ou impatients, dénués d'esprit de suite, reculant devant l'effort continu, l'aridité de la tâche, le but lointain à atteindre, peu enclins à la pratique de la solidarité professionnelle et disposés à lancer le fameux : « après-moi le déluge ! »

S'ils se reportaient à l'âge héroïque des Syndicats, cela leur donnerait du réconfort à tous, car la période de la foi qui soulève les montagnes ne saurait être passée pour les Syndicats.

Il faut rappeler aux anciens et dire sans cesse aux jeunes que l'époque révolutionnaire pour les médecins date du *Concours médical* et de la création des Syndicats.

Qu'étaient-ils avant ? Isolés, exploités et misérables.

Que sont-ils aujourd'hui ? Unis, défendant leurs intérêts communs, luttant avec profit contre la misère présente et future, et tout aussi considérés qu'autrefois, quoi qu'on en dise.

Sans le *Concours médical*, aurions-nous les *Syndicats*, ses premiers rejetons ; aurions-nous l'*Association amicale des médecins français*, la *Caisse des pensions de retraites du corps médical français*, l'admirable et vaillant « Sou médical », auquel songent trop tard ceux qui ont des démêlés avec

les clients, les assurances et les pouvoirs publics, — et combien d'autres filiales ?

Et sans la force de l'association syndicale, aurions-nous obtenu la réforme de la législation médicale et, entre tant d'autres, la réduction de la taxe des voitures, la prolongation de la durée de la prescription des notes d'honoraires?

Où en serions-nous avec la loi de 1898 sur les accidents du travail sans l'intervention du *Concours* et des Syndicats dans les conseils supérieurs, au sujet des tarifs et de nos rapports avec les compagnies d'assurances et les tribunaux ?

On ne dira jamais assez les bienfaits rendus par eux dans ces circonstances. Ah ! on oublie vite.., Il faudrait être aveugle ou de mauvaise foi pour ne point reconnaître l'efficacité des Syndicats médicaux.

Leur puissance d'ensemble est incontestable et leur action locale indiscutable. Chaque jour le public, les administrations et l'Etat en tiennent compte, demandent ou acceptent leur intermédiaire.

On discute avec eux et on les écoute, alors que des réclamations isolées se fussent perdues comme des voix dans le désert.

Le champ de nos revendications est loin d'être épuisé ; il est entendu que l'organisation syndicale n'a pas encore donné tout ce qu'on peut en espérer, c'est donc le moment plus que jamais de la maintenir, puisqu'elle a déjà porté tant de fruits.

Son passé répond de son avenir, à la condition que le corps médical ne laisse point tomber de ses mains cette arme moderne incomparable, qu'il apprenne à la manier adroitement en toute justice et en toute équité.

Il faut prêcher les Amicales locales, les Syndicats régionaux et les Fédérations syndicales. Le salut est là ; la raison et l'expérience de chaque jour le prouvent. Il faut être de son temps, suivre le mouvement général et ne point s'enlizer dans une routine meurtrière.

La sécurité du présent, — la question des retraites sans versements onéreux, c'est-à-dire la sécurité de la vieillesse, — le bien-être et la tranquillité de chaque jour, peuvent être réalisés par l'entente, par la bonne confraternité, — *par les Syndicats.*

Des essais sérieux d'amélioration matérielle de la profession médicale par des moyens approuvés par ceux-ci et blâmés par ceux-là ont démontré jusqu'où peut aboutir l'entente. Le branle est donné ; d'autres essais loyaux, respectant les intérêts du public et les intérêts des professions touchant à la profession médicale, seront tentés avec succès, sans aucun doute.

C'est pourquoi, loin de dire que l'œuvre syndicale est achevée, qu'il n'y a rien à faire avec les médecins, qu'elle ne peut aller plus loin, il ne faut point cesser de répéter qu'elle est au contraire sujette à d'importants développements et capable de résoudre le problème du malaise médical.

Suivons l'exemple donné partout autour de nous. Ayons la volonté et la foi, ne restons point inertes et découragés quand le but est proche et qu'il ne dépend que de nous de l'atteindre.

Dr Courgey.

MÉDECINE SOCIALE

L'Etat affameur du médecin.

Les rapports du médecin avec l'Etat sont de deux espèces :

1° Ceux d'un contribuable ;

2° Ceux d'un employé.

1° Comme contribuable, le médecin se comporte de deux façons avec l'Etat :

a) Il paie les impôts au même titre que les autres citoyens et, en prenant sa part des dépenses publiques, il contribue à la prospérité de l'Etat ;

b) Il partage avec une catégorie spéciale la *faveur* de payer un impôt particulier, la patente, que ne paie pas la généralité des citoyens, et nous allons voir que cet impôt supplémentaire n'est pas le seul.

D'abord pendant ses études longues et laborieuses, il acquitte un supplément d'impôt sous forme de droits d'examen, d'inscriptions, de certificats d'étude, de diplôme. Il ne peut s'y dérober puisque, s'il ne s'acquitte pas, il ne peut être reçu médecin.

Après avoir obtenu le diplôme, il doit pour exercer subir une augmentation de contributions dont le montant n'est nullement en rapport ni avec sa valeur scientifique, ni avec les bénéfices que lui rapporte sa profession, mais plutôt avec ses charges de famille. Chose bizarre, à mérite égal, à ressources égales, plus un médecin a d'enfants, plus il paie patente (sans compter les autres impôts de diverse nature), celle-ci étant calculée sur la valeur locative du logement et par suite le nombre de pièces nécessaires à la famille, joli moyen d'enrayer la dépopulation et de favoriser les médecins célibataires, les ménages de médecins sans enfants, et surtout les ménages irréguliers de médecins où le logement commun peut être mis au nom de la femme, le logement propre à l'exercice professionnel étant seul déclaré.

La patente à l'origine était un droit d'exercice grâce auquel nous étions garantis dans la pratique de notre profession ; elle compensait le privilège qui nous était octroyé, la médecine n'étant pas libre en France.

Aujourd'hui, cette garantie n'existe plus puisque les illégaux de la profession fourmillent et exercent en paix leur industrie sans payer aucune patente, puisqu'aucune loi n'empêche les annonces charlatanesques qui s'étalent à la quatrième page des journaux ; puisque les commis-voyageurs médecins ou soi-disant tels, les bandagistes viennent, sans responsabilité ni contrôle, donner des consultations dans les villes et drainent sans peine et à force de réclames les honoraires qui nous devraient revenir.

Donc, de la part de l'Etat, nulle protection qui compense l'impôt supplémentaire de la patente, celle-ci n'a plus de raison d'exister.

Il est d'usage, dans les affaires, que l'on favorise ceux qui ont recours à vous, c'est-à-dire qu'à mérite égal on s'adresse de préférence aux gens

qui vous font vivre ; ainsi on fera des affaires avec les industriels, les commerçants qui vous prennent comme médecin ; on se fournira chez le boulanger, le marchand de vin, de bois et de charbon, dont on soignera la famille ; le compte d'honoraires de fin d'année sera plus faible à régler ; dans le commerce on aime mieux régler en marchandises qu'en argent. C'est de la bonne et saine pratique commerciale.

Dans nos rapports avec l'Etat, celui-ci agit avec vous d'une façon toute différente en opposition complète avec tout sens commercial.

En transformant ses hospices en maisons de santé, en hospitalisant les gens aisés, en traitant pour une somme dérisoire (dans laquelle on a oublié à dessein les honoraires du médecin) les accidentés du travail, les mutualistes, qui ne sont pas des indigents, en multipliant dans ses hôpitaux les consultations gratuites, l'Etat nous fait une concurrence déplorable, nous empêche de vivre et par suite met toute espèce d'obstacle à l'acquittement de nos impôts dont lui-même a besoin pour payer ses dépenses, sans qu'il en résulte aucun avantage pour lui. Il agit en dehors de tout sens commercial en ne favorisant pas les gens qui l'aident à faire honneur à ses engagements.

Il inscrit sur ses listes d'assistance publique une foule de gens qui n'y ont pas droit, que la politique seule recommande, et, en diminuant les honoraires du médecin, lui suscite des difficultés pour le paiement de ses impôs.

En multipliant sans raison le nombre des écoles et facultés à une époque où les communications sont si faciles, l'Etat favorise l'augmentation toujours croissante du nombre des médecins. Ces écoles et facultés n'ont d'autre raison d'exister que de faire des médecins ; plus elles en font, plus elles se croient nécessaires et par suite elles sont quelquefois portées à trop d'indulgence dans les examens. Or, plus il y a de médecins dans une localité, moins chacun touche d'honoraires, le nombre de malades n'étant nullement en rapport avec le nombre des praticiens, d'où difficulté de plus en plus grande de payer ses dépenses.

Je ne parle pas du tarif Dubief, pour l'établissement duquel l'Etat a fait montre envers les médecins d'une réelle injustice : il a pris comme base des honoraires le prix de la visite ouvrière, prix variable suivant les localités, c'est-à-dire une réduction volontaire que les médecins avaient consentie par humanité à une certaine catégorie de clients pauvres, et il traite d'une façon différente, au point de vue pécuniaire, les médecins de ville et ceux de campagne comme si les seconds ne valaient pas les premiers, et comme si les Compagnies d'assurances-accidents ne percevaient pas les mêmes primes à la ville et à la campagne.

Au point de vue moral, l'Etat nous fait encore un grand tort : dans les conflits judiciaires ses fonctionnaires sont d'une sévérité excessive envers les membres du corps médical à tel point que l'exercice de la profession deviendra bientôt impossible ; le moindre accident professionnel devient une cause de dommages et intérêts disproportionnés avec le délit, tandis que dans des circonstances analogues la justice est d'une indulgence excessive pour les illégaux de la profession qui n'offrent aucune garantie comme examen ou comme pratique de l'art.

2° Le médecin est un employé de l'Etat :

L'Etat a besoin des médecins pour soigner les malades dans les hôpitaux, les prisons, les lycées, etc., faire le service de l'Assistance publique, des épidémies, aider l'action de la justice, etc.

Nous ne parlerons pas des médecins militaires (armée et marine), des médecins aliénistes, des médecins de l'inspection départementale des assistés, des médecins chargés du service de l'hygiène (1), etc.., qui sont des vrais fonctionnaires, jouissent d'un traitement suffisant, ont droit à une retraite ; ils ne font pas de médecine civile, et par suite ne rentrent pas dans la catégorie des médecins civils qui tirent de l'exercice de leur profession dans le public les moyens de vivre. C'est par rapport à ceux-ci, que l'Etat est un détestable patron ; il ne cherche qu'à les exploiter d'une façon éhontée.

Il tâche par tous les moyens possibles d'obtenir sans bourse délier les soins gratuits pour ses fonctionnaires ; il y a de nombreuses années que par l'appât de certificats, de médailles, de rubans, il incite certains médecins à soigner gratuitement les gendarmes et leurs familles. Il essaie de faire de même pour ses forestiers, ses cantonniers. Il ne parle pas de diminuer nos charges, en même temps de réduire les impôts de ceux qui le servent gratuitement ; et cependant s'il ne nous paie les soins que nous donnons à ses employés, où trouverons-nous l'argent pour acquitter les impôts? Ce n'est pas avec une attestation de bonne conduite que l'on peut faire bouillir la marmite.

L'Etat, quand il nous rétribue pour payer nos soins dans le service de l'Assistance publique, des hospices, des lycées, des prisons, etc., le fait d'une façon dérisoire et nullement en rapport avec les services rendus.

Il arrive souvent que les tarifs s'élèvent à 0 fr. 10, 0 fr. 15 l'heure, alors que le moindre manœuvre, le moindre terrassier, obtient 0 fr. 40, 0 fr. 45 et même 0 fr. 60, pas un fonctionnaire n'est aussi mal payé. Le *Concours médical* a publié tout dernièrement la lettre d'un médecin qui touchait 300 fr., par an pour faire le service de l'hôpital ; les médecins qui ont 600 fr., par an sont les plus favorisés.

Que dire des tarifs à l'abonnement, 2 à 3 fr. par an, quelle que soit la distance parcourue, tandis que le moindre commissionnaire prend 0 fr. 50 à 0 fr. 60 pour la plus petite course.

Je me rappelle avoir entendu dire dans une réunion syndicale, par un médecin au service de l'Assistance publique, qu'il avait parcouru 220 kilomètres pour 10 fr.

On peut dire que l'Assistance publique est une des plus grandes iniquités que le siècle dernier ait léguées au Corps médical.

Elle fait retomber sur une catégorie spéciale

(1) Qui suivant moi doivent être de vrais fonctionnaires avec défense de faire de la médecine civile.

de citoyens une charge que devrait supporter la collectivité et de ce fait nous impose sans raison un surcroît d'impôts que rien ne justifie.

Dans le service de la justice, les tarifs sont absolument insignifiants. Il faut lire dans le dernier numéro du *Bulletin de l'Association générale* (n° 47, 31 juillet 1910, page 327) l'article intitulé : « Des honoraires du médecin, en matière d'expertise médico-légale », extrait du *Bulletin de la Société de Médecine Légale*, séance du 14 mars 1910, et les conclusions :

a) Ces tarifs datent d'un siècle ;

b) Le système de la vacation est une pratique surannée, condamnable, illogique.

En outre nous ne sommes pas libres de refuser le service ; l'Etat peut nous faire obéir à toute réquisition quand bien même nos études, nos capacités, ne nous porteraient pas à aider l'action de la justice.

Tandis que le moindre bureaucrate a droit après trente ans de service (dont une bonne partie se passe en congés) à une retraite réversible dans une certaine mesure sur sa veuve et ses orphelins, le médecin qui pendant 30 ans, 40 ans, a prodigué ses soins, pour un salaire dérisoire, dans le service des hospices de l'Assistance publique etc., a droit, arrivé à un âge avancé, tout juste à un remerciement qui se traduit par l'honorariat (la belle affaire !) ; toute indemnité lui est supprimée ; quelquefois, s'il est bien noté en politique on croit le récompenser par un bout de ruban, de couleur variée ; sa femme et ses enfants peuvent mourir de faim, l'Etat ne s'en occupera pas. Les diverses tentatives faites par le Corps médical (Prévoyance par exemple) pour remédier à cet état de choses ont toujours été accueillies défavorablement dans le public. On se rappelle l'histoire de ce médecin de Paris qui à 70 ans se vit supprimer le traitement de 1.500 fr., qu'il touchait comme médecin des hôpitaux, traitement qui le faisait vivre lui et sa femme ; ils préférèrent se suicider plutôt que de mourir de faim.

Les médecins sont donc fondés à se plaindre ; les rapports qu'ils entretiennent avec l'Etat ne sont pas ceux qui devraient exister et tant qu'on ne mettra pas un terme à ces abus, nous ne cesserons de réclamer.

Non seulement, on ne reconnaît pas les services que rend le corps médical, mais encore la profession est une des plus imposées ; les médecins acquittent d'une façon directe ou indirecte une foule d'impôts qui devraient être partagés entre tous les citoyens ; en outre, l'Etat met toutes espèces d'obstacles pour les empêcher de gagner l'argent nécessaire à l'acquittement de leurs impôts.

Il faudrait une entente entre tous les médecins, entente absolument impossible avec les mœurs médicales. Mais nous avons entre les mains une arme redoutable dont nous commençons seulement à jouer : c'est l'arme syndicale, et quand celle-ci sera sérieusement organisée, j'espère que tout cela changera ; cette action devra être pacifique, s'exercer peu à peu par la voie de la presse, des élections, car il ne s'agit pas de tout bouleverser. On m'objectera que l'action syndicale ne peut s'exercer contre l'Etat, les départements, les communes, mais est-ce que cette loi n'est pas violée tous les jours par les ouvriers des arsenaux, des manufactures de l'Etat, par les fonctionnaires eux-mêmes (comme dernièrement ceux des postes) ; ceux-ci se syndiquent malgré la loi et résistent à leur patron, l'Etat, sans que les dirigeants s'y opposent.

Or, une loi qui n'est pas appliquée est bien près de tomber en désuétude ; c'est ce qui arriverait pour la défense faite aux syndiqués en général de se liguer contre l'Etat. On verrait alors cesser les abus dont je viens de parler ; et l'Etat ne chercherait plus, comme il le fait aujourd'hui, à nous empêcher de gagner notre vie.

Dr DE CHAMPEAUX.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Questions usuelles

Un président de Société nous soumet le cas suivant :

1° *Sommes-nous tenus de payer des séances d'électricité (qui est une spécialité), alors que le sociétaire ne nous a rien demandé, ni autorisation, ni permission* ?

2° *Devait-il se servir d'une feuille-visite, qui n'est délivrée qu'aux malades et qui est destinée à rester chez eux, au lieu d'un bon de consultation* ?

3° *Peut-on rayer et exclure de la Société ce membre participant pour préjudice causé à la Société, étant donné que,* sans autorisation, *il est allé se faire électriser chez le médecin avec une feuille de visite et que nous sommes tenus de payer ces séances d'électricité (vingt séances) comme des visites* ?

Quelle doit être l'attitude de la Société vis-à-vis de ce sociétaire, qui, sans explications (et presque d'une façon fallacieuse), va se faire électriser chez le médecin ?

En ce qui concerne le premier point, il est assez difficile, en l'absence de restriction dans les statuts au sujet des séances d'électricité, de soutenir que ces séances d'électricité doivent être assimilées aux spécialités. Si le médecin juge ce mode de traitement indispensable pour le rétablissement de son client, nous ne croyons pas qu'il soit possible à la Société de se soustraire au règlement des frais qui en résultent.

Sur le deuxième point, il est évident que le sociétaire ne s'est pas conformé aux règlements de la Société concernant les maladies. Il aurait dû, comme vous le dites, utiliser les bons de consultation, mais il y a dans la circonstance une part de responsabilité pour la Société, parce que l'un de ses administrateurs a consenti à délivrer une feuille de visite au lieu du bon de consultation réglementaire.

Il devient donc très difficile, dans ces conditions, de prononcer une pénalité contre le sociétaire dont il s'agit et il serait inadmissible de prononcer son exclusion pour préjudice causé à la Société.

Il est préférable d'aboutir à une entente et puisque le sociétaire a commis une faute en ne donnant pas avis à la Société des soins spéciaux qui lui étaient donnés, et que, d'autre part, les administrateurs de la Société n'ont pas pris de leur côté toutes les précautions voulues, on pourrait aboutir à la transaction suivante: les frais supplémentaires entraînés par le traitement électrique seraient mis moitié à la charge de la Société, moitié à la charge du sociétaire.

(*L'Avenir de la Mutualité.*)

CORRESPONDANCE

Syndicalisme et situations acquises.

Villeneuve-St-Georges, 6 septembre 1910.

Mon cher confrère,

Comme réponse à votre article du *Concours Médical* sur les « situations acquises », je vous envoie une copie des décisions prises entre quelques confrères de la banlieue parisienne, au sujet des sociétés de secours mutuels. Chacun de nous est décidé, dans l'intérêt général, à abandonner ses situations acquises, bien qu'il nous en coûte un peu.

Comme vous le voyez, nous sommes résolus à imposer le libre choix du médecin pour toutes les sociétés de secours mutuels à venir et nous n'accepterons le service de ces sociétés que si elles adoptent le tarif d'une société de secours mutuels *locale* (usine de Jumelles, Baille-Lemaire), tarif que nous avons rédigé, mes confrères et moi, il y a trois ans et que nous jugeons suffisamment rémunérateur (je pourrais, s'il vous intéressait, vous le communiquer).

Ce n'est pas sans regret que je donnerai ma démission de médecin de l'Union du commerce et de quelques autres sociétés qui m'assurent tous les trois mois une rentrée d'argent non à dédaigner. Mais devant le nombre croissant des sociétés de secours mutuels et leurs exigences, cette décision s'imposait, et encore une fois mes confrères et moi, sommes fermement décidés à persévérer dans cette voie et à continuer la lutte.

Agréez, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Durozoy.

Les médecins soussignés s'engagent :

1° A maintenir d'une façon rigoureuse le prix de la visite simple à 3 fr., le prix de la consultation simple à 2 fr.

2° A *ne plus accepter de Sociétés de Secours mutuels* qui ne consentiraient pas au *libre choix du médecin* et au tarif médical adopté par la Société de secours mutuels de l'usine Baille-Lemaire.

3° Pour *les Sociétés avec lesquelles des contrats sont en cours*, les médecins qui en sont bénéficiaires *s'engagent à les résilier* dans un délai maximum d'un an à dater du 1er juillet 1910, s'ils ont l'assurance que ces contrats ne seront pas repris par un confrère de la région.

4° *Pour les accidents du travail*, ils sont décidés à imposer *le tarif Dubief* à toutes les Compagnies d'Assurances et Syndicats de garantie, à l'exception toutefois du Syndicat de garantie de l'arrondissement de Corbeil.

Les médecins qui sont déjà liés par des contrats d'abonnement sont résolus à les abandonner, s'ils ont la certitude que ces abonnements ne seront pas repris par d'autres confrères de la région.

Les médecins soussignés s'engagent à n'accepter aucun monopole pour les accidents de travail et à repousser toute ingérence patronale.

Si les confrères consentent à accepter ces conditions, une lettre collective sera adressée aux Sociétés de secours mutuels et aux Compagnies d'assurances.

Par région de Villeneuve, les médecins soussignés comprennent les localités suivantes : Villeneuve-St-Georges, Crosne, Vigneux (après assentiment du Dr Dantin), Ablon, Villeneuve-le-Roi.

Ont signé : Dr Du Souich, Dr Diacre, Dr Robinet, Dr Durozoy, Dr Huchot, Dr Thielle, Dr Blavot, Dr Ageorges, Dr Dubois.

REPORTAGE MÉDICAL

Comment les Japonais arrachent les dents ? — Le dentiste japonais arrache les dents avec ses doigts, sans le secours d'aucun instrument. Il saisit adroitement la tête de son patient à l'angle maxillaire, de manière que la bouche soit forcée de rester ouverte ; puis, plongeant le pouce et l'index de l'autre main dans la bouche de son malade, il arrache, quand le cas se présente et dans l'espace d'une minute, cinq, six et sept dents au patient, sans que celui-ci puisse fermer la bouche, même une seule fois. Quelque incroyable que la chose puisse paraître, elle s'expliquera tout naturellement quand on saura de quelle manière les dentistes japonais sont préparés à l'exercice de leur art. Sur une planche de bois tendre, sont creusés des trous et dans ces trous on enfonce des chevilles ; puis cette planche est placée par terre et l'apprenti dentiste doit alors, avec le pouce et l'index de la main droite, saisir et arracher les chevilles l'une après l'autre, sans que la planche soit ébranlée. Cet exercice recommence plusieurs fois avec des planches de sapin, des planches de chêne, et enfin d'un bois plus dur, et chaque fois les chevilles sont plus solidement enfoncées. Quand il triomphe de la dernière épreuve, il est mûr pour l'exercice de son art.

Hôpital Sadiki (Tunis). — Une place d'assistant interne est vacante à l'hôpital Sadiki.

Cet hôpital, qui comprend un gros mouvement de malades indigènes, est le siège d'un service chirurgical très actif. Il contient des laboratoires, une bibliothèque, un amphithéâtre donnant toutes facilités d'études.

Avantages matériels. — Logement, chauffage, éclairage, traitement annuel de 2.400 fr., voyage payé à l'aller et au retour de Paris à Tunis (2e classe), sous condition d'un an de séjour au moins.

Conditions. — Nationalité française, docteur en médecine (ou scolarité terminée), moins de 30 ans. Préférence accordée à interne ou ancien interne.

Adresser les demandes d'urgence, au Dr Brunswic-Le-Bihan, chez M. Collin, 6, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

A propos des rapports de la calvitie masculine avec les fonctions sexuelles. — Le Dr Sabouraud publie dans la *Clinique* l'intéressante note suivante :

« J'ai reçu d'un de nos confrères de Constantinople la lettre suivante, qui me paraît d'un haut intérêt. Je la transcris en y omettant seulement les indications qui pourraient, par leur précision, désigner à quelque lecteur les personnes dont il est parlé :

« J'ai lu, il y a quelques jours, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, dirigé par M. Championnière, un extrait de l'un des articles où vous émettiez cette conclusion que la virilité paraissait avoir quelque relation avec la calvitie précoce, qualifiée d'arthritique. Les eunuques n'en seraient point atteints. Vous appeliez l'attention des praticiens de Constantinople comme étant dans un milieu propice pour des observations de ce genre.

« J'exerce ici depuis 1904. Je vais chez des clients ayant harem avec des odalisques et eunuques. J'en ai vu, par conséquent, près d'une vingtaine. Eh bien, je ne me rappelle pas en avoir vu un seul qui fût chauve. Bien plus, hier, étant en visite auprès d'une cliente ayant fait partie d'un harem et mariée depuis..., je lui ai demandé si elle se rappelait, dans sa longue période de temps vécue auprès du Prince... (période qui se monte au moins à quinze ans), avoir remarqué un eunuque qui fût chauve). Ma cliente est intelligente et observatrice, et elle me déclara nettement qu'elle n'en avait pas vu un seul.

« Dr Pisanté,
« de l'Université de Paris. »

« Cette lettre appuie non seulement mon enquête personnelle, mais l'affirmation première d'Aristote qui avait attiré mon attention sur ce point. Tous mes remerciements à notre aimable confrère. La question : *Comment la calvitie banale est solidaire de la fonction sexuelle mâle* semble donc désormais nettement posée. »

Conférences pratiques d'ophtalmologie. — Le Dr Poulard commencera la première série de ses *Conférences d'ophtalmologie pratique* le vendredi 7 novembre, à 3 heures, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis de chaque semaine à la même heure, dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière.

Ces conférences sont destinées aux étudiants et aux médecins praticiens. Elles portent sur les maladies des yeux que tout médecin doit connaître et sur les soins d'urgence.

Elles sont gratuites.

Pour faciliter l'organisation de ces conférences, il est préférable de se faire inscrire auprès du Dr Canque, assistant d'ophtalmologie à l'hôpital Beaujon.

Le stage des élèves pharmaciens. — Le procureur général vient de transmettre au procureur de la République la circulaire du garde des sceaux concernant le stage officinal des étudiants en pharmacie.

Le décret du 26 juillet 1909 portant organisation des études en vue du diplôme de pharmacien a apporté d'importantes modifications aux conditions dans lesquelles ce stage s'effectue actuellement. En effet, le stage qui, suivant les règlements en vigueur, durait trois années, n'aura plus qu'une durée d'un an. Jusqu'à ce jour il pouvait s'effectuer dans une officine quelconque ; désormais il ne pourra plus, aux termes de l'article 3 du décret, être accompli que dans des officines dont les titulaires auront été agréés à cet effet par les recteurs, après avis des écoles supérieures ou des facultés mixtes, des écoles de plein exercice ou des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

En outre, d'après les prescriptions de l'article 7, le stagiaire doit tenir un cahier de stage visé par le secrétaire de l'école ou le greffier de la justice de paix au moment de l'inscription et à toute mutation d'officine.

Les conditions relatives à la prise des inscriptions de stage restent à peu près les mêmes que celles imposées par le décret de 1885.

Enfin, la liste des pharmaciens agréés par le recteur sera communiquée par l'autorité préfectorale au greffier de la justice de paix de chaque canton.

La circulaire va être communiquée à tous les greffiers de justice de paix.

Ecole d'enseignement médical. Cours pratiques. — *Par un groupe de médecins et de chirurgiens des hôpitaux libres, d'anciens chefs de clinique, d'anciens internes et de praticiens spécialistes.* — Deux séries par an : Série d'hiver : novembre et décembre ; série d'été : mai et juin.

La série d'hiver commencera le 2 novembre 1910.

Dr Leuret, chirurgie pratique et traumatisme (12 leçons) : Dr Le Fur, maladies des voies urinaires (12 leçons) ; Dr X..., gynécologie (10 leçons) ; Dr Pierra, pratique obstétricale (12 leçons) ; Dr Mayet, chirurgie infantile et orthopédie 12 leçons) ; Dr d'Ayrenx, pratique ophtalmologique (10 leçons) ; Drs Cauzard et Faseuille, oto-rhino-laryngologie (12 leçons) ; Dr Réal, chirurgie dentaire et soins de la bouche (6 leçons) ; Dr F. de Grandmaison de Bruno, clinique thérapeutique pratique. — Hygiène alimentaire (12 leçons) ; Dr Meslay, pathologie infantile (7 leçons) ; Dr Roger, Puériculture ; Dr Lenglet, maladies de la peau (8 leçons) : Dr André Thomas, maladies du système nerveux (8 leçons) ; Dr Fleig, radiologie, radiothérapie (5 leçons) ; Dr Laquerrière, électrothérapie (8 leçons) ; Dr Dubois de Saujon, hydrothérapie et physiothérapie (3 leçons) ; Dr X., Massage (6 leçons) ; Dr Lorrain, méthodes générales de laboratoire (12 leçons) ; Dr Surbled, déontologie médicale (5 leçons) ; Dr Philippe Rondeau, accidents du travail ; M. Briot, cours de physiologie générale.

Tous ces cours se font avec démonstrations pratiques, présentations de malades et d'instruments.

Un programme détaillé de chaque cours se trouve au siège de l'Association, 18, rue du Luxembourg.

L'enseignement pratique a lieu à la Policlinique de l'enseignement médical complémentaire, 9, rue des Plantes, et dans divers hôpitaux et cliniques.

Droits d'inscription :

40 francs pour l'ensemble des cours de la première série ;

20 francs pour l'ensemble des cours de chaque série suivante :

Un droit de 10 francs sera perçu en plus pour les manœuvres obstétricales, pour les travaux pratiques de radiologie ou ceux de laboratoire.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Ecole d'enseignement médical, 18, rue du Luxembourg, tous les jours, le dimanche excepté, de 2 heures à 6 heures.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 43 Dimanche 23 OCTOBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Avis
Convocations aux assemblées générales..... 913
Propos du jour
Toujours au sujet de la réorganisation du syndicalisme médical..... 914
Clinique chirurgicale infantile
Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant..... 916
La semaine médicale
L'immunité dans la syphilis. — La rachianesthésie à la cocaïne. — Les injections d'hectine dans la syphilis. — Formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant..... 918
Revue des sociétés savantes
L'hectine ou le « 606 » dans le traitement abortif de la syphilis. — Un signe pour devoiler la simulation de la surdité. — La rachianesthésie générale..... 921
Formulaire raisonné
La belladone..... 922
Thérapeutique
La médication créosotée dans la tuberculose..... 923
Sou médical
Séances du Conseil d'administration..... 925
Médecine militaire
Données nouvelles sur le service de santé en campagne. — Le nouveau règlement..... 927
Reportage médical..... 933
Nécrologie..... 934

AVIS

Assemblées générales de l'« Union des Syndicats médicaux de France », du « Concours Médical » et de ses filiales (19 et 20 novembre 1910).

Les Assemblées générales annuelles auront lieu dans l'ordre suivant :

Samedi 19, *dix heures du matin*, hôtel des Sociétés Savantes, 18, rue Serpente, réunion du Conseil de l'Union des Syndicats.

A *trois heures précises de l'après-midi*, Assemblée générale dans la même salle que les années précédentes, 1er étage de l'hôtel des Sociétés savantes.

Dimanche 20 novembre, salons du restaurant Marguery, 36, boulevard Bonne-Nouvelle :

A 9 *heures du matin*, réunion des *Correspondants* du Concours ;

A 10 *heures du matin*, Assemblée générale extraordinaire du **Patronage médical** (Élection d'un commissaire de surveillance de la liquidation en remplacement du Dr Angelby, décédé) ;

A 10 *heures et demie du matin*, successivement, Assemblées générales de l'**Amicale** et de la **Caisse des Pensions ;**

A 3 *heures précises de l'après-midi*, Assemblée générale du **Concours Médical ;**

A 4 *heures et demie*, Assemblée générale du **Sou Médical.**

Le *Banquet*, commun à toutes les Sociétés, aura lieu, à 7 heures, au restaurant Marguery. La cotisation, payable à l'entrée, est de 15 francs, la Société civile du Concours prend à sa charge le supplément des frais, qui augmentent rapidement d'année en année.

Prière d'aviser de sa présence, autant que possible, avant le 18 novembre, en vue des dispositions à prendre.

PROPOSITIONS DES MEMBRES DU « CONCOURS ». — Nous rappelons qu'il est nécessaire que les propositions formulées par les *membres du Concours*, en vue de l'Assemblée générale, parviennent dans le plus bref délai, afin que le *Conseil de Direction* soit en mesure de procéder en temps utile à leur examen.

CORRESPONDANTS. — Le Conseil de Direction prie les Correspondants d'informer le plus tôt possible l'administration du *Concours* de leur désir d'assister aux Assemblées générales des 19 et 20, en faisant connaître le montant de leurs frais de voyage en chemin de fer, s'ils ne sont pas médecins de Cies de chemins de fer.

Le Conseil rappelle en même temps que la réunion spéciale des Correspondants aura lieu le dimanche 20 novembre, à 9 heures du matin, dans les salons du Restaurant Marguery (36, boul. Bonne-Nouvelle).

PROPOS DU JOUR

Toujours au sujet de la réorganisation du Syndicalisme médical.

La réorganisation projetée de l'Union des Syndicats médicaux de France nous vaut chaque jour des échanges de vues et d'intéressantes lettres. Au Conseil du Syndicat des médecins de la Seine, la discussion a pris même une ampleur que nous espérons lui voir conserver à la prochaine Assemblée générale de ce Syndicat. Nous sommes heureux de voir les confrères s'intéresser, se passionner même sur cette question, où, comme plusieurs de nos correspondants nous le font remarquer, les divergences de vues sont plus apparentes que réelles.

Quelques-uns de nos contradicteurs nous font bien un peu des procès de tendance, en affirmant que nous voulons empêcher les syndicats de garder leur entière autonomie et de prendre des initiatives. Il se peut que nous ne nous soyons pas très bien expliqué ou que l'on nous ait mal compris ; nous sommes loin, très loin, de nous croire infaillible ; mais comme nous l'avons toujours dit, nous préférons la critique, même lorsqu'elle est injuste, si elle est sincère et désintéressée, à cette approbation moutonnière et silencieuse qui est la forme trop coutumière de l'indifférence et de l'inaction, les plaies véritables de nos syndicats.

Quel est notre but à tous ? La défense la plus efficace des véritables médecins-praticiens, qui forment l'immense majorité du Corps médical français et la presqu'unanimité de nos Syndiqués.

Quels sont nos désirs en étudiant la réorganisation syndicale ? Arriver à perfectionner nos groupements, de telle sorte qu'une cohésion de plus en plus grande existe entre eux, pour augmenter ainsi leur puissance ; intéresser le plus grand nombre possible de praticiens à la défense syndicale ; obtenir que chaque groupement soit *réellement, effectivement,* représenté au Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France ; faire que cette Union centrale soit, autant que possible, la propriété, l'*émanation de tous,* que sa direction ne soit pas entre les mains d'un seul. Nous cherchons les moyens de réaliser sincèrement ce projet ; nous avons livré, *sans amour-propre d'auteur,* à nos confrères, le fruit de nos réflexions ; nous avons expliqué que nos propositions nous avaient été suggérées par la petite expérience que quinze ans de secrétariat nous ont permis d'acquérir ; mais nous ne prétendons nullement que notre solution soit la meilleure, nous n'osons même pas affirmer qu'elle soit pratiquement dès demain réalisable. Ce que nous voulons, c'est que désormais personne ne soit en droit d'écrire au Président ou au Secrétaire de l'Union, au nom d'un syndicat ou d'une fédération : « Si vous n'agissez pas comme nous le désirons, nous allons démissionner ». Ce que nous voulons, c'est que personne ne prenne, en posant cet ultimatum, l'air d'avoir fait acte d'adhésion à l'Union, non dans un but d'intérêt commun, mais dans l'intention de plaire à un ou quelques hommes. Ce que nous voulons, c'est que tous les syndicats affiliés se sentent chez eux à l'Union et non chez des étrangers, à l'invitation desquels ils ont bien voulu courtoisement faire l'honneur de répondre.

C'est seulement une fois cette transformation accomplie, sous une forme ou sous une autre, qu'on pourra utilement discuter sur l'impulsion qui pourra être donnée à l'Union et la voie dans laquelle devra s'engager le Syndicalisme médical. Les uns le veulent réformiste, les autres révolutionnaire. Que tous nous excusent de ne pas partager leur avis, mais nous croyons que ces mots, s'ils ne sont pas absolument vides de sens, ont cependant ici une signification étrangement différente dans les bouches diverses qui les profèrent.

Nous avons une confiance inébranlable dans l'avenir de notre Syndicalisme, nous l'avons vu grandir, nous l'avons vu évoluer, mais nous connaissons trop bien les limites des moyens dont il dispose pour affirmer qu'il devra être ceci ou cela. Disons, pour être dans le domaine de la réalité : *le Syndicalisme médical sera ce qu'il pourra.*

N'affirmons pas non plus que le Syndicalisme devra adopter telle ou telle méthode. Placé non pas sur les hauteurs de la philosophie spéculative, mais sur le terrain plat de l'intérêt et de la pratique, nous répondons : le Syndicalisme médical devra, selon les circonstances, user tour à tour des méthodes les plus différentes. Son but doit être d'assurer l'indépendance du praticien, en augmentant son bien-être. Son souci doit être, de faire toujours concorder, dans la lutte, l'intérêt public avec l'intérêt médical ; car il n'est pas douteux qu'en cas de désaccord, l'intérêt médical serait inévitablement sacrifié.

Nous avons fait, il est juste de le constater, des progrès considérables. Ignorés au début, traités alors comme des institutions négligeables par la Mutualité, par les Administrations

par la Presse, même par certains Corps de médecins privilégiés, nos associations professionnelles sont arrivées peu peu à se faire écouter et même à se faire craindre ; mais ne péchons pas par excès d'orgueil, ne les croyons pas plus fortes qu'elles ne sont en réalité : ne compromettons pas leurs efforts par des tentatives téméraires qui, les conduisant à de retentissants échecs, leur feraient perdre, d'un seul coup, l'autorité qu'elles ont conquise et amèneraient la déroute dans leurs rangs.

Plusieurs de nos amis nous ont reproché de ne pas avoir assez conscience de notre force. Nous croyons,au contraire, en avoir une notion assez exacte, basée sur les échanges continuels de correspondances avec les divers syndicats.

Nous avons lu récemment une charmante anecdote d'Anatole France qui s'adapte bien à la situation :

Ce fin lettré contait quelque part qu'un de ses professeurs de collège commentait le *Génie du Christianisme* et s'étonnait d'y voir Chateaubriand parler de trois œufs bleus dans un nid de merle. « Pour moi, affirmait-il, les œufs de merle ont toujours paru gris. » Et le brave homme, pensif, ajoutait avec un fin sourire : « Chateaubriand était vraiment bien heureux de pouvoir les trouver bleus ».

Nous aussi, nous trouvons bien heureux nos camarades de voir tout en bleu dans l'avenir de notre Syndicalisme. Nous ne saurions leur reprocher leur optimisme, source de confiance et d'enthousiasme. Sans vouloir, comme on nous l'a humoristiquement reproché, pousser trop au noir, nous croyons plus juste de donner à notre tableau une teinte grise, car il en est aussi beaucoup parmi nous qui ont le désir de juger froidement et pour cela de se rendre un compte exact de la réalité des choses.

J. Noir.

Nous avons reçu la lettre suivante :

Le Cannet, le 10 octobre 1910.

Mon cher Confrère,

Je vous ai fait adresser la liste de nos syndiqués ainsi que notre nouveau tarif d'honoraires en vigueur depuis le 1er janvier dernier.

Nous allons, dans la prochaine assemblée de notre Syndicat, nous occuper de la question de la réorganisation de l'Union pour la soumettre ensuite à l'étude de notre Fédération, dont l'assemblée, au début de novembre, sera invitée à envoyer des délégués à l'assemblée générale des Syndicats médicaux.

Il est certain, comme vous le dites si bien, que l'organisation de l'Union ne répond plus aux besoins du temps présent ; l'opinion est unanime à cet égard : pour rendre les services que la masse des praticiens est en droit d'attendre de cette institution, elle doit être rajeunie et comprendre dans sa constitution une émanation — un prolongement — de chaque cellule syndicale (directement ou par l'intermédiaire des Fédérations).

Mais *réorganisation* ne veut pas dire *chambardement*, et ce n'est pas sans stupeur que je vois des confrères, pleins d'un juvénile enthousiasme, et animés, je veux le croire, des meilleures intentions, venir nous proposer, pour arriver plus sûrement au résultat désiré..... la suppression des Comités départementaux du Concours ! J'avoue ne pas apercevoir — même après mûre réflexion — ce que la suppression d'un organisme auquel, de l'aveu de tous, nous devons la création et le développement des syndicats médicaux, auquel les praticiens sont redevables de la plupart des œuvres de prévoyance et de défense professionnelles, apporterait de rajeunissement et de vitalité à une institution qu'il s'agit simplement de mettre en harmonie avec les besoins actuels du Corps médical.

Les Syndicats sont majeurs, dit-on ; laissons les maintenant s'émanciper !

Mais qui parle de les tenir en tutelle ?

Singulière reconnaissance filiale en vérité !

Moi aussi, je suis majeur, et depuis longtemps, hélas ! j'avoue que l'idée ne m'est jamais venue pour cela de supprimer mes parents, dont je suis heureux, au contraire, de continuer à recevoir l'aide et les avis.

Ce ne sont là, mon cher Confrère, que des sentiments purement personnels que je vous exprime : je serais bien surpris, toutefois, qu'ils ne fussent pas partagés par notre Fédération de Provence, qui a été fondée l'an dernier sur l'initiative du correspondant du Concours médical à Marseille et qui s'honore d'avoir eu pour parrains les représentants réunis de l'Union des Syndicats et du Concours !

J'espère que ces deux institutions, qui se complètent et se prêtent un mutuel appui, continueront comme par le passé à marcher la main dans la main : le corps des Praticiens ne peut que gagner à cette précieuse et ancienne collaboration qui sortira, je pense, fortifiée de la grande consultation du 19 novembre.

Bien cordialement à vous.

Oudaille.

Président du Syndicat médical de Cannes,
Président de la Fédération des Syndicats médicaux de Provence.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades :

M. le Professeur KIRMISSON.

Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant.

Il existe deux grandes variétés de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, la fracture du condyle externe, de Chaussier, et la fracture sus-condylienne. Il importe que le praticien, non seulement différencie l'un de l'autre ces deux types de fractures, mais encore en fasse le diagnostic avec les autres lésions traumatiques du coude, les luxations du coude, en particulier.

Dans la fracture du condyle externe, le condyle et l'épicondyle, détachés par le trait de fracture, se trouvent généralement déplacés en haut et en dehors. Il en résulte un élargissement du coude. C'est là la forme habituelle. Mais vous pourrez voir signalées, dans le livre de Kocher, qui a étudié cette affection, des fractures du condyle dans lesquelles le déplacement est plus prononcé, s'accompagnant quelquefois de rotation, voire de retournement du fragment condylien. Il y a donc parfois un déplacement considérable qui peut amener, dans certains cas, à une intervention chirurgicale.

Ainsi, ce que l'on voit le plus souvent, c'est le déjettement en haut et en dehors du condyle. A titre exceptionnel, on peut observer une rotation ou un renversement de ce condyle.

Au point de vue du diagnostic, lorsque vous aurez été conduits à penser à la fracture de Chaussier et que vous sentirez la crépitation, vous ne saurez guère avoir de doutes. Du reste, cette fracture est caractérisée par la quasi-intégrité des mouvements articulaires. La flexion et l'extension y restent pour ainsi dire intactes et c'est là un caractère différentiel important avec les autres lésions traumatiques du coude.

La fréquence des fractures du condyle externe est à peu près celle des fractures sus-condyliennes que je vais étudier dans un instant. Dans les premières années où je m'occupais de chirurgie infantile, aux Enfants-Assistés, j'avais été frappé de la grande fréquence des fractures du condyle. Elles me paraissaient, à ce moment, les plus communes. Depuis, j'ai observé un grand nombre de cas de fractures supra-condyliennes et je crois maintenant qu'à peu de chose près, elles sont, les unes et les autres, également répandues.

J'arrive à la seconde variété, la fracture sus-condylienne. C'est à tort que, pendant longtemps, les chirurgiens ont expliqué la fréquence des fractures supra-condyliennes chez l'enfant par la présence du cartilage épiphysaire. On les a représentées comme étant de véritables décollements épiphysaires. Il n'en est rien. Smith, de Dublin, a montré que le trait de fracture siégeait en dehors du cartilage épiphysaire. Giraldès, qui a été un de mes prédécesseurs dans l'enseignement de la chirurgie infantile, avait appuyé cette observation de Smith. En outre, dans une communication à la Société de Chirurgie, il y a 20 à 25 ans, Farabeuf est revenu sur ce sujet et il a confirmé par des dessins très nets l'opinion de l'auteur anglais. Il n'y a donc pas de doute à ce sujet, et l'opinion universellement admise aujourd'hui est qu'il ne faut pas confondre la fracture supra-condylienne avec le décollement épiphysaire. Il existe bien quelquefois un décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure de l'humérus, mais il est entièrement distinct de la fracture dont nous nous occupons et je le laisserai de côté aujourd'hui. La fracture siège au-dessus des deux tubérosités, l'épitrochlée et l'épicondyle, et ces deux tubérosités appartiennent à la diaphyse et non à l'épiphyse.

Cela dit, voyons quel est le déplacement qui caractérise la fracture supra-condylienne de l'extrémité inférieure de l'humérus. Dans cette fracture, le fragment supérieur se porte en avant et en bas, et le fragment inférieur se porte en arrière et en haut, de façon à créer un chevauchement. Du reste, le plus souvent, le trait de fracture n'est pas transversal, mais oblique.

La pointe des fragments menace la peau ; de là la possibilité de voir une sorte d'embrochement de celle-ci, ainsi qu'une ecchymose transversale.

Le déplacement est le même que celui observé dans les luxations du coude, et la confusion entre les deux affections — luxation du coude et fracture supra-condylienne — est une erreur de tous les jours. Certains diront que cette erreur n'a pas une très grande importance, qu'il suffit de réduire dans les deux cas. Il n'en est rien et la confusion, au contraire, est des plus regrettables. Si, en présence d'une fracture, on croit à une luxation, on va tirer sur le membre pour réduire et l'on se contentera ensuite de mettre le bras en écharpe. Mais, à peine aura-t-on quitté le patient que le fragment inférieur, non maintenu par un appareil, remontera ; la lésion se reproduira et il s'ensuivra, au bout de six semaines, deux mois, une infirmité grave. Le fragment supérieur constitue, dans ces fractures mal soignées, une sorte de butoir qui viendra limiter les mouvements de l'avant-bras. Il est donc de première importance de faire un diagnostic exact.

Quels sont les caractères différentiels qui doivent permettre d'éviter une telle erreur ?

Il en est un que vous connaissez tous. Il consiste à rechercher les rapports entre l'olécrâne, l'épitrochlée et l'épicondyle. Normalement, dans les

mouvements d'extension, ces trois parties osseuses se trouvent sur une même ligne horizontale. Lorsqu'il y a luxation, l'olécrâne remonte et les trois parties osseuses forment un triangle. Ce signe est excellent et il n'y a aucune objection à lui faire. Mais il faut pouvoir le trouver. Dans le cas où il y a un gonflement considérable, où il y a de la graisse abondamment autour de l'articulation, où l'enfant est timoré et se laisse mal examiner, il n'est pas toujours facile à percevoir. Il est utile, en définitive, d'avoir d'autres cordes à son arc.

Deuxième signe. Quand vous serez assez heureux pour trouver l'épicondyle et l'épitrochlée, immobilisez la diaphyse. Si vous sentez que l'épicondyle et l'épitrochlée peuvent quand même se déplacer, concluez à la fracture.

Troisième signe. L'ecchymose transversale est un indice de fracture. On ne la voit pas dans la luxation. On trouve bien, dans la luxation, une ecchymose simple, diffuse, mais pas cette ecchymose abrupte qui est due à la pénétration du fragment osseux dans les parties molles.

Enfin, quatrième signe, sur lequel j'insiste beaucoup. Il est très important et découle de la forme et de la position des saillies. Dans la fracture, on trouve une saillie (l'extrémité inférieure du fragment supérieur), petite, irrégulière, siégeant *au niveau du pli du coude*. Dans la luxation, on rencontre une saillie large (l'extrémité inférieure de l'humérus), siégeant *au-dessous du pli du coude*.

Tels sont les 4 signes sur lesquels vous baserez le diagnostic différentiel de la fracture supra-condylienne et de la luxation du coude.

Il est un symptôme contre lequel je tiens à vous mettre en garde ; je veux parler de la crépitation. J'ai vu, à la faveur de ce symptôme, faire des erreurs de diagnostic. J'ai vu des candidats examinant un coude et sentant de la crépitation conclure de là à une fracture, alors qu'il s'agissait de luxation. Dans la luxation, les os n'ont pas leurs rapports normaux, mais ne sont pas séparés : le frottement de l'un contre l'autre peut déterminer une sorte de crépitation, moins régulière sans doute que la crépitation des fractures, mais suffisante pour induire en erreur.

A côté de cette forme ordinaire de la fracture supra-condylienne, il en existe une autre où le déplacement est inverse, le fragment inférieur se portant alors non en arrière, mais en avant. Cette forme est tout à fait exceptionnelle.

Les fractures du coude en général doivent être envisagées encore au triple point de vue : des difformités auxquelles elles peuvent donner naissance, des troubles fonctionnels et des accidents nerveux qu'elles sont susceptibles de déterminer.

A la suite d'une fracture du coude, il peut y avoir exagération du cubitus valgus physiologique. Vous savez que, normalement, l'avant-bras n'est pas plus dans l'axe du bras que la jambe n'est dans l'axe de la cuisse. Il existe physiologiquement un cubitus valgus (comme un genu valgum), plus accusé dans le sexe féminin. Eh bien ! il arrive que le déplacement de l'avant-bras, dans la fracture du coude, accentue ce cubitus valgus. Dans d'autres cas, l'avant-bras se porte en dedans et l'on voit le cubitus valgus supprimé et être remplacé par un cubitus varus.

Ces déformations n'ont ordinairement pas une grande importance. Ce qui mérite plus d'attention ce sont les troubles fonctionnels. Ils tiennent à la limitation des mouvements, limitation due à deux ordres de causes. D'abord, l'arthrite. S'il y a une arthrite violente, il peut s'ensuivre des adhérences et une ankylose généralement huméro-cubitale, plus rarement radio-cubitale. Vous serez frappés de voir les mouvements de pronation et de supination conservés alors que la flexion et l'extension sont limitées. Comme autre cause, vous avez le déplacement des fragments et le cal. Le fragment supérieur, quand la réduction n'a pas été opérée, forme une sorte de butoir qui arrête les mouvements.

Les accidents nerveux constituent un vrai danger par leur importance et leur fréquence. Sans doute, de temps en temps, on observe des plaies, des lésions vasculaires dans les fractures du coude, mais ce sont là des accidents rares comparés aux accidents nerveux. L'extrémité inférieure de l'humérus est en rapport intime avec les nerfs radial, cubital et médian, ce qui explique la fréquence relative des troubles nerveux.

Il faut savoir, au point de vue pratique, qu'il existe ici deux ordres d'altérations nerveuses : les unes primitives, se produisant au moment du traumatisme ; les autres consécutives et secondaires, tenant à la compression du nerf par les fragments ou un cal exubérant. En présence d'un traumatisme du coude, on doit s'assurer de l'état de la motilité et de la sensibilité de la main et des doigts, car si vous négligiez cette exploration, vous pourriez être accusés d'avoir produit des paralysies par votre traitement. Votre examen mettra votre responsabilité à couvert.

Ces différents accidents, difformités, troubles fonctionnels, troubles nerveux, seront évités par une réduction aussi exacte que possible et un bon traitement.

Quel traitement appliquer aux fractures du coude ?

Dans la fracture du condyle, un pansement compressif au niveau du fragment séparé le maintiendra en place.

Les risques sont plus graves quand il s'agit de fracture supra-condylienne. Le déplacement est alors, parfois, considérable. Pour pratiquer la réduction, il convient d'endormir l'enfant. Quant

à la réduction elle-même, les idées diffèrent à ce sujet. Larroyenne a proposé de réduire dans la position de l'extension complète. Je considère cette position, au contraire, comme moins favorable. Et puis, s'il se produit une ankylose, rien n'est plus triste que l'ankylose dans la position rectiligne. La position de flexion est plus favorable pour la réduction, et si, malheureusement, il s'ensuit une ankylose, elle sera moins pénible, un membre supérieur en flexion pouvant encore servir à quelque chose.

Autrefois, on recommandait l'immobilisation à angle droit. La pratique nous a appris que si la flexion est à angle aigu, on obtient un meilleur engrènement des fragments.

Vous verrez des gens qui vous conseilleront de traiter ces fractures du coude par le massage. Il n'est pas de doctrine plus funeste que celle-ci. Adressez-vous au massage si vous voulez un mauvais résultat. C'est se résigner à ne pas obtenir de réduction. De plus, plus vous manipulez l'articulation, plus vous irritez le périoste de l'enfant, plus il sécrètera d'os, et plus vous aurez un cal exubérant.

Vous ferez donc une réduction attentive et vous appliquerez un appareil qui pourra être laissé en place 20 à 25 jours. Au bout de ce temps, la consolidation est assez acquise et, alors seulement, vous vous trouverez bien d'un massage doux et d'une mobilisation rationnelle.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

LA SEMAINE MÉDICALE

L'Immunité dans la Syphilis

M. le Dr Marcel PINARD a étudié dans sa thèse la question de l'immunité au cours de la syphilis.

Il constate d'abord que l'immunité naturelle vis-à-vis de la syphilis n'est pas démontrée.

D'ailleurs, même pendant l'évolution de la syphilis, l'immunité est loin d'être toujours absolue. Pendant l'incubation du premier chancre, il est possible de produire un accident syphilitique en inoculant du virus actif.

Pendant les dix premiers jours, le chancre est auto-inoculable presque constamment.

Après ce laps de temps et jusqu'à l'apparition de la roséole, le chancre peut être réinoculé à la condition de prendre une plus grande quantité de virus et de l'introduire en pochette sous-épidermique. Les accidents de réinoculation sont bien des lésions spécifiques, leur incubation (dix à douze jours), leur aspect, leur structure histologique, la présence du tréponème le démontrent. L'aspect des accidents de réinoculation à la période primaire se rapproche soit du chancre syphilitique à la période de début, soit des papules secondaires.

Notons que ces accidents de réinoculation peuvent être aussi bien produits dans des régions éloignées ou voisines du premier chancre, leur évolution est semblable. L'immunité s'établit lentement, mais ne progresse pas de région en région. Les inoculations avec le virus du malade ou avec du virus étranger donnent des résultats comparables. Pendant la période secondaire, les accidents de réinoculation sont très difficiles à obtenir et en tout cas insignifiants, ressemblant à de minimes maculo-papules. Il est possible de déterminer expérimentalement des lésions de réinfection ou plutôt de superinfection chez les tertiaires : les accidents obtenus présentent un aspect typique de lésion tertiaire. Ils apparaissent après une incubation de 15 à 20 jours. Lorsqu'ils sont ulcérés, il est impossible de mettre en évidence le tréponème comme pour les lésions tertiaires spontanées.

Des accidents de superinfection peuvent s'observer en clinique, de même que l'expérimentation peut les reproduire. Ils sont dus à des auto ou à des hétéro-inoculations. Pendant l'incubation du chancre, de nouvelles contaminations peuvent produire des chancres successifs, de moins en moins développés. Pendant l'existence du chancre, surviennent quelquefois des chancres par contact, par impression. Pendant la période tertiaire, certaines syphilides chancriformes génitales, absolument impossibles à différencier cliniquement des spontanées, peuvent dépendre d'une seconde infection. Ces cas sont en clinique plus fréquents qu'on ne le croyait jusqu'alors.

On peut aussi observer de véritables réinfections syphilitiques, avec une seconde syphilis avec accidents secondaires plus ou moins complets.

Les hérédo-syphilitiques, non seulement les dystrophiques, mais ceux qui ont reçu la syphilis en nature sont susceptibles de la contracter une deuxième fois.

L'immunité est incomplète pendant la période primaire, très prononcée pendant la période secondaire, atteint son acmé après la disparition des accidents secondaires pour s'affaiblir ensuite pendant la période tertiaire.

Le traitement mercuriel précoce, intensif et prolongé contribue à la disparition de l'immunité, c'est-à-dire à la guérison.

La réaction de Wassermann négative au début de la syphilis, constamment positive pendant la période secondaire, est souvent négative chez les tertiaires, et cela d'autant plus qu'on s'éloigne de la date du début et que le malade a été traité de façon intensive. Elle suit donc une marche parallèle à la possibilité des réinoculations. Les accidents de superinfections et de réinfections véritables sont non seulement possibles, mais plus fréquents qu'on ne le pense. Le syphilitique réagit à une nouvelle inoculation sur un type en rapport avec le stade de la première atteinte, c'est-à-dire en rapport avec le degré de son immunité.

Un syphilitique peut à un moment donné perdre complètement son immunité, il peut donc faire une véritable réinfection. Il en existe des exemples indiscutables.

La Rachianesthésie à la cocaïne

Nous avons déjà maintes fois parlé de la rachicocaïnisation, et en particulier de la méthode du Dr Le Filliatre, de Paris. De nombreux auteurs ont combattu ce procédé d'anesthésie et plusieurs même de ses initiateurs l'ont abandonné. M. Le Filliâtre en est toujours fort satisfait et récemment, au Ve Congrès de Gynécologie de St-Pétersbourg, il a cité 546 interventions sur les organes génitaux de la femme, dont 61 hystérectomies abdominales pour fibromes utérins, exécutées au moyen de la rachicocaïnisation à l'exclusion de tout autre anesthésique (chloroforme ou éther). « Avec cette méthode, dit M. Le Filliâtre, à part quelques nausées qui ne se rencontrent que chez un petit nombre de malades, parfois même accompagnées d'une légère pâleur passagère de la face et seulement pendant les dix premières minutes après l'injection, nous n'avons jamais eu d'accident ni au cours de l'intervention ni après. L'état nauséeux, quand il existe, ne dépasse jamais le temps nécessaire à la toilette chirurgicale de la région.

« On obtient toujours une anesthésie parfaite de 1 heure 1/2 au moins à 2 heures et plus, et pendant l'intervention la malade présentera, grâce à l'extraction du liquide céphalo-rachidien, une paroi souple et ne faisant aucun effort de vomissement ; elle donne tout le temps voulu de procéder, sans se presser, aux différents temps opératoires ; par exemple : après une hystérectomie un peu longue, sans porter atteinte à l'état général de la malade, on pourra pratiquer une péritonisation minutieuse et terminer par l'appendicectomie, sans avoir jamais été gêné au cours de l'intervention par la masse intestinale qui, pendant le Trendelenbourg, toujours très bien supporté, restera enfouie sous le diaphragme en arrière de la paroi abdominale sans jamais repousser les compresses de protection, *l'opérée ne poussant pas*.

« En outre du calme et du bien-être que présentent les malades pendant l'intervention, même si on a affaire à des nerveux, des cardiaques, des débilités, etc., en appliquant ce mode d'analgésie, on évite l'intoxication du globule sanguin par le chloroforme et, de ce chef, on supprime l'intoxication chloroformique qui est toujours fort redoutable.

« Ainsi se trouve respecté le fonctionnement normal du foie et des reins, et évitée la malencontreuse complication des vomissements. »

M. Le Filliâtre termine sa communication par cette déclaration :

« La campagne menée contre la rachicocaïnisation ne saurait s'appliquer à notre méthode. Après huit ans de pratique, et plus de 2.000 anesthésies *nous attendons encore notre premier insuccès* ; personne, en effet, n'a pu jusqu'à ce jour nous présenter un de nos opérés atteint soit de paraplégie, de paralysie quelconque, de douleurs ou de troubles de la motilité portant sur les membres ou le reste de l'organisme.

« Notre technique réduit à néant tout le mal que certains esprits auraient voulu voir dans l'application d'un médicament aussi parfait que la cocaïne à l'anesthésie des centres nerveux. C'est aujourd'hui chose jugée. »

Les Injections d'hectine dans la Syphilis

Le *Journal de médecine et de chirurgie* de Lucas-Championnière donne quelques utiles indications sur la méthode de M. le Dr Hallopeau pour les injections d'hectine B. Ces injections, faites pendant 15 à 20 jours, doivent être répétées tous les jours dans le voisinage du chancre. Au bout de ce temps, selon l'auteur, tous les accidents de la syphilis seraient guéris et la maladie complètement enrayée.

Les petites opérations nécessitées par la méthode ne présentent de difficultés que si l'accident primitif est anormalement localisé.

Dans tous les cas, il est préférable de se servir d'aiguilles en platine iridié, si l'on doit faire concurremment, comme il est de règle, pendant les vingt premiers jours, une injection fessière d'un sel soluble de mercure, ordinairement le benzoate ou le biiodure.

« L'aiguille doit être bouillie pendant un certain temps, si elle sert consécutivement à plusieurs de ces injections.

« Il est suffisant qu'elle ait une longueur de 3 centimètres.

« Son calibre doit être très fin, la douleur est ainsi moindre ; il n'y a pas de danger qu'elle s'encrasse.

« Il est utile cependant d'y faire passer un courant d'eau bouillie, surtout après l'injection de benzoate.

« Le mode d'introduction diffère suivant le siège du chancre.

« Lorsqu'il s'agit d'un chancre pénien, on fait un pli cutané, les deux premières fois dans son voisinage, l'on introduit l'aiguille à travers le fourreau, et en dirigeant la pointe vers l'accident primitif, on pénètre même dans l'épaisseur de cette lésion, si son tissu ne présente pas une trop grande résistance, et l'on pousse l'injection ; en général très modérément douloureuse, elle forme d'abord un soulèvement comparable à celui que représenterait la moitié d'une petite noisette ; cette infiltration s'affaisse en grande partie dans les 24 heures, pour disparaître au bout de deux à trois jours.

« Ultérieurement, on pratique chaque jour l'injection sur le côté droit et le côté gauche de l'organe, d'une manière alternative, en évitant de la faire pénétrer dans les vaisseaux et en la reculant progressivement vers la racine jusqu'au

moment où la résorption des solutions précédemment introduites permet de revenir au voisinage du chancre.

« Après chaque injection, on recouvre, sans faire de massage, la piqûre avec un tampon d'ouate hydrophile que l'on fixe à l'aide de collodion élastique.

« Mieux vaut, surtout chez les ouvriers, ne pas choisir comme lieu d'injection la face dorsale de l'organe, pour éviter les accidents locaux que peut provoquer le frottement incessant contre les boutonnières du pantalon.

« Il faut éviter soigneusement d'introduire l'aiguille de dedans en dehors de la paroi interne du fourreau.

« Dans le cas où il s'agit d'un chancre de la vulve, on enfonce l'aiguille dans la face cutanée de la grande lèvre et l'on en pousse la pointe jusque sous la muqueuse. L'opération est pratiquée alternativement des deux côtés et successivement sur tout le pourtour de l'orifice.

« M. Hallopeau n'a pas encore eu l'occasion d'appliquer sa méthode à des chancres extra-génitaux ; les règles doivent être identiques. Il est malheureusement des régions où l'introduction quotidienne de l'aiguille est presque impossible ; on pourrait avoir recours alors à une injection unique d'une dose double d'hectine. M. Mouneyrat vient, en effet, de s'assurer que l'on peut en obtenir ainsi des effets beaucoup plus actifs, ne le cédant en rien à ceux du 606.

« Les chancres des amygdales ne paraissent pas, en raison des accidents de suffocation que pourrait entraîner le gonflement, accessibles à cette médication ; ces organes constituent avec les parties voisines de l'isthme du gosier et du pharynx, les derniers refuges inviolables des tréponèmes primitifs. »

Formes curables de la Tuberculose aiguë chez l'enfant.

Les formes rapidement mortelles de la tuberculose aiguë chez l'enfant sont : 1° la forme disséminée (granulie) ; 2° la forme disséminée avec prédominance symptomatique au niveau des méninges, de la plèvre, du péritoine ; 3° les formes pulmonaires subaiguës assez rares chez les nourrissons et qui s'observent surtout dans la seconde enfance (pneumonie caséeuse, bronchopneumonie bilatérale) ; 4° les formes suraiguës entraînant la mort en quelques jours. MM. Aviragnet et Tixier viennent d'attirer l'attention des praticiens au Congrès de Pédiatrie de Toulouse, sur les formes *curables* de la tuberculose aiguë de l'enfant.

Ces formes sont au nombre de trois :

1° Les formes localisées telles que celles qui atteignent la plèvre et le péritoine ;

2° Les formes à déterminations multiples ;

3° Les formes sans localisations apparentes.

1° Pour les premières, l'autosérothérapie arrive à guérir assez rapidement ces localisations sous l'influence d'une ponction ou d'une incision de laparotomie. De même la tuberculose méningée, scientifiquement constatée par tous les procédés de laboratoire, peut exceptionnellement guérir ; on a observé des guérisons incontestables.

On ne doit donc pas condamner de parti pris tous les enfants atteints de méningite tuberculeuse ; puisqu'il y a eu des guérisons, il ne faut pas refuser aux familles toute lueur d'espoir. Les arthropathies aiguës tuberculeuses rentrent également dans les formes qui peuvent guérir.

2° Les *formes à déterminations multiples* établissent la transition entre les formes localisées et la typho-bacillose, sans localisation apparente. Les sujets présentent à la fois des signes de septicémie tuberculeuse et des déterminations concomitantes séreuses ou viscérales.

3e Les *formes sans localisations apparentes* sont rangées sous le nom de typho-bacillose. Une fièvre survient sans cause, a une marche continue avec intermittences et exacerbations vespérales, le pouls est accéléré. Il existe quelques troubles digestifs ou respiratoires, mais rien d'assez net, pour justifier la fièvre. Les taches rosées font défaut. L'examen du sang, la séroréaction de la fièvre typhoïde restent négatifs. Les formes légères rappellent un embarras gastrique fébrile qui se prolonge quelque temps ; les formes graves simulent les pyrexies graves avec symptômes ataxo-adynamiques. Ces derniers peuvent guérir, tout comme les autres. Mais des risques menacent l'avenir. Il reste, en effet, des bacilles de Koch en réserve dans les ganglions du médiastin. Cette adénopathie trachéo-bronchique se révèle par l'existence d'un certain degré de circulation veineuse collatérale dans la région thoracique antéro-supérieure, la constatation d'un souffle et d'une matité inter-scapulo-vertébrale prédominant à droite, l'examen radioscopique. Les adénopathies périphériques renseignent beaucoup moins. Quant aux épreuves à la tuberculine, les unes sont à rejeter (oculo-réaction) ; d'autres, inoffensives (cuti-réaction, intra-dermo-réaction), annoncent que le sujet est tuberculeux, mais n'autorisent pas à conclure que tel accident déterminé est de nature tuberculeuse. On ne peut guère attribuer une certaine importance qu'aux réactions négatives. Des accidents broncho-pulmonaires peuvent suivre ces adénopathies : modification du murmure vésiculaire au sommet, asthme catarrhal chez les arthritiques, bronchites localisées, congestions pulmonaires.

Le traitement devra toujours être surtout hygiénique et climatique ; mais il ne faut pas négliger l'huile de foie de morue et les phosphates comme reminéralisateurs.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'hectine ou le 606 dans le traitement abortif de la syphilis. — Un signe pour dévoiler la simulation de la Surdité. — La Rachianesthésie générale.

M. Hallopeau fait à l'*Académie de médecine* une communication sur la valeur comparative de l'*hectine et du* 606, *dans le traitement abortif de la syphilis*.

Il serait prématuré, dit-il, de vouloir déterminer aujourd'hui quel rang doit prendre dans le traitement de la syphilis le nouveau médicament lancé avec tant de *maestria* sous le nom de 606. C'est un produit indiscutablement actif, mais réunit-il les conditions essentielles que l'on doit exiger d'un agent médicamenteux pour le considérer comme radicalement abortif, conditions qui sont : la première, de ne pas être suivi d'insuccès, la seconde de ne pas entraîner de dangers sérieux.

Il faut le reconnaître, dans un certain nombre de cas, l'emploi du 606 a été suivi d'accidents, tels que douleurs, parfois atroces, réaction fébrile, prostration, abcès, parésie des membres inférieurs, troubles de la vision, mort même. Les cas de cécité sont, à la connaissance de l'auteur, au nombre de deux. Quant aux cas de mort, Ehrlich en a signalé, au récent congrès de Kœnigsberg, 12 connus de lui. Le traitement par le 606 n'est donc pas exempt de dangers.

Est-il constamment et définitivement curatif ? Nullement, les récidives ne sont pas très rares, et l'on est amené souvent à pratiquer une seconde injection, quelques semaines après la première.

Pour ces raisons, M. Hallopeau conclut que le 606 ne réalise pas les conditions nécessaires à une médication abortive de la syphilis. Selon lui, l'*hectine*, appliquée suivant la méthode qu'il a personnellement préconisée, est préférable. L'hectine est bien supportée et les résultats qu'elle donne semblent être toujours définitifs. Les malades (encore peu nombreux, il est vrai) soumis au traitement abortif par l'hectine n'ont pas eu d'accidents spécifiques ultérieurs, la réaction de Wassermann est restée chez eux négative ; leur chancre remonte à 7 mois, 11 mois, 16 mois.

M. Netter prend la défense du 606. Il l'a appliqué avec succès chez un de ses malades, et il rappelle que des succès remarquables, sans accident, ont été obtenus par M. Salmon (133 cas), M. Milian (110 cas), M. Emery (70 cas), etc.

M. Léon Labbé pense qu'il serait important d'avoir des renseignements très circonstanciés sur les accidents survenus au cours ou à la suite de l'emploi du 606.

M. Balzer a vu de très beaux résultats obtenus dans son service par M. Milian, et il est décidé à se servir du 606. Toutefois, il est à regretter que les publications déjà faites sur le remède ne soient pas assez explicites en ce qui concerne les cas malheureux. Les observations où il y a eu mort auraient dû être publiées avec des détails complets, de telle façon que les praticiens soient pleinement édifiés sur leur signification.

Cette médication est une médication à *dose massive unique*. La dose servant au traitement est injectée d'un seul coup. Cette dose, qui était déjà forte, 50 à 60 centigr., tend encore à s'accroître ; elle arrive parfois à 70 centigr. et même 1 gramme. La masse en question va constituer au point injecté une réserve arsenicale qui sera graduellement absorbée. On agit ainsi d'emblée sans connaître la tolérance du malade, sans savoir si par hasard il n'est pas idiosyncrasique. Cette méthode se rapproche des injections mercurielles insolubles, de calomel, alors que le procédé signalé par M. Hallopeau (les injections d'hectine) se rapproche des injections mercurielles solubles.

Quoi qu'il en soit des points encore insuffisamment définis de ces traitements, on peut dire que la valeur spécifique de l'arsenic reste éclatante et qu'il est entré pour ne plus en sortir dans le traitement général de la syphilis.

— M. Weiss présente à l'*Académie de médecine* un rapport sur un travail de M. Lombard intitulé : *Contribution à la séméiologie de la surdité ; un nouveau signe pour en dévoiler la simulation*.

Le nouveau signe indiqué par M. Lombard est basé sur cette remarque que, chez les sourds totaux, la voix ordinaire de conversation prend des caractères spéciaux, son intensité s'élève, et elle devient criarde.

L'auteur emploie dès lors un appareil assourdisseur quelconque, téléphone assourdisseur, appareil de Barany (où le bruit est produit par la crépitation résultant du choc répété d'un marteau sur une membrane). On obtient aussi l'assourdissement, en envoyant dans le conduit auditif un jet d'air sous pression, que l'on brise à l'entrée du conduit.

Supposons un individu tout à fait normal simulant la surdité complète bilatérale. Si nous assourdissons ses deux oreilles et si nous le faisons parler, instantanément, au moment de l'assourdissement, sa voix s'élève et il crie. Sa voix baisse aussitôt que l'on arrête l'appareil, sans qu'il ait connaissance de ces alternances.

Comme contre-épreuve, chez un sourd labyrinthique bilatéral, l'application des assourdisseurs ne produit aucun changement dans la voix.

Supposons un individu normal simulant la surdité complète unilatérale. Un seul assourdisseur placé du côté de la soi-disant mauvaise oreille déterminera souvent une première élévation de la voix, et un second assourdisseur du côté de l'autre oreille, une seconde élévation de la voix.

Si le sujet était réellement un sourd unilatéral complet, l'assourdissement du côté de la mauvaise oreille ne produirait aucun changement dans la voix, tandis qu'appliqué à l'oreille saine, il confère la surdité totale avec élévation de l'intensité vocale.

Ce signe ne s'applique qu'au cas de simula-

tion de surdité labyrintique totale, uni ou bilatérale.

— M. Jonnesco (de Bucharest) communique à l'*Académie* une étude sur la *rachianesthésie générale*.

L'auteur affirme sa conviction absolue que la rachianesthésie générale, par sa simplicité, sa bénignité et sa supériorité, remplacera bientôt l'anesthésie par inhalation et sera, quoi qu'on fasse, la méthode d'anesthésie de l'avenir.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

La Belladone (*suite*),

Par le Dr André Lombard.

L'action paralysante de la belladone sur les nerfs sécrétoires périphériques l'a fait employer contre les sueurs nocturnes des tuberculeux quand elles fatiguent les malades ; on prescrit alors (Rénon), à cinq heures du soir et à dix heures du soir, dix à vingt gouttes de :

Teinture de belladone.....	
Teinture de jusquiame	ââ 5 gr.
Teinture d'hydrastis canadensis.	

Son emploi a été aussi conseillé dans la galactorrhée, mais elle est exceptionnellement employée.

On ne peut dire que la belladone diminue toutes les sécrétions, car son mode d'action active indirectement la sécrétion rénale en augmentant la pression artérielle ; on ne la prescrira donc pas dans les affections cardio-vasculaires à hypertension artérielle (Huchard). Mais ses effets antisécréteurs et sédatifs sont heureusement mis à profit dans l'hypersécrétion chlorhydrique ; l'action en est prolongée, sinon très rapide ; on fait prendre, pendant une dizaine de jours, une des pilules suivantes :

Extrait de belladone.....	un centigr.
Feuilles de belladone pulv.....	0 gr. 04

en 1 pilule ; qu'il vaut mieux prendre avant que pendant le repas (Robin). Si l'on désire un effet plus rapide, on l'associera aux alcalins :

Poudre de feuilles de belladone....	0 gr. 01
Magnésie calcinée.....	0 gr. 25
Bicarbonate de soude.....	0 gr. 50

en 1 paquet, un toutes les 3 heures.

On pourra aussi prescrire avant chaque repas un paquet contenant :

Poudre de feuilles de belladone.	
Poudre de vanille.....	ââ 1 cent.
Bicarbonate de soude.....	0 gr. 25
Craie préparée.....	
.....	ââ 0 gr. 50

en 1 paquet, nº 20.

On obtient de bons résultats de cette médication dans l'ulcère de l'estomac, mais il est nécessaire de donner des doses élevées, qui ne sont pas toujours sans inconvénients.

Quand on a en vue le soulagement de la douleur, dans les affections gastriques, on peut faire prendre chaque jour une à trois des pilules suivantes :

Extrait thébaïque.....	
Extrait de belladone.....	ââ 0 gr. 01
Poudre de feuilles de belladone..	

ou donner une demi-heure avant les repas un cachet avec :

Poudre de belladone.....	0 gr. 05
Poudre de rhubarbe.....	
Magnésie anglaise.....	ââ 0 gr. 20

en 1 cachet, nº 10.

C'est ainsi que le médicament peut être utilisé dans le spasme de l'œsophage, dans toutes les affections douloureuses de l'estomac, même le cancer.

On calme parfois les vomissements simples ou ceux de la grossesse, en faisant avaler dix gouttes de teinture de belladone, ou la potion suivante :

Teinture de belladone.....	6 gr.
Menthol cristallisé.....	0 gr. 25
Eau chloroformée	150 gr.

par cuill. à soupe dans un demi-verre d'eau gazeuse (Debove).

Atonique ou spasmodique, la constipation est toujours heureusement influencée par la belladone ; on fait prendre, le soir, au coucher, pendant une dizaine de jours une pilule contenant un centigr. de poudre et d'extrait : médication également utile dans la cirrhose hypertrophique ; ou bien une de celles-ci, plus actives :

Poudre de belladone.....	
Extrait de belladone.....	ââ 0 gr. 01
Podophyllin.....	

en 1 pilule ;

ou encore, matin et soir, un cachet avec :

Extrait de belladone.....	0 gr. 01
Magnésie hydratée.....	0 gr. 15
Charbon de peuplier pulvérisé....	0 gr. 30

en 1 cachet, nº 20.

Fréquente chez les goutteux, la constipation sera souvent utilement traitée, en même temps que seront amendées les douleurs, par la prise bi-quotidienne d'une pilule d'un centigramme de poudre et d'extrait de belladone.

Toutes les affections intestinales douloureuses, les coliques hépatiques ou néphrétiques sont justiciables de la belladone. C'est ainsi que dans l'entéro-colite muco-membraneuse et la lithiase intestinale, on se trouvera bien de faire prendre chaque jour deux ou trois pilules avec un centigr.

de poudre et d'extrait de belladone, avec ou sans un centigr. d'extrait thébaïque. De même, dans le traitement médical de l'appendicite, on fera prendre chaque jour, pendant 2 ou 3 jours, une à quatre des pilules suivantes :

Extrait de belladone.....	0 gr. 01
Extrait thébaïque.....	0 gr. 01 à 0 gr. 025

en 1 pilule, n° 12 ;

ou bien, à l'exemple de M. Robin, on fera avaler 30 gr. d'huile de ricin additionnée d'un centigr. d'extrait de belladone. En outre, après la purgation, avant d'appliquer une vessie de glace, on se trouve bien de faire sur le flanc droit une onction avec la pommade suivante :

Onguent mercuriel double.....	10 gr.
Extrait de belladone.....	10 gr.

Les coliques saturnines sont souvent calmées par les pilules suivantes :

Extrait de belladone.....	0 gr. 01
Extrait thébaïque.....	0 gr. 025

en 1 pilule, dont on peut avaler une toutes les deux heures en en surveillant l'effet. On peut aussi faire prendre le premier jour cinq, puis dix, le second jour, si les douleurs persistent, des pilules contenant un centigr. de poudre et d'extrait de belladone. Insuffisante dans la colique hépatique aiguë, l'action de la belladone est utile dans une crise prolongée, subaiguë ; on prend, matin et soir pendant dix jours, une pilule contenant :

Extrait de belladone..... Poudre de belladone..... Evonymin (ou podophyllin).....	aâ 0 gr. 01

De même dans la colique néphrétique, où l'on obtient de bons résultats de l'administration biquotidienne de pilules contenant un centigr. de poudre et d'extrait de belladone.

Même dans le diabète, les propriétés sédatives de ce médicament peuvent être mises à profit ; après le traitement par la quinine, l'arsenic et les alcalins, on fait prendre matin et soir pendant 10 jours une pilule contenant :

Extrait de belladone.....	0 gr. 01
Extrait thébaïque.....	0 gr. 025
Extrait de valériane.....	0 gr. 05
Poudre de quinquina.....	q. s.

(GRASSET.)

ou bien celles-ci :

Extrait de belladone.....	0 gr. 005
Extrait thébaïque.....	0 gr. 01
Extrait de valériane.....	0 gr. 10
Poudre de quinquina.....	q. s.

(ROBIN.)

en 1 pilule, n° 54.

On en fera prendre, à intervalles égaux, quatre, les premier et deuxième jours, six les troisième et quatrième jours ; huit, les cinquième et sixième jours ; six les septième et huitième jours ; trois les neuvième et dixième jours.

(*A suivre*).

THÉRAPEUTIQUE

La Médication créosotée dans la Tuberculose ;

Par les Docteurs :

P. BARBIER et G. RALLIER,

La thérapeutique anti-tuberculeuse doit se proposer un double but : fortifier le terrain pour le défendre contre les attaques du bacille de Koch, et en même temps lutter directement contre ce dernier.

Le premier but est atteint par la médication phosphorique qui agit en substituant au terrain tuberculisable, hypo-acide et déminéralisé, un terrain hyperacide et réfractaire à l'action du bacille. La médication créosotée permettra parfaitement de lutter directement contre les bacilles de Koch.

L'action spécifique de la créosote, défendue par *Bouchard* et *Gimbert*, n'est plus admise aujourd'hui par personne ; toutefois les expériences récentes d'*Arloing* et de *Courmont* sur la séro-réaction dans la tuberculose tendraient à faire considérer la créosote tout au moins comme un spécifique indirect. — En effet, sous l'influence de ce médicament, le sérum du sang de cheval acquiert des propriétés agglutinantes à l'égard du bacille de Koch et cette agglutination représente un mécanisme de défense vis-à-vis de l'infection.

Malheureusement, la créosote présente de graves inconvénients (causticité à l'égard des muqueuses, d'où intolérance digestive, toxicité, même parfois à doses faibles, etc.) ; aussi, a-t-on essayé d'administrer à la place de la créosote, son principe actif, le gaïacol, qui semble aussi toxique, sans être plus efficace.

Mais l'expérience clinique de ces dernières années permet de substituer en toute sécurité le Thiocol à la créosote et au gaïacol. — Non seulement le Thiocol n'exerce pas sur les muqueuses de l'estomac l'action caustique de la créosote, mais au contraire, il possède de véritables propriétés eupeptiques et orexiques ; on peut même regarder le Thiocol comme un puissant stomachique, ce qui est bien à considérer dans le traitement de la maladie où, suivant le mot de *Peter*, « l'estomac doit être entouré de soins pieux ».

D'autre part, le Thiocol Roche, dont chaque gramme correspond à 0,52 centigrammes de gaïacol cristallisé, est doué d'un pouvoir bactéricide nettement établi à l'égard du bacille de Koch et des microbes associés ; il est donc un puissant modificateur du terrain tuberculisable, dont il exalte au plus haut point les réactions phagocytaires et humorales ; enfin, le Thiocol Roche, qui est un

agent dynamogène de premier ordre, est actuellement la meilleure arme que nous possédions non seulement dans la lutte contre la tuberculose confirmée, mais encore comme moyen prophylactique dans la prétuberculose. — C'est ce qui fait que l'on ne doit pas hésiter à employer le Sirop Roche ou les Comprimés Roche dans toutes les bronchites grippales traînantes, dans les convalescences d'affections pulmonaires aiguës, dans la coqueluche, dans la pneumonie, dans tous les cas, en un mot, où les poumons malades offrent un terrain tout préparé à l'éclosion du bacille de Koch ; d'ailleurs, nos observations sont très concluantes à cet égard.

Observation I.

Le 4 mai dernier, nous sommes appelés auprès d'une dame L. R., âgée de 32 ans, laquelle se plaint d'accès d'oppression et de malaise général, le tout datant de l'hiver dernier et « successifs », nous dit la malade, « à des rhumes négligés ». — Celle-ci accuse, en outre, des sueurs nocturnes, des frissons, des vertiges et divers troubles dyspeptiques. — Il s'agit d'une arthritique nerveuse et déjà traitée pour telle. — Rien autre à signaler dans ses antécédents tant héréditaires que personnels, si ce n'est un amaigrissement notable, plus de quatre kilos, paraît-il, depuis environ deux mois. — A notre première entrevue, la malade attire principalement et avec insistance notre attention sur sa toux qu'elle qualifie d'incessante, pénible, et qu'accompagnent une expectoration muqueuse très difficile et parfois des vomissements alimentaires. — A l'auscultation, râles sibilants et ronflants dans l'étendue des deux poumons, un peu d'emphysème pulmonaire. — Bref, nous diagnostiquons une bronchite à forme chronique et prescrivons, comme de coutume, en pareil cas, des ventouses sèches, des cataplasmes sinapisés, des expectorants, quelques diurétiques, voire même du benzoate de lithine, vu le tempérament de la patiente. — L'expectoration se faisant encore très mal, 48 heures après, un large vomitif est administré. — Un mieux appréciable se produit et pendant les 6 jours suivants, les choses semblent s'arranger, lorsque, inopinément et de manière brusque, la malade, dans la nuit du 14 au 15, sur les 4 heures du matin, est secouée par un violent frisson et souffre du côté droit d'un douloureux point de côté. — La température, qui jusque-là s'était tenue aux environs de 39° est alors de 40°2. — A notre arrivée auprès d'elle, nous trouvons Madame L... haletante, la physionomie angoissée, en proie à une dyspnée excessive. — Les crachats ont changé d'aspect : ils sont devenus visqueux et striés de sang. — Le pouls est à 115 et, malgré les diurétiques employés : lactose, tisanes, lait, eaux minérales, etc... les urines sont restées rares et se sont faites plus foncées. — Leur analyse dénote ensuite l'absence de sucre, mais décèle la présence de 0 gr. 50 d'albumine, par litre, avec urates et acide urique. — A l'examen, la percussion du thorax accuse une matité très nette. — Les vibrations vocales sont exagérées. — A l'auscultation, nombreux râles crépitants. — Nul doute, la pneumonie redoutée a, malgré tout, fait son apparition. — Nous faisons le nouveau diagnostic de pneumonie double que vient confirmer, 48 heures après, l'apparition d'un souffle tubaire des plus nets. — L'exposé ci-dessus fait comprendre que cette terrible affection va évoluer chez une personne où commence à s'installer la tuberculose.

Nos ordonnances précédentes et celles du moment se résument en ceci : médications combinées de phosphate de chaux et créosote, produits caféinés, potions stimulantes et alcoolisées, applications du plus grand nombre possible de ventouses, etc... Nous tâchons d'augmenter encore la diurèse, luttons à l'aide de la quinine contre la fièvre et usons de la vésication.

En fait, malgré l'énergie, la diversité des traitements et leur ponctuelle observance, la pneumonie ne se résout pas. — L'abattement, auquel succèdent des accès de nervosisme, est toujours très accentué.

Peu satisfaisant est le soulagement ; bien peu brillants sont les résultats. C'est alors que nous avons recours au Thiocol et ordonnons à la malade 6 cuillérées par jour de Sirop Roche au Thiocol deux, matin, midi et soir dans une infusion de fleurs pectorales et cela 1/2 heure avant les repas uniquement composés de lait avec kola et coca, de bouillon de veau léger et quelques œufs. — Le lendemain, l'expectoration se modifie, la poitrine est moins embarrassée. — La température s'abaisse à 38°7. — Les phénomènes généraux vont en s'amendant progressivement. — La malade nous dit éprouver une sensation de bien-être inconnue pour elle depuis longtemps. — La dyspnée disparaît par degrés et la température avoisine bientôt 37°. — Une analyse nouvelle des urines, le 21, n'y relate aucun élément étranger. — Nous abaissons à 4, puis à 3, les cuillerées de Sirop Roche, en 24 heures. — Au régime nous ajoutons du jus de viande et augmentons l'alimentation. — Nous pratiquons aussi, à plusieurs reprises, des pointes de feu au niveau des deux sommets pulmonaires. — Au Sirop nous substituons ensuite les Comprimés de Thiocol Roche à raison de 4, puis 2 par jour, que la malade avale avec un peu d'eau sucrée.

Contrairement à ce que nous aurions pu espérer au début, la convalescence s'effectue plus rapidement que d'habitude et sans aucun incident. — Nous avons, pendant sa durée, étroitement surveillé la malade. — Les premiers jours de juin, nous la quittons guérie. — Nous la revoyons fin juillet. — Elle a repris sa vigueur et son ancien embonpoint. De sa dangereuse maladie, il ne lui reste plus que le souvenir. — Nous l'examinons avec soin. — Rien ne rappelle les fortes atteintes de la grave maladie qu'elle a faite. — En somme, guérison complète à enregistrer, due certainement, selon nous, à l'emploi du Thiocol « Roche » qui a exempté Mme L..., des accidents d'abord et de leurs conséquences ensuite, ordinairement si funestes, qui sont presque toujours le cortège et l'apanage des maladies pulmonaires aiguës, surtout quand ces dernières sont basées sur le désastreux piédestal de la tuberculose.

Observation II.

Ch. J.. , 30 ans, ménagère. — Malade depuis 3 mois. — Submatité et respiration soufflante au sommet gauche en avant ; craquements en arrière. — Inappétence, lassitude générale. — Toux sèche fréquente. — Nous prescrivons 6 Comprimés Roche de Thiocol par jour, pendant 8 jours, puis 3 pendant 15 jours. — Dès le troisième jour, l'appétit revient, la toux est moins fréquente, la lassitude moins grande. — Après trois semaines, toux nulle. — L'auscultation est négative. — Il ne reste qu'un peu de submatité au sommet.

Observation III.

G. L..., 8 ans, présente en décembre 1909 une tumeur cervicale et latérale gauche. — Antécédents

CONSTIPATION

Chronique ou **Accidentelle.**
Fermentations gastro-intestinales.
Intoxications bacillaires.

Troubles hépatiques et **biliaires.**
Dyspepsies.
Entérites.
Appendicite, etc.

TRAITEMENT

par les

GRAINS DE VALS

Dose : UN ou DEUX
avant le repas du soir ou avant le coucher

COMPOSITION DES GRAINS DE VALS

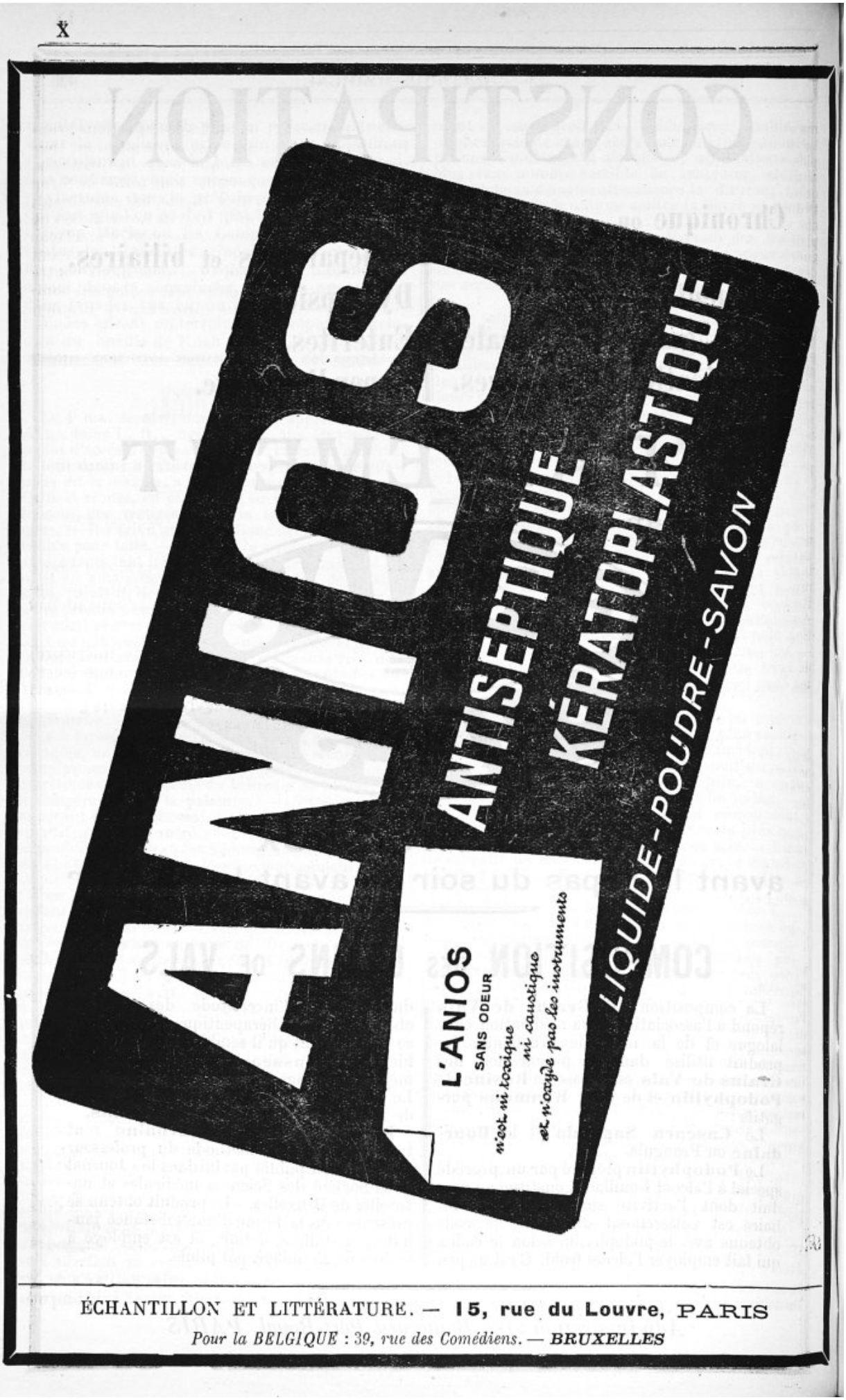
La composition des **Grains de Vals** répond à l'association de la médication cholalogue et de la méthode évacuante. Le produit utilisé dans la préparation des **Grains de Vals** est à base de **Résine** de **Podophyllin** et de deux **Rhamnus** purgatifs :

Le **Cascara Sagrada** et la **Bourdaine** ou Frangule.

Le **Podophyllin** préparé par un procédé spécial à l'alcool bouillant constitue un produit dont l'activité sur la sécrétion biliaire est entièrement différente de celle obtenue avec le podophyllin selon le codex qui fait employer l'alcool froid. C'est un peu du reste sur l'incertitude des résultats obtenus dans la thérapeutique courante par ce médicament qu'il semblait être délaissé, bien que **Trousseau** l'ait classé comme le meilleur cholagogue que nous possédions. Le podophyllin rentre dans la proportion de 15 milligrammes par **Grain de Vals.**

Le **Cascara** et la **Bourdaine** sont traités d'après la méthode du professeur **L. Phipson** publié par lui dans le « Journal de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles. » Le produit obtenu se présente sous la forme d'une substance jaunâtre, cristalline, définie, et est employé à la dose de 25 milligr. par pilule.

Administration : 64, *Boulevard Port-Royal*, *PARIS*



ÉCHANTILLON ET LITTÉRATURE. — **15, rue du Louvre, PARIS**

*Pour la BELGIQUE : 39, rue des Comédiens. — **BRUXELLES***

mauvais. — Grand'père mort phtisique. — Mère tuberculeuse. — Père alcoolique. — Après cataplasmes émollients, ouverture de l'abcès avec soins antiseptiques ordinaires. — L'enfant tousse par quintes. — Lésions évidentes au sommet droit. — Ordonnons Sirop d'iodure de fer et Thiocol « Roche », 3 comprimés par jour. — Cicatrisation de la plaie et de la lésion pulmonaire. — En février 1909, guéri, le malade retourne à l'école. — Bien portant depuis.

OBSERVATION IV.

R. G..., garçon livreur, 47 ans, alcoolique. — Synovite bacillaire au poignet droit confirmée par ponction à l'Hôtel-Dieu. — Amaigrissement énorme. — Toux persistante, sueurs profuses, lésions cavitaires (souffle et gargouillement au sommet gauche), faiblesse pulmonaire à droite. — Traitement : ponctions iodées, pointes de feu, repos et suralimentation : 6 cuillerées de Sirop Roche au Thiocol par jour. — Doses abaissées ensuite peu à peu. — Malade guéri en deux mois.

OBSERVATION V

S... Jeanne 26 ans, couturière. — Tuberculeuse depuis deux ans. — Souffle cavitaire au sommet gauche ; au sommet droit submatité, râles crépitants.— Bacilles de Koch dans les crachats. Intolérance gastrique, jusque-là.— Donnons 6 Comprimés Roche de Thiocol par jour qui sont bien supportés.— Amélioration rapide. — 15 jours après, expectoration plus rare. — Plus de râles crépitants à droite. — Au bout de 6 semaines, début de cicatrisation de la caverne du sommet gauche. — Plus de bacilles dans les crachats.

OBSERVATION VI

P... Claudius 24 ans, imprimeur. — Tuberculeux depuis un an. — Râles humides et matité au sommet gauche. — Bacilles nombreux dans les crachats.— Troubles dyspeptiques.—Ne supporte plus les médicaments prescrits. — Ordonnons alors des Comprimés Roche de Thiocol.— Dès la première semaine, appétit meilleur. — En un mois, amélioration très sérieuse. — A la fin du traitement plus de bacilles dans les crachats. — Au sommet gauche, submatité au lieu de matité. — Respiration seulement un peu soufflante.

OBSERVATION VII

M. G..., gérant de café. — Pleurésie tuberculeuse en 1905. — Opéré de péritonite de même nature en 1908. — Repris en juin 1909 de douleurs simulant un début d'appendicite. — Repos au lit. — Purgation légère. — Glace sur l'abdomen. — Accuse, depuis longtemps, toux sèche le matin ; amaigrissement, crachats sanguinolents. — La crise se calme, nous prescrivons le grand air, la suralimentation, une cuillerée à soupe de Sirop Roche le matin et le soir, 2 Comprimés Roche à midi.— Deux mois après reprise du travail. — L'hiver dernier fut excellent. — Nous avons rencontré fortuitement le malade aujourd'hui bien portant.

De cette étude clinique, nous pouvons tirer quelques conclusions tout à fait intéressantes pour les médecins praticiens.

Au point de vue de la tuberculose et des affections broncho-pulmonaires, c'est que le Thiocol Roche est véritablement doué d'une action quasi-spécifique à l'égard du bacille de Koch, que, dans tous les cas, il donne des résultats constants dans le traitement de toutes les affections broncho-pulmonaires et que, par surcroît, il est toujours admirablement supporté par les malades, même par de jeunes enfants, sous forme de Sirop Roche ou de Comprimés Roche, exclusivement.

Nous avons pensé qu'il était de notre devoir de publier ces observations qui prouvent, d'une façon très nette, que le Thiocol Roche est actuellement la meilleure arme que nous possédions contre la tuberculose pulmonaire, non seulement comme moyen curatif, mais encore à titre prophylactique.

SOU MÉDICAL

Extraits des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 15, 22 *et* 27 *septembre*, 6 *et* 13 *octobre* 1910.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après qui ont envoyé leur adhésion et payé leurs cotisations :

MM. les docteurs :

1837 Bugeau, à Surgères (Charente-Inférieure).
1838 Audry, à Surgères (Charente-Inférieure).
1839 Mourié, à Surgères (Charente-Inférieure).
1840 Moutrier, à Suilly-la-Tour (Nièvre).
1841 Lemoine, à Nevers (Nièvre).
1842 Perdriat, à La Charité (Nièvre).
1843 Béral, à Aulezy (Nièvre).
1844 Devers, à Ouroux (Nièvre).
1845 Favalelli, à La Charité (Nièvre).
1846 Gautier, à Pouilly (Nièvre).
1847 Walsdorf, à Cercy-la-Tour (Nièvre).
1848 Nollet, à Saint-Satur (Cher).
1849 Lemaire, à Cosne (Nièvre).
1850 Bailly, à Lyon, 104, cours Vitton.
1851 Roland, à Paris, 4, rue Broca.
1852 Mourier, à Terrenoire (L re).
1853 Lombard, à Paris, 14, r.e Logelbach.
1854 Delavalle, à Sailly-sur-la-Lys (Pas-de-Calais).
1855 Roucairol, à Pézenas (Hérault).
1856 Corinin, à Mons-en-Laonnois (Aisne).
1857 Marquet, à Orgerus (Seine-et-Oise).
1858 Ledoux, à Besançon (Doubs).
1859 Cerutti, à Aime (Savoie).
1860 Horay, à Moulins-Engilbert (Nièvre).
1861 Quézac, à Millau (Aveyron).
1862 Bouilly, à Bièvres (Seine-et-Oise).
1863 Sautelet, à Saint-Sauveur (Yonne).
1864 Landret, à Bordeaux, 33, rue Bouffard.
1865 Guillaumond, à Moras (Drôme).

Les 5 médecins de X..., victimes d'une diffamation par le fait du Conseil d'administration d'une Société de Secours mutuels, demandent l'appui du « Sou médical ».

Le Conseil, connaissance prise de l'avis de Me Gatineau, accorde son appui moral aux cinq mé-

decins, membres du « Sou », et, étant donné que trois d'entre eux n'ont adhéré au « Sou » que postérieurement au fait incriminé, accorde l'appui pécuniaire seulement aux deux autres, qui étaient antérieurement membres du « Sou », jusqu'à concurrence des deux cinquièmes des frais du procès à intenter par les cinq médecins.

Le Dr A... proteste contre le refus de remboursement d'une somme de 35 francs, qu'il a payée pour frais et honoraires dans un procès en recouvrement engagé sans avoir au préalable demandé l'appui ni même les conseils du « Sou Médical. »

M. le Secrétaire général adjoint soumet au Conseil le projet de réponse ci-après dont l'envoi et la publication sont décidés :

« Mon cher Confrère,

« Vos reproches nous prouvent que vous ignorez tout du fonctionnement du « Sou médical ». Il n'y a aucun arbitraire ni parti-pris pour refuser toutes les demandes d'appui pécuniaire, comme vous voulez bien le dire. Le Conseil du « Sou » est lié par les statuts et par les décisions que prennent les assemblées générales annuelles. Nous ne faisons donc qu'appliquer, pour chacun, le règlement.

« Donc, dans votre cas, nous ne pouvons pas vous accorder, après coup, d'appui pécuniaire que vous n'avez pas demandé au début de votre affaire : les statuts sont formels et vous n'avez qu'à vous y reporter.

« L'appui pécuniaire ne peut être accordé que lorsque l'affaire a été étudiée par nos avocats conseils, pour savoir s'il y a lieu de poursuivre, puis lorsque le Conseil dirige l'affaire. Sans cela ce serait l'anarchie et nos confrères seraient en droit de nous le reprocher.

« Vous dites que l'appui pécuniaire est difficile à obtenir : n'avons-nous pas le droit et le devoir de ménager les finances du « Sou » pour pouvoir conduire des procès en cassation ou en Conseil d'Etat, procès qui nous coûtent de 1500 à 2000 fr. ? N'est-ce pas mieux servir les intérêts du corps médical, que de jeter notre argent par les fenêtres, en intervenant dans toutes les affaires de justice de paix ? Ce ne serait pas alors 20 fr. par an qu'il nous faudrait demander à nos adhérents, mais bien cent francs, pour pouvoir suffire aux dépenses des milliers de procès en justice de paix, que chaque année nous avons à étudier et que nous aurions à payer.

« D'autre part, vous voulez que nous prouvions que vous aviez raison en vous payant vos frais. Mais qu'est-ce qui nous prouve que vous aviez raison ? vous ne nous avez même pas envoyé votre jugement. Qu'est-ce qui nous prouve que votre affaire n'a pas été mal conduite et qu'il en aurait été différemment si, au lieu de combattre en franc-tireur, vous nous aviez soumis l'affaire dès son début ? Vous le voyez, mon cher Confrère, tous les torts ne sont pas de notre côté et, s'il vous reste des doutes sur notre utilité ou notre impartialité, venez, soit à l'Assemblée générale, soit lorsque vous serez de passage à Paris : nous vous prouverons, avec tous documents utiles à l'appui, que nous croyons agir toujours pour le mieux des intérêts de nos adhérents.

« Et surtout à l'avenir, ne marchez pas seul, c'est dangereux.

« J'ai soumis, au Conseil d'hier, les lettres que vous nous aviez adressées. Le Conseil se montre surpris, à juste titre, de vos accusations, car, en faisant appel à votre mémoire, vous devez vous souvenir que le « Sou » vous a soutenu déjà pécuniairement, au delà de toutes les cotisations que vous pourrez verser.

« Puis, le Conseil vous fait remarquer que, si chacun agissait à sa guise, sans nous demander notre avis, il serait inutile qu'il y eut un Conseil, son rôle serait complètement annihilé.

« Enfin, veuillez nous communiquer votre jugement pour que nos conseils juridiques puissent nous renseigner sur la suite qu'il y a lieu de donner à votre procès. »

— Le Dr M., ayant pratiqué chez un blessé du travail une extraction de corps étranger de la cornée, s'est vu refuser le paiement, sous prétexte qu'il n'est pas oculiste.

Comme dans une affaire antérieurement soumise au « Sou », la Compagnie d'assurances, menacée d'un procès, a cédé, tout en protestant du bien fondé de ses prétentions.

— Le Dr X. est poursuivi en dommages intérêts par un client, qui a été interné dans un asile d'aliénés à la suite de la délivrance d'un certificat.

Le « Sou Médical », conformément à ses statuts et au règlement de la Caisse de Garantie, soutiendra pécuniairement le Dr X. dans cette affaire, qui est postérieure à son adhésion et le couvrira, s'il y a lieu, à concurrence de 2.000 fr.

— Le Conseil, vu l'avis de Me Gatineau sur l'opportunité des poursuites, accorde, à trois de ses membres, son appui pécuniaire pour poursuivre en correctionnelle, conjointement avec un de leurs confrères qui ne fait pas partie du « Sou », l'auteur d'un article qui les a diffamés, ainsi que les gérants des 3 journaux qui ont publié cet article. Le « Sou Médical » supportera les trois quarts des frais et honoraires de ce procès.

— L'appui pécuniaire du « Sou » est accordé au Dr G. pour poursuivre, devant le Conseil de Préfecture, un maire qui a refusé de lui payer des honoraires d'Assistance Médicale Gratuite, malgré de nombreuses réclamations et les injonctions préfectorales.

— Dans deux affaires de recouvrements d'honoraires pour soins donnés à des blessés du travail, le Conseil, conformément aux précédents, a réservé son appui pécuniaire pour le cas où les jugements des juges de paix méconnaîtraient les principes dont le « Sou Médical » soutient l'application.

— Un membre démissionnaire demande une consultation pour une affaire antérieure à sa démission.

Le Conseil est d'avis que, de même que les nouveaux adhérents ont droit aux conseils du « Sou » et de ses avocats, même sur des faits antérieurs, à compter de leur admission, de même les membres démissionnaires perdent par le fait de leur démission tous droits à ces conseils, même sur des cas antérieurs à leur démission.

— M. le Dr Gassot soumet au Conseil les comptes de l'exercice clos au 31 décembre 1909 :

il donne en même temps lecture du rapport à fournir à ce sujet à l'Assemblée Générale prochaine. Après discussion et adoption, les écritures, comptes et valeurs sont soumis à la vérification des contrôleurs.

M. le Dr Boudin, absent, a fait parvenir les grandes lignes du rapport du Secrétariat général et le Président en donne connaissance. Le Conseil précise les points qu'il sera particulièrement intéressant de développer et faire ressortir.

Le Conseil examine ensuite les modifications légères à apporter aux Statuts et adopte le texte d'un règlement intérieur prévu par l'article 28 : ces deux documents seront publiés dans le numéro spécial avant l'Assemblée Générale, en même temps que les rapports du Trésorier et du Secrétaire général.

L'Assemblée Générale est fixée au dimanche 2) novembre à 4 heures et demie, au restaurant Marguery, avec l'ordre du jour suivant :

Allocution du Président ;
Rapport du Trésorier ;
Rapport des Contrôleurs ;
Approbation des comptes ;
Modification des Statuts ;
Vote du Règlement intérieur ;
Communication du Secrétaire général ;
Questions diverses.

MÉDECINE MILITAIRE

Données nouvelles sur le service de santé en campagne.

Le nouveau règlement,

Par le Docteur FISCHER,
Médecin-major de 2e classe.

Tout récemment, le service de santé de l'armée vient d'être doté d'un nouveau règlement de campagne, remplaçant celui suranné du 31 octobre 1892, qu'un décret du 20 février 1909 avait essayé de rajeunir. Ce règlement nouveau ne prend plus, comme l'ancien, le soin minutieux de pousser ses prévisions jusque dans les détails et de fournir une solution à toutes les circonstances qui peuvent survenir au cours des opérations en campagne ; au contraire, il estime que, dans une époque où tous les règlements d'armes font appel à l'esprit d'initiative des officiers, il est préférable, au lieu de s'ingénier à solutionner tous les cas possibles, de ne donner que des règles générales, inspiratrices des actes de tous, véritables cadres, grâce auxquels les exécutants pourront agir au mieux des intérêts et des nécessités du service. Enfin, — l'expérience ayant montré que certains principes émis et certains détails de l'ancien règlement, passibles de sérieuses critiques, étaient à peu près irréalisables dans la pratique — les modifications voulues ont été apportées, notamment en ce qui concerne la conception du service chirurgical aux abords immédiats de la ligne de feu, la composition et le nombre des formations sanitaires sur le champ de bataille, etc.

***

Nous avons donc pensé qu'il serait intéressant pour tous nos confrères appelés à servir dans la réserve et la territoriale, de lire quelques développements sur ces données nouvelles du service de santé en campagne.

***

Nous savons tous combien lourde est la *tâche assumée par le service de santé pendant une guerre,* puisqu'il doit s'occuper non seulement des blessés, mais encore des malades, pour les relever et les soigner. On serait tenté de croire, *a priori,* que dans une guerre, les blessés seuls, ou mieux les blessés surtout, sont l'occupation des médecins. C'est là une erreur d'autant plus grande qu'en campagne, — les statistiques nous l'apprennent — les maladies sont plus meurtrières que les balles de l'ennemi, et que pour 4 ou 6 malades, on note 1 blessé seulement. Cependant les mesures d'hygiène générale, la prophylaxie rationnelle et attentive des épidémies sont déjà par elles seules capables de diminuer notablement le nombre des malades, et de ramener la proportion à 1,5 malade (au lieu de 4 ou 6) pour 1 blessé, ainsi que la guerre russo-japonaise nous l'a enseigné.

Cet exemple frappant, qui nous montre l'importance si grande dévolue au rôle hygiénique et prophylactique du service de santé, n'a pas échappé. Désormais à chaque corps d'armée sera attachée *une section d'hygiène et de prophylaxie,* qui comprendra un véritable laboratoire de bactériologie ainsi qu'un service de désinfection. Cette section viendra seconder les efforts des médecins attachés aux diverses unités pour assurer l'hygiène et la prophylaxie pendant les marches de concentration, pendant les stationnements, sur le champ de bataille.

De la sorte on pourra chercher à égaliser tout au moins le nombre des malades et celui des blessés en campagne.

Or, certaines données statistiques nous permettent dès à présent de prévoir quel sera le chiffre approximatif des blessés et par conséquent le chiffre *total* des hommes à soigner.

Pour un corps d'armée de 34.000 hommes, la proportion des blessés admise étant en moyenne de 15 à 20 %, c'est 8.500 hommes que le service médical devra relever et panser après un engagement, et il lui sera accordé un maximum de 24 heures pour effectuer cette tâche considérable.

***

Les *ressources en pansements prévus* semblent suffisantes, puisque pour ces 8.500 blessés du corps d'armée, on dispose de :

1° 8.500 paquets de pansement individuel de ces hommes ;

2° de 67,170 pansements dans les formations sanitaires,

Soit, au total, de 75.670 pansements, sans compter les paquets de pansements des tués (15 % des blessés) que l'on pourrait aussi utiliser.

Notons en passant que les formations sanitaires possèdent maintenant un *arsenal chirurgical* entièrement adapté aux données de la chirurgie moderne.

On y trouvera *enfin* le « *pansement tout préparé* », depuis si longtemps réclamé. De différentes tailles : grand, moyen, petit, il réunira toujours dans une même enveloppe tous les éléments dont il se compose : coton, gaze, bande. Il permettra ainsi de réaliser une économie de temps et de matériel.

Signalons aussi les *nouveaux paniers de médicaments*, renfermant les principes médicamenteux, soit sous la forme de comprimés, soit sous la forme de solutions pour injections hypodermiques, en ampoules de verre stérilisées.

***

Ces notions élémentaires connues, ou plutôt *la tâche du service de santé étant ainsi fixée* (nombre des blessés, nombre des malades qui, eux, doivent chaque jour diminuer grâce au progrès de l'hygiène et de la prophylaxie), nous allons voir *fonctionner* ce service de santé en campagne, dans la *zone de l'avant* d'abord, dans la *zone de l'arrière* ensuite.

Dans la *zone de l'avant*, il relève les malades et les blessés ; — puis il traite sur place ceux-là seuls qui seront susceptibles d'être guéris rapidement et rendus aux armes, afin d'assurer ainsi la conservation des effectifs ; — il évacue enfin les autres vers l'arrière, pour ne pas encombrer le théâtre des opérations.

Dans la *zone de l'arrière*, il traite sur place les malades intransportables ; puis ayant renvoyé au feu les blessés légers guéris, sa mission principale consistera à organiser des convois d'évacuation vers l'*intérieur* (1).

***

Zone de l'avant.

Nids de blessés, poste de secours, groupes de brancardiers, ambulances, sections d'hospitalisation ; tels sont les éléments sanitaires que nous trouvons *actuellement* dans cette zone.

Autrefois, c'étaient le service régimentaire, les ambulances et les hôpitaux de campagne.

Au temps de l'antique bataille rangée, ces organisations devaient s'installer à heure fixe et fonctionner pendant un temps déterminé. Dès que l'engagement devenait sérieux, chaque bataillon, chaque demi-régiment ou régiment, installait un *poste de secours* à 1500 mètres de la ligne du feu, en même temps que les brancardiers régimentaires étaient conduits par les médecins auxiliaires vers les lignes des tirailleurs pour relever et apporter au poste de secours les blessés recueillis par eux. Ces blessés devaient être pansés, quelquefois même opérés, puis être transportés par les mêmes brancardiers jusqu'à un point appelé relai d'ambulance, situé sur une route où venaient les chercher les brancardiers et les voitures de l'ambulance. L'*ambulance* enfin n'avait qu'un fonctionnement éphémère, car elle devait être relevée dans la soirée, ou au plus tard le lendemain, par l'*hôpital de campagne*, afin que, redevenue libre, elle pût suivre les troupes dans leur mouvement en avant. Quant à cet hôpital, il passait alors dans la zone de l'arrière jusqu'à ce qu'il soit relevé par des *hôpitaux auxiliaires* (Croix-Rouge, etc)., et qu'il ait évacué ses blessés sur l'*intérieur*.

Tout cela était trop schématique, et l'expérience des guerres récentes est venue montrer que ces conceptions n'étaient plus en harmonie avec les nécessités du combat moderne, avec les perfectionnements du tir, avec l'ordre dispersé remplaçant désormais la bataille rangée.

La conception nouvelle du service régimentaire : nids de blessés, poste de secours.

Les conditions modernes de la guerre ont fait que, dans la grande majorité des cas, on devait considérer la relève méthodique des blessés sous le feu comme une impossibilité.

On a reconnu d'ailleurs que, pour échapper au feu meurtrier de l'ennemi, dont ils avaient été une fois déjà les victimes, les blessés se groupaient instinctivement derrière les abris du sol, et que ceux qui étaient incapables de s'y traîner eux-mêmes pouvaient être conduits dans ces abris par leurs camarades moins atteints, ou par les brancardiers régimentaires au moment d'une accalmie.

Eh bien ! c'est dans ces « *nids de blessés* », où les blessés jouissent d'une sécurité relative, que les médecins des régiments pourront déjà en maintes circonstances leur apporter les secours urgents, et dans tous les cas le réconfort moral de leur présence et de leurs encouragements.

Quant au *véritable poste de secours, il ne devra être installé que plus tardivement*, non pas à 1500 mètres de la ligne de feu, où les rafales des projectiles actuels amènent 75 % des balles ennemies, mais plus en arrière, à trois kilomètres environ, zone qui reçoit encore 25 % des projectiles. Le poste de secours aura désormais pour rôle de recueillir les blessés provenant des « *nids* », à partir du moment où leur exode et leur transport pourront être entrepris sans trop de danger pour eux et le personnel sanitaire, c'est-à-dire lorsque la ligne de feu aura gagné du terrain ou que la grande intensité de l'action se sera reportée sur un autre point.

(1) On se rappelle qu'à la mobilisation, le Ministre de la Guerre divise le territoire en deux zones : 1° *celle de l'Intérieur*, où continue la vie normale ; 2° *celle des Armées*, consacrée aux opérations militaires (voir croquis, page 930).

La *zone des armées* comprend elle-même : 1° la *zone de l'avant*, terrain immédiat des opérations, des cantonnements, des étapes ; 2° la *zone de l'arrière*, où circulent encore des chemins de fer ; zone des réserves en hommes, matériel, etc., zone du ravitaillement pour l'intendance, des évacuations pour le service de santé.

Du poste de secours à la section d'hospitalisation : le transport par les groupes de brancardiers ; l'ambulance légère et la section d'hospitalisation.

Jusqu'à présent, tous les blessés devaient passer successivement par les trois échelons sanitaires de l'avant : poste de secours, ambulance, hôpital de campagne ; les deux premiers n'ayant qu'une existence éphémère, le troisième (hôpital de campagne) étant plus stable.

Au poste de secours, chaque blessé était reconforté, puis pansé avec son pansement individuel. Après avoir été vu ainsi une *première fois*, ce blessé devait être bientôt après, le soir même, revu une *deuxième* fois par l'ambulance ; enfin dans la nuit, il subissait une *nouvelle* manipulation, puisqu'à ce personnel de l'ambulance, qui lui avait déjà prodigué ses soins, se substituait alors un autre personnel, l'hôpital de campagne venant relever l'ambulance, qui devait se mettre en route précipitamment.

Avec toutes ces manipulations obligatoirement imposées au blessé, *quelles étaient pour le médecin les possibilités d'accomplir sa tâche au milieu de pareilles fluctuations* ? Pour ne prendre qu'un exemple, celui de l'ambulance, n'était-ce pas exagéré de vouloir que, dans un laps de temps inférieur à 24 heures, les quatorze médecins de l'ambulance divisionnaire examinent, pansent, opèrent les 4080 blessés, que leur fournit après un combat l'ambulance divisionnaire dont elle dépend ? En supposant que chaque médecin travaille durant 24 heures, sans se reposer, ni boire, ni manger, il devrait voir douze malades à l'heure et consacrer cinq minutes à chaque malade. Or l'expérience mandchourienne nous a appris qu'un médecin est au plus capable de panser six malades à l'heure, et encore ne pourrait-il résister à un labeur continu de 24 heures ; et d'autre part nous ne devons pas oublier que, sur ces 14 médecins de l'ambulance, quatre d'entre eux (les médecins auxiliaires), doivent souvent laisser leur tâche de pansement à leurs camarades pour veiller à la recherche et au transport des blessés.

Le traitement des blessés était donc jusqu'à présent rendu défectueux par toutes les stations devenues obligatoires pour eux, disposition qui entraînait pour eux une série de manipulations très nuisibles, en même temps qu'une division du personnel, non employé en synergie. Il y avait là un luxe de formalités médicales, et sous ce luxe apparent de précautions, existait une utilisation défectueuse du personnel et du matériel ; il arrivait qu'en voulant trop bien soigner les malades, on les soignait plus mal !

La faute en était à l'organisation défectueuse de l'ambulance, avec son double rôle de relèvement des blessés et de traitement de ces blessés.

En effet, l'affectation aux ambulances des voitures et du personnel chargé du service des recherches et de la relève des blessés avait pour conséquence nécessaire le passage par ces ambulances de tous les blessés relevés ou transportés.

Or, dans l'intérêt de leur traitement, ce passage n'est pas chose nécessaire. Il a été constaté en effet que, par suite de l'adoption du fusil à petit calibre, et de l'attribution à chaque soldat d'un paquet individuel de pansement, la grande majorité des blessés n'avaient nullement besoin d'être pansés à nouveau, ni même d'être revus avant d'entrer dans la formation sanitaire qui devait les hospitaliser définitivement ou les évacuer.

En admettant donc comme point de départ le poste de secours de bataillon, il est possible à la plupart des blessés de brûler sans inconvénient les échelons intermédiaires (relais d'ambulance, ambulances), pour arriver directement à l'hôpital de campagne ou au terrain d'évacuation.

D'autre part, certaines formations sanitaires, telles que l'ambulance et l'hôpital de campagne, faisaient double emploi.

L'ambulance, qui devait, en si peu de temps et pour si peu de temps, remplir, d'un côté un rôle de recherche et de transport de malades, et d'un autre côté une mission de traitement, n'était-elle pas une formation réellement défectueuse ? N'y avait il pas intérêt à lui enlever cette tâche de relèvement et de transport des blessés, et à la fusionner avec la formation qui doit au plus vite la remplacer, et qui est l'hôpital de campagne ?

Et puis, n'obtiendrait-on pas un meilleur rendement, un meilleur traitement des malades en faisant collaborer les médecins de l'ambulance et ceux de l'hôpital de campagne : au total de *dix-huit*, au lieu de les voir se succéder à une même tâche !

Le nouveau règlement a compris la logique de toutes ces choses, rendues vraisemblables par l'expérience des guerres.

1° Désormais, les *moyens de transport sont séparés des ambulances*. Ce sont des organismes autonomes, jouissant de leur existence propre : les *groupes de brancardiers* (au nombre de trois par corps d'armée), dotés de cacolets, de brouettes, de porte-brancards et de voitures.

De la sorte, les blessés provenant de la ligne de feu ou des postes de secours pourront être, comme dans la guerre russo-japonaise, *directement* portés dans les hôpitaux ou dans les trains sanitaires, dans les convois d'évacuation à traction automobile ou animale. De la sorte sera rendue possible également la concentration de puissants moyens de transport sur certains points du champ de bataille de préférence à certains autres, pour opérer ainsi un meilleur relèvement des blessés après un combat.

2° D'autre part, *l'ambulance et l'hôpital de campagne*, tels que les comprenait l'ancien règlement, *sont remplacés par une seule et même formation : l'ambulance, laquelle peut, s'il est nécessaire, et grâce à l'adjonction d'une annexe, « la section d'hospitalisation », être transformée en un organe hospitalier temporaire.*

Cette *nouvelle ambulance* est ainsi devenue

une véritable formation du champ de bataille, un poste de secours à grand rendement.

Ces ambulances avec sections d'hospitalisation, toutes uniformes entre elles, sont dès lors des formations *interchangeables*. Plus de ce bouleversement occasionné pour les blessés au moment de la relevée des ambulances par les hôpitaux de campagne, et, si une ambulance déployée doit être temporairement immobilisée, elle est aussitôt remplacée à la suite des troupes par une formation similaire non encore utilisée.

Pour qu'une ambulance immobilisée puisse assurer le traitement des blessés momentanément inévacuables, c'est-à-dire jouer le rôle anciennement dévolu aux hôpitaux de campagne, une *section d'hospitalisation* vient ici fournir le matériel nécessaire à sa transformation en organe temporairement hospitalier.

Soit dit en passant que chaque section d'hospitalisation contient dans ses 3 voitures, outre son matériel propre, un approvisionnement aussi complet que possible de matériel sanitaire d'ambulance ; en sorte que l'accolement d'une section d'hospitalisation à une ambulance amène le réapprovisionnement de cette dernière.

Il existe par division d'infanterie 4 ambulances et 3 sections d'hospitalisation, ces organes appartenant ainsi en propre aux corps d'armée, soit, par conséquent 8 ambulances et 6 sections d'hospitalisation pour un corps à 2 divisions. En outre à « l'armée » (plusieurs corps d'armée formant une « armée ») existent encore à la disposition de *chacun* des corps d'armée qui composent cette armée 6 ambulances et 3 sections d'hospitalisation. *Au total, pour 1 corps à 2 divisions d'infanterie* : 14 *ambulances et* 9 *sections d'hospitalisation.*

Comme par le passé, chaque division de cavalerie possède une ambulance d'un type spécial.

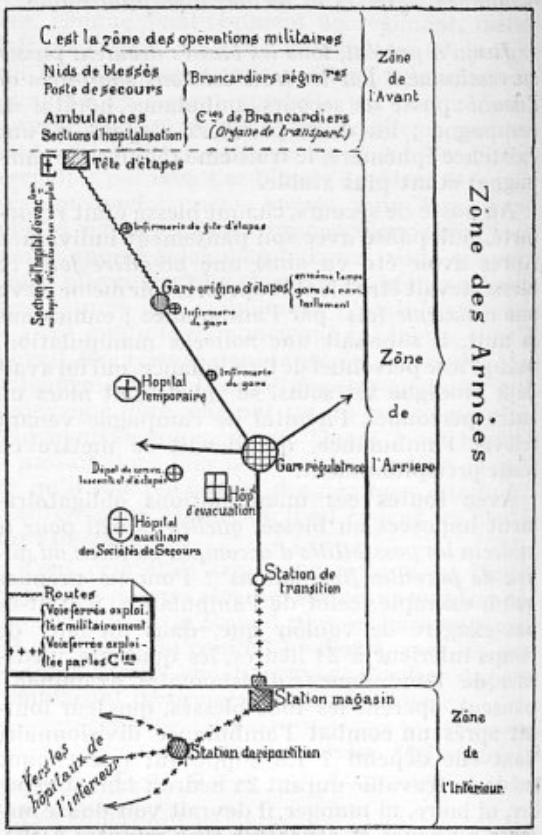
Voici terminée la tâche du service de l'avant, telle que l'a comprise le nouveau règlement : reconnaissance des nids de blessés, installation *tardive* du poste de secours, création d'un nouveau type d'ambulance et de sections d'hospitalisation, autonomie des organes de relèvement et de transports des blessés (groupes de brancardiers). Ainsi, grâce à un emploi plus judicieux du personnel et du matériel mieux répartis, les premiers soins pourront être assurés aux blessés dans les meilleures conditions.

***

Zone de l'arrière.

A présent, c'est la zone de l'arrière qui entre en jeu, et sur ses confins, près de la zone de l'avant, un de ses organes les plus importants : *l'hôpital d'évacuation*.

Le service de l'arrière a pour *but principal d'évacuer* tous les malades sur les hôpitaux de l'intérieur ; il est de plus obligé de *traiter sur place les intransportables* (blessés de l'abdomen, du crâne, de la colonne vertébrale), comme il doit, pour empêcher la fonte des effectifs, garder jusqu'à guérison les blessés légers afin de les renvoyer ensuite au feu.



Or, c'est l'hôpital d'évacuation à 3 sections, installé à la gare régulatrice, ayant même détaché une de ses sections à la tête d'étapes, qui résume à lui seul ce rôle médical du service de l'arrière ; c'est lui le grand régulateur du travail.

Les *blessés légers*, il les confie aux *dépôts d'éclopés et de convalescents* installés à proximité de lui.

Les *intransportables*, il les garde ou les donne aux *hôpitaux temporaires, aux hôpitaux auxiliaires des Sociétés de secours*, qui d'ailleurs ont également pour mission de relever directement et de rendre disponibles les ambulances, temporairement immobilisées avec une section d'hospitalisation.

Enfin et surtout, installé à la gare régulatrice de l'armée, l'hôpital d'évacuation régler et organisera les *évacuations*.

Cette question des *évacuations*, par suite de l'importance nouvelle qui lui est accordée par l'expérience des guerres récentes, mérite quelques détails.

Nécessité d'une évacuation intensive.

L'évacuation intensive de tous les blessés transportables est devenue une nécessité urgente imposée par le nombre même de ces blessés et par l'utilité de les conduire le plus tôt possible dans des *formations stables*, capables de leur assurer tous les soins, car il ne semble pas que leur transport soit

pour eux d'influence nocive. Des rapports russes et japonais, en effet, il ressort très nettement que, dans la guerre mandchourienne, les belligérants ont supprimé presque complètement, dans certains cas, et d'une manière absolue dans d'autres, l'hospitalisation de fortune, même celle des blessés inévacuables. Or, d'après les statistiques, aucun accroissement de la mortalité n'est résulté de cette suppression ; bien au contraire, jamais cette mortalité n'a été aussi faible. La chirurgie opératoire d'urgence et les pansements définitifs n'ont été faits que loin du champ de bataille : à Liao-Yang du côté japonais, à Moukden et à Tiéling d'abord, ensuite à Goujouline et à Kharbine, du côté russe, c'est-à-dire dans des localités, dont la plus rapprochée était à quarante kilomètres du champ de bataille. Or, ni les vainqueurs, ni les vaincus n'ont eu à regretter les transports prématurés ; au contraire, les évacuations extra-rapides paraissent avoir favorisé l'application du traitement rationnel des blessures et contribué à diminuer la mortalité.

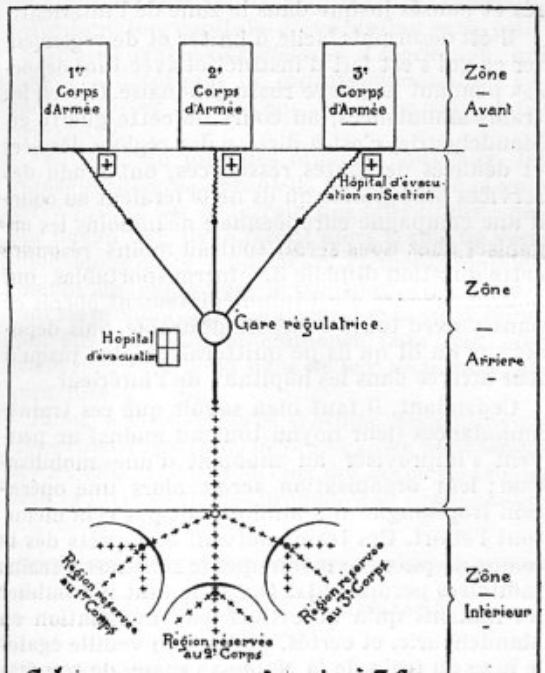


Schéma pour une Armée à 3 Corps.

N.B. Par Corps d'armée il y a un hôpital d'évacuation, ce qui fait 3 hôpitaux pour une armée à 3 corps on installe alors 1 de ces hôpitaux à la gare régulatrice de l'armée, et des sections de ces hôpitaux à chaque tête d'étapes de chaque corps d'armée.

On peut même dire que, dans l'intérêt des blessés inévacuables, leur transport rapide dans les hôpitaux réellement bien installés s'impose. Plus rares qu'on ne pense sont les blessures véritablement susceptibles d'être aggravées par le transport. Dans cette dernière catégorie, il faut ranger seulement les fractures de la colonne vertébrale, certaines fractures du bassin, les lésions très étendues et compliquées du crâne, du thorax et de l'abdomen. Quant aux blessures des articulations, aux blessures pénétrantes simples de poitrine, du ventre, aux fractures ouvertes, un pansement bien rembourré, un bon appareil, un brancard bien suspendu et une injection de morphine peuvent suffire à mettre ces malades en état de supporter un transport de quelques heures, surtout si celui-ci suit immédiatement la blessure.

Organisation de cette évacuation.

1° *De la tête d'étapes à la gare régulatrice.* — Tout d'abord on admet que 20 % des hommes touchés peuvent aller à pied : aussi forme-t-on des convois de petits blessés, qui s'en vont à pied, à petites journées de quinze kilomètres, et sont nourris en route par les infirmeries de gîtes d'étape.

Quant aux autres blessés, 25 % sont inévacuables, et ceux qu'on ne laisse pas d'emblée à la section de l'hôpital d'évacuation, installée à la tête d'étapes, sont emportés par des convois automobiles (2e section. v. plus bas).

Enfin 35 % peuvent être emportés assis et 20 % couchés : ils sont évacués :

a) *sur route* par les *voitures des « groupes de brancardiers »* du service de l'avant, s'il n'y a qu'une seule étape ; ou par les *voitures de réquisition* et *les convois auxiliaires* (le service de santé disposera par région d'armée d'au moins deux sections de convois auxiliaires, c'est-à-dire de quoi transporter 1440 blessés environ).

b) *Sur voie ferrée* par les *trains sanitaires permanents* ou *improvisés.*

2° *De la gare régulatrice aux hôpitaux de l'Intérieur.* — L'évacuation se fera par les différents moyens suivants :

1° Par des *automobiles,* marchant en convois à la vitesse de 20 kil. à l'heure, et comprenant :

a) Des sections d'automobiles de transport pour blessés assis (*autobus*) ;

b) Des sections de camions aménagés pour transporter 5 ou 15 blessés par voiture.

c) Des tracteurs automobiles, traînant d'autres voitures (trains Renard).

2° *Par les trains sanitaires permanents,* qui, au nombre de 5 pour toute la France, évacuent chacun de 128 à 256 blessés.

3° Par *des trains sanitaires improvisés.* — Ceux-ci (396 blessés par train) seront organisés à raison de 4 par hôpital d'évacuation, et de 12 par armée à 3 corps (voir la note du schéma, ci-dessus), dans les gares régulatrices et dirigées vers la zone des étapes. Le matériel des compagnies de chemins de fer et les appareils de suspension pour brancards sont prévus pour 40.000 évacuations de ce genre.

4° Par des *trains avec voitures de voyageurs.* — Ceux-ci peuvent transporter 1500 blessés assis ; ils ne circulent que le jour.

Pour les évacuations, on utilise aussi les canaux et les rivières au moyen de bateaux aménagés.

La question des trains-ambulances : un desideratum.

Une des conditions nouvelles de la guerre moderne nous permettrait de rendre plus actifs et de renforcer le service des transports et celui des

évacuations par la création de *trains-ambulances*. Il est admis, en effet, qu'il faut en guerre pousser les rails de chemin de fer aussi près que possible du théâtre des opérations, et ceci dans le but d'assurer un ravitaillement rapide de l'armée en vivres, et surtout en munitions, condition devenue désormais indispensable au succès, en raison de la grande consommation de projectiles faite par les armées actuelles et des fronts immenses sur lesquels se livreront les batailles modernes. Il serait dès lors naturel de songer à faire arriver en ce point de véritables trains-ambulances.

Ceux-ci ont d'ailleurs été appelés à remplir un rôle important dans les dernières batailles de la guerre russo-japonaise ; c'est ainsi que l'emploi de ces trains pendant la bataille de Moukden a contribué dans une large mesure au succès d'une évacuation qui a compris 54.000 blessés et un nombre très considérable de malades et d'éclopés ; ils ont rempli à la fois un *rôle médical et moral*, car ils ont recueilli dans les pires conditions presque tous les blessés, et de la sorte ils ont pu contribuer puissamment à empêcher la production de l'affolement. Les trains-ambulances russes ont stationné à moins de dix kilomètres des lignes ennemies.

Le fonctionnement de ces trains n'avait été ni prévu ni étudié dans aucun règlement. Des trains sanitaires avaient été organisés par la Croix-Rouge et par l'Association de la Noblesse, et ils étaient constitués pour être des hôpitaux destinés à rouler à travers les solitudes interminables de la Sibérie ; quand, sous la pression des événements, et pour ainsi dire par le fait d'une intuition instinctive — grâce à l'énergie de quelques hommes dévoués, désireux de toujours mieux faire — on tenta et on réalisa ce qui jusque-là avait été considéré comme irréalisable : ces trains sanitaires devinrent des trains-ambulances. On obtint de cette innovation les meilleurs résultats.

Le train-ambulance type serait certainement celui équipé par la Noblesse Russe. Il comprenait :

1° Un grand wagon sur boggies, divisé en trois compartiments ; une salle d'opérations et de pansement ; un magasin de matériel ; une chambre de huit lits pour opérés et grands blessés. Sans entrer dans les détails, on peut dire que cette salle d'opérations et de pansement était aménagée aussi aseptiquement que les salles d'opération des hôpitaux modernes : fait particulier, le thermosiphon servant au chauffage distribuait à profusion de l'eau stérilisée. (Cette installation parfaite a singulièrement favorisé la pratique des grandes opérations cavitaires ; pendant cette guerre, les seules laparotomies et thoracotomies primitives suivies de succès ont été faites dans ce wagon.)

2° Un wagon ordinaire à voyageurs pour le logement du personnel.

3° Trois wagons à marchandises contenant les réserves de vivres, de médicaments, d'objets de pansement et d'appareils pour aménager les wagons de transport.

4° Un wagon servant de cuisine.

Ce noyau de train-ambulance stationnait toujours au point le plus avancé. Selon les besoins ou prévisions, on accolait à ce noyau un certain nombre de wagons venant servir au transport des troupes. Les blessés graves étaient d'abord portés à la salle de pansement, lavés, et s'il y avait lieu, opérés aseptiquement ; les blessés légers étaient installés et pansés dans les wagons même au fur et à mesure de leur arrivée. Quand les wagons de supplément étaient pleins, une machine les entraînait vers l'arrière et le noyau du train-ambulance restait en place, attendant un nouveau convoi de voitures vides.

La formule du train-ambulance est donc toute trouvée ; il doit comprendre :

1° L'ambulance proprement dite, c'est-à-dire de grandes voitures aménagées pour les opérations et les pansements ;

2° Un certain nombre de wagons aménagés en trains sanitaires improvisés, qui permettront d'évacuer sans transbordement les blessés opérés et pansés jusque dans la zone de l'intérieur.

Il est désormais facile d'imiter et de réglementer ce qui s'est fait d'instinct et avec tant de succès pendant la guerre russo-japonaise. Certes, les trains-ambulances, au cours de cette guerre en Mandchourie, c'est-à-dire en des régions désolées et dénuées de toutes ressources, ont rendu des services plus grands qu'ils ne le feraient au cours d'une campagne européenne ; néanmoins les organiser chez nous serait tout au moins résoudre cette question difficile des intransportables, qui pourraient être ainsi inmmédiatement opérés et pansés avec toute l'asepsie désirable, puis déposés sur un lit qu'ils ne quitteraient plus jusqu'à leur arrivée dans les hôpitaux de l'intérieur.

Cependant, il faut bien savoir que ces trains-ambulances (leur noyau tout au moins) ne peuvent s'improviser au moment d'une mobilisation ; leur organisation serait alors une opération trop longue qui annihilerait par cela même tout l'effort. Ces trains doivent être prêts dès le temps de paix, de même que le sont nos 5 trains sanitaires permanents. Or, il ne faut pas oublier les millions qu'a nécessités leur installation en Mandchourie, et certes, sans qu'on veuille égaler le luxe du train de la Noblesse russe, de son wagon aseptique en particulier, la création de ces trains entraînerait de grosses dépenses, trop lourdes peut être pour le budget de la guerre, plus légères, certainement, pour l'âme généreuse et riche des diverses sociétés de secours aux blessés.

***

Telles sont brièvement résumées les données nouvelles sur le service de santé en campagne, au niveau du théâtre des opérations.

Dans la *zone de l'avant*, la relève et le traitements de blessés seront désormais la tâche de formations distinctes.

Des « *groupes de brancardiers* », absolument autonomes, pourront être concentrés sur n'im-

porte quel point du champ de bataille pour y recueillir les blessés, soit dans les nids de blessés, soit dans les postes de secours régimentaires et les amener *directement*, grâce à leurs moyens de transport, aux formations hospitalières les plus proches et les plus appropriées *quelles qu'elles soient.*

On ne trouvera plus ces organes d'hospitalisation de fortune, appelés à fonctionner successivement et à se relever dans les 24 heures pour le plus grand détriment des blessés (ambulances, hôpitaux de campagne). Un seul type de *formation sanitaire interchangeable* se rencontrera dans la zone de l'avant pour traiter les blessés ; ce sera *l'ambulance fonctionnant normalement comme un poste de secours à grand rendement, mais pouvant servir temporairement d'hôpital, grâce à l'adjonction de la section d'hospitalisation.*

Comme précédemment, dans la *zone de l'arrière*, le service de santé aura pour mission : 1° de *traiter sur place les blessés légers et les blessés graves* ; 2° d'*évacuer* tous les autres sur l'intérieur. Cette fonction capitale d'évacuation sera principalement réglée par l'*hôpital d'évacuation*, qui disposera désormais de *convois automobiles*, venant renforcer les moyens qu'il possédait antérieurement.

Peut-être un jour des organes nouveaux, les *trains-ambulances*, seront-ils poussés avec la voie ferrée jusque sur le terrain des opérations : par leur noyau fixe, ils joueront alors le rôle de véritable ambulance ; par leurs éléments mobiles, wagons aménagés pour le transport, ils organiseront les premières évacuations. De la sorte pourront être recueillis et emmenés, pour leur plus grand bien, loin de la ligne de feu, les blessés inévacuables.

Enfin, à chaque corps d'armée, sera attachée une *section d'hygiène et de prophylaxie* pour seconder les efforts des médecins des corps de troupe dans la lutte contre la propagation des maladies infecto-contagieuses.

REPORTAGE MÉDICAL

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (Semestre d'hiver 1910-1911). — Les travaux d'anatomie, d'histologie et d'anatomie pathologique commenceront le vendredi 4 novembre, sous la direction de M. le Dr Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques.

Sont admis à disséquer dans les pavillons :

1° MM. les internes et externes des hôpitaux à titre gratuit ;

2° MM. les docteurs et étudiants en médecine, français et étrangers, moyennant le versement d'un droit de 50 francs par mois pour les docteurs et de 30 francs pour les étudiants.

Comporte également le versement d'un droit, l'admission dans le laboratoire du directeur.

M. le Directeur reçoit le mercredi, de 1 h. 1/2 à 3 heures, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris.

La liberté d'écrire pour les médecins de la marine. — Alors que les médecins de la guerre et des troupes coloniales avaient toute leur liberté d'écrire — sous leur responsabilité, bien entendu — nos camarades de la marine étaient encore soumis à l'autorisation préalable. Cette mesure restrictive va être rapportée, ainsi qu'il résulte de la lettre ci-dessous adressée par le Ministre de la Marine à M. de Kerguesec, député des Côtes-du-Nord.

« Monsieur le député,

Vous avez bien voulu appeler mon attention sur l'autorisation qui a tout récemment été accordée aux officiers de la guerre de publier des écrits sous leur signature et sous leur responsabilité, et me demander que semblable mesure soit étendue aux officiers des différents corps de la marine.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que je me suis préoccupé de cette question et que j'ai décidé que ces dispositions seraient étendues au personnel de la marine.

Une décision en l'espèce est actuellement en cours de préparation. »

Croisade moderne. — Une intéressante communication a eu lieu récemment au Jardin botanique de Londres, où l'actrice anglaise bien connue, miss Lena Ashwell, inaugura la « Croisade pour l'hygiène », organisée par la « Women's Imperial Health Association » de Grande-Bretagne.

Cette association a eu, en effet, l'ingénieuse idée d'organiser une caravane qui parcourra l'Angleterre pour enseigner l'hygiène aux habitants des villes et des campagnes les plus reculées. Les « croisés » qui feront partie de la caravane distribueront à profusion des imprimés contenant des conseils aux mères de famille.

La caravane, qui va se mettre bientôt en route, commencera par parcourir toute la vallée de la Tamise.

Secret médical. — A propos du secret médical et des sociétés d'assurances sur la vie, le docteur Merveille fait une très judicieuse remarque dans la *Gazette médicale belge* du 1er septembre.

Après avoir rappelé que les tribunaux belges ont proclamé « contraires à l'ordre public » les exigences des sociétés d'assurances sur la vie à l'endroit du certificat médical de décès pour les assurés, et qu'ils ont condamné ces sociétés à verser le capital souscrit par l'assuré, alors même que le médecin du défunt avait refusé la délivrance d'un certificat de maladie, le docteur Merveille ajoute :

« Mais il existe une société d'assurances sur la vie, officielle, créée par la loi du 9 août 1889 et annexée à la Caisse générale d'épargne et de retraite sous la garantie de l'Etat. Or, cette Société d'Etat a parfaitement le droit de refuser de payer le montant des assurances sur la vie contractées auprès d'elle, si la famille du défunt ne fournit pas un certificat du médecin traitant sur la nature de la maladie dont est mort l'assuré. Elle possède ce droit tout simplement parce qu'un arrêté royal du 6 juillet 1891, pris en conformité et par délégation de la loi du 9 août 1889, a fixé, dans les conditions générales de police, l'obligation du certificat fourni par le médecin traitant en cas de décès de son client.

Si le certificat n'est pas fourni, la Caisse d'épargne rembourse tout simplement les primes payées sous déduction de 3 p. c. et tout est dit. Si, par exemple, un ouvrier a bâti une maison qui doit revenir à sa femme s'il vient à succomber prématurément, la Caisse d'épargne a le droit d'expulser tout simplement la veuve de l'immeuble, si elle ne peut lui fournir le certificat réclamé.

Il est évident que dans de pareilles conjonctures, le médecin ne pourrait sans inhumanité

refuser de délivrer l'attestation exigée contrairement à la loi morale. »

Plus d'une fois, la Caisse d'épargne a menacé les ayants-droit à un modeste capital de ne pas leur délivrer ce capital si le médecin refusait de délivrer une attestation de décès portant indication de la nature de la maladie ayant causé la mort de l'assuré.

Nous devons ne pas abandonner la lutte sur le terrain des principes et nous adresser aux administrations officielles pour leur démontrer la nécessité d'une observance stricte du secret professionnel.

Pour la Caisse d'épargne notamment il suffirait, pour respecter le secret médical, d'adresser le certificat de décès d'un assuré au médecin en chef de la Caisse d'épargne en inscrivant sur le certificat le numéro de la police du décédé.

Le certificat ne sortirait pas des mains du médecin directeur.

Médecins inspecteurs en disponibilité. — Il arrive fréquemment qu'au moment des nominations ou promotions dans le cadre des officiers généraux, un certain nombre de nouveaux promus ne peuvent, faute d'emplois, être affectés à un commandement et doivent être placés, en attendant une vacance, dans la position de disponibilité.

Cette situation présente l'inconvénient grave de condamner à l'inaction des officiers généraux jeunes, particulièrement qualifiés pour remplir des fonctions actives, et qui seraient obligés, en cas de mobilisation, de prendre du jour au lendemain des commandements qu'ils n'auraient jamais eu l'occasion d'exercer ; elle s'aggravera encore du fait de la suppression de certains comités techniques, actuellement à l'étude.

Pour y remédier, le ministre a décidé qu'à l'avenir les vacances nécessaires seront créées par l'envoi dans la position de disponibilité, d'officiers généraux en fonctions, pris parmi ceux n'ayant plus que six mois au maximum à accomplir avant la date normale de leur passage dans la section de réserve.

Les dispositions de la présente dépêche sont applicables aux médecins inspecteurs et aux intendants militaires. (*Le Caducée.*)

Médecins courtisans. — Un procès qui va se plaider à Constantinople nous révèle qu'Abdul-Hamid poussa vraiment un peu loin le goût de l'expérience *in anima vili*.

Il y a quelques années, — alors qu'il était tout puissant, — une de ses filles préférées tomba malade de l'appendicite. Les médecins du palais voulurent l'opérer. Mais jamais Abdul-Hamid ne put se résigner à laisser pratiquer cette opération sur le corps de la sultane, sans qu'on lui ait montré en quoi elle consistait et prouvé qu'elle était aussi simple qu'on le lui avait affirmé.

Les praticiens, ne sachant comment faire, s'avisèrent d'un expédient singulier. On fit prendre à l'hôpital italien une malade, sujette ottomane, qui allait en sortir guérie d'une affection du foie. On la transporta à l'hôpital Hamidié et, sous les yeux d'Abdul-Hamid, on lui fit l'ablation de l'appendice. L'opération réussit parfaitement ; la malade, ou plutôt la victime, se remit vite, et le sultan laissa opérer sa fille.

Aujourd'hui Abdul-Hamid est banni, les langues sont déliées, et l'opérée, ou plutôt la victime, Mlle Joséphine Schneider, intente un procès aux médecins courtisans qui ont risqué sa vie dans cette expérience. Le jugement sera intéressant.

(*La mère et l'enfant.*)

Les dangers de la tabatière. — On connaît l'usage, dans le peuple des fervents de la tabatière, d'offrir une prise.... de tabac aux amis et connaissances. Malgré l'ignorance relative qui règne encore chez nos campagnards, on n'y croit plus guère aux sorciers, il n'en est pas moins vrai qu'un bon charretier a failli être accusé de distribution de sortilèges par le canal de sa tabatière, et partant, devenir sorcier... malgré lui.

De la meilleure bonne foi du monde, il a l'habitude d'offrir presque à tout venant une prise de tabac parfumé à la fève Tonka, présent des dieux pour le priseur gourmet. Il s'est trouvé, par hasard, qu'un certain nombre de ceux qui avaient plongé le pouce et l'index dans la tabatière de celui-ci constatèrent à la même période la présence sur leur lèvre supérieure et sur la partie antérieure de leurs fosses nasales, de petits boutons de *folliculite* bien caractérisée. D'où, parmi les victimes qui n'étaient que priseurs occasionnels, la conviction que les boutons en question constituaient indubitablement un véritable maléfice sorti de la tabatière du charretier, dans laquelle ils s'étaient ainsi malencontreusement laissé entraîner à plonger les doigts.

Il n'est pas douteux que la préhension du tabac avec les doigts, souvent malpropres, et quelquefois porteurs de microbes ou germes divers, est une détestable habitude, aussi en désaccord avec l'hygiène qu'avec ce qu'on est convenu d'appeler la propreté. Que de *folliculites*, de *salpingites*, d'*otites moyennes* et même de *pharyngites*, d'*amygdalites*, de *laryngites*, sans compter les *affections pulmonaires* de toute nature et même les *maladies des organes digestifs* on pourrait éviter, en renonçant à ce moyen, plus ou moins agréable pour soi et pour les autres, d'intoxication et d'infection volontaires à jet continu !

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Le prix de la notoriété. — Le Dr de Rothschild visitait dernièrement Damas.

Aux environs de la ville, il fit la rencontre d'un Bédouin dont le kandjiar lui plut, car il est grand amateur d'armes et de curiosités.

— Combien veux-tu de ton poignard ? lui demanda t-il.

— Quarante piastres, dit le Bédouin.

— Eh bien, viens à la ville, vers trois heures, à l'hôtel d'Angleterre, et apporte-le-moi. Tu demanderas M. Rothschild.

Le Bedouin fit un geste de surprise et, ayant longuement considéré son interlocuteur :

— Tu es Rothschild ? fit-il. Alors, tu me donneras cent piastres ; car j'ai entendu dire que tu as plus de douros que le paradis de Mahomet ne compte de brins d'herbe ! (*Monde Thermal.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Courjon, de Meyzieux, decédé subitement au Bouveret, le 4 octobre, à l'âge de 60 ans, et qui comptait parmi les fondateurs du *Concours médical*.

Le Dr Courjon, dit le *Lyon médical*, laisse trois fils, tous engagés dans la carrière médicale. L'un docteur, l'autre interne des hôpitaux de Lyon, le troisième externe des hôpitaux de Paris.

Nos sincères condoléances à tous les membres de la famille.

Le Directeur-Gérant Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 44 Dimanche 30 OCTOBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Avis
Convocations aux assemblées générales.. 935
Préparation des assemblées générales
Rapports annuels. — Revision des statuts du « Concours Médical »..... 936
Propos du jour
Les dangers de l'insuffisance des certificats médicaux. 943
Chirurgie pratique
Traitement pratique du spina ventosa tuberculeux des doigts..... 944
La semaine médicale
La tuberculine contre les tuberculoses urinaires. — Le citrate de soude. — Le signe de Hirtz dans l'inspiration soutenue..... 945
Revue des sociétés savantes
Une lettre d'Ehrlich sur le « 606 ». — Tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax. — Décalcification dans les maladies de l'intestin. — Séquelles de la méningite cérébro-spinale. — Action des différents caustiques sur les plaques muqueuses syphilitiques.. 947
Hygiène publique
La déclaration des maladies contagieuses..... 948
Médecine scolaire
L'inspection médicale des écoles. — Dr Julliard — Dr Delpeut..... 950
Correspondance
Le conflit médico-mutualiste de La Rochelle..... 954
Reportage médical..... 955

AVIS

Assemblées générales de l'« Union des Syndicats médicaux de France », du « Concours Médical » et de ses filiales (19 et 20 novembre 1910).

Les Assemblées générales annuelles auront lieu dans l'ordre suivant :

Samedi 19, *dix heures du matin*, hôtel des Sociétés Savantes, 18, rue Serpente, réunion du Conseil de l'Union des Syndicats.

A *trois heures précises de l'après-midi*, Assemblée générale dans la même salle que les années précédentes, 1er étage de l'hôtel des Sociétés savantes.

Dimanche 20 novembre, salons du restaurant Marguery, 36, boulevard Bonne-Nouvelle :

A 9 *heures du matin*, réunion des *Correspondants* du Concours ;

A 10 *heures du matin*, Assemblée générale extraordinaire du **Patronage médical** (Élection d'un commissaire de surveillance de la liquidation en remplacement du Dr Angelby, décédé) ;

A 10 *heures et demie du matin*, successivement, Assemblées générales de l'**Amicale** et de la **Caisse des Pensions**

A 3 *heures précises de l'après-midi*, Assemblée générale du **Concours Médical** ;

A 4 *heures et demie*, Assemblée générale du **Sou Médical**.

Le *Banquet*, commun à toutes les Sociétés, aura lieu, à 7 heures, au restaurant Marguery. La cotisation, payable à l'entrée, est de **15 francs**, la Société civile du Concours prend à sa charge le supplément des frais, qui augmentent rapidement d'année en année.

Prière d'aviser de sa présence, autant que possible, avant le 18 novembre, en vue des dispositions à prendre.

PROPOSITIONS DES MEMBRES DU « CONCOURS ». — Nous rappelons qu'il est nécessaire que les propositions formulées par les *membres du Concours*, en vue de l'Assemblée générale, parviennent dans le plus bref délai, afin que le *Conseil de Direction* soit en mesure de procéder en temps utile à leur examen.

COMITÉS DÉPARTEMENTAUX. —(Voir à la page 936 les dispositions prévues par le Conseil pour le voyage des délégués).

Le Conseil rappelle en même temps que la réunion spéciale des Correspondants aura lieu le dimanche 20 novembre, à 9 heures du matin, dans les salons du Restaurant Marguery (36, boul. Bonne-Nouvelle).

PRÉPARATION DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES
DU « CONCOURS MÉDICAL »
Séance du Conseil de Direction du 22 Octobre 1910.

Présents : MM. Gassot, Jeanne, Maurat, Cezilly, Diverneresse, J. Noir, P. Boudin.

Le Conseil fixe l'Assemblée générale à 3 heures après-midi le dimanche 20 novembre 1910.

L'ordre du jour est ainsi fixé :

Allocution du Président :
Comptes et budgets ;
Le service de la propagande.

Le Conseil décide que vingt Comités ou groupements départementaux étant dores et déjà constitués, c'est aux délégués de ces Comités qu'il sera fait application du 2e paragraphe du règlement voté par l'assemblée, de 1909 et ainsi conçu : « Le *Délégué* jouira des avantages qui étaient attachés au titre de correspondant du *Concours*.

En conséquence, seront convoqués pour l'Assemblée prochaine et recevront les indemnités prévues :

Ain : Dr Servas. — *Allier* : Dr Mouchet. — *Ardèche* : Dr Sarda .— *Bouches-du-Rhône* : Dr Bagarry. — *Calvados* : Dr Charbonnier. — *Côtes-du-Nord* : Dr Nimier. — *Doubs* : Dr R. Chapoy. — *Drôme* : Dr Robleblave .— *Eure-et-Loir* : Dr de Fourmestreaux. — *Eure* : Dr Thirard. — *Ille-et-Vilaine* : Dr Boivin. — *Jura* : Dr Billon. — *Haute-Loire* : Dr Suttel. — *Manche* : Drs Viel et Lemaignen. — *Mayenne* : Dr Angot. — *Nièvre* : Dr Gauthier. — *Orne* : Dr Hommey. — *Rhône* : Dr Lépine. — *Haute-Savoie* : Drs Léon Favre et Roux. — *Sarthe* : Dr Médail.

Chacun de ces confrères, en cas d'empêchement majeur, pourra se faire suppléer par tel membre de son Comité qu'il jugera le mieux préparé à jouer un rôle utile dans nos Assemblées.

Le Conseil décide enfin que si, après prévision d'emploi du crédit spécial en faveur des *délégués*, il paraissait devoir rester quelques disponibilités, il convoquerait ceux des anciens correspondants qui se seraient particulièrement distingués par l'efficacité de leur propagande depuis la dernière Assemblée générale.

Une Assemblée générale extraordinaire, pour retouche légère des statuts sur indications publiées au présent numéro, sera tenue à 2 heures et demie.

Le Conseil décide la publication à partir du n° 44 du journal des comptes rendus annuels du *Concours* et des filiales. Il adopte les rapports suivants :

Rapport du Conseil de Direction.

Chers Confrères,

Nos travaux de cette année, considérés au point de vue étude, comme au point de vue réalisation, ont été scrupuleusement faits en exécution des décisions prises par nos Assemblées générales de 1907, 1908, 1909. C'est là une déclaration qu'il importe de placer en tête de cette revue : elle répond d'avance à des allégations inexactes qui se sont produites et qui tendraient à faire croire que nous avons dévié des soi-disant grandes lignes de l'étude et de la défense professionnelles parce que nous sommes restés nous-mêmes, c'est-à-dire vos mandataires, dans les manifestations corporatives du dehors auxquelles nous avons pris part. Vous allez en juger.

***

La réforme des études médicales. — Au sujet de l'agitation récente touchant la *réforme des études médicales*, le journal a voulu entendre et répéter tous les sons de cloche ; il a laissé les individus manifester leurs préférences pour ou contre l'agrégation, l'autonomie des Facultés, le privat-docentisme, le Conseil médical supérieur, la séparation de l'Enseignement médical et de l'Etat. Mais le Conseil de Direction de votre Société d'études en est toujours à votre vote de 1908 : il souhaite qu'en attendant mieux, pour le jour où ce mieux sera réalisable, on fasse d'abord application du décret de 1909, touchant la réforme des études, et cela sous l'œil d'un Conseil supérieur médical, baptisé du nom qu'on voudra, mais composé par moitié d'enseignants et de praticiens. Il s'est abstenu et s'abstiendra, tant que vous n'aurez pas changé d'avis, de participer à des gestes dont il n'aperçoit pas l'effet assez prochain ; mais il reste acquis à la recherche consciencieuse, réfléchie et pratique, des moyens d'ordre scolaire, qui permettront aux praticiens d'être toujours plus instruits, toujours plus à la hauteur de leur rôle social, en même temps que plus protégés, dans la sécurité de leur existence, par des barrières opposées à un encombrement qui fait courir les plus grands dangers à la santé publique comme à notre profession elle-même.

***

Le *relèvement des honoraires médicaux* s'est opéré, ainsi que vous l'aviez demandé, en un bon nombre de régions. Nous l'avons nous-mêmes ardemment prêché sur place au cours de nos tournées en province. Et quand nous avons pu voir avec quelle facilité il se réalisait par voie syndicale, nous n'avons pas pu nous empêcher de condamner très sévèrement la négligence, la veulerie ou l'esprit de sournoise et imbécile concurrence, qui en retardent la généralisation complète. Nous ne pouvons pas remettre utilement, cette année encore, à l'ordre du jour de notre Assemblée, pour le simple appel à faire à la virilité et au bon sens, une question de ce genre ; mais du moins signalerons-nous le mouvement

du renchérissement actuel de tous les éléments de l'existence et nous dirons aux défaillants : « Qu'attendez-vous donc de plus pour légitimer votre geste ? »

***

Sous l'émotion de poursuites et condamnations encourues par des confrères qui furent victimes de la rédaction actuelle d'une loi entraînant *déclaration des maladies contagieuses*, vous nous avez dit, en 1907 et 1909, comme vous l'aviez dit en 1897 : « Voilà dans quelles limites nous pouvons et devons collaborer à l'application de cette mesure ; nous vous demandons de vous mettre d'accord avec le Gouvernement pour la rédaction du texte à soumettre au législateur à cet effet ». Nous avons rempli la mission, exactement comme vous l'aviez prescrit, près du Gouvernement d'abord, près du Sénat ensuite. Le journal a publié le texte demandé et l'exposé des motifs qui s'y rapporte ; il donne aujourd'hui même le rapport de M. Strauss déposé au nom de la commission du Sénat. Au Congrès des Praticiens de 1910 d'autres que vous ont voulu, quoique sans mandat régulier à cet effet, retirer l'engagement pris librement par ceux qui constituent actuellement le corps médical organisé : nous n'avons pas hésité à déclarer que, jusqu'à nouvel ordre, notre Société tenait la parole donnée. Ce que nous avons vu et entendu depuis est-il fait pour vous provoquer à changer d'attitude du jour au lendemain, et à nous donner par conséquent un autre mandat ? Vous aurez occasion de le dire à l'Assemblée générale prochaine.

***

A maintes reprises, au cours des études sur nos *rapports avec la mutualité*, vous avez intégralement approuvé le confrère Bolliet, et dans ses conclusions théoriques basées sur le libre choix et dans les propositions qu'il formulait pour leur réalisation. Cette année encore, nous les avons soutenues de notre action et de notre vote dans ce même milieu du Congrès des Praticiens où elles étaient combattues par des arguments un peu imprévus. Elles sont sorties victorieuses de cette épreuve inattendue et nous avons été surtout particulièrement heureux de voir la *Fédération médicale parisienne*, à la création et aux travaux de laquelle nous avons tenu à participer, orienter ses efforts d'après leur tendance qui est la recherche des réalisations possibles et prochaines.

***

En adoptant à l'unanimité les propositions de notre ami le Dr Vimont au sujet des *revendications à soumettre à tous les candidats des élections législatives* de 1910, vous aviez entendu nous tracer, ainsi qu'aux Syndicats médicaux, un programme d'action électorale limitée à la défense professionnelle, et s'exerçant en dehors des opinions politiques quelconques de ces candidats. Ce programme, nous l'avons exécuté à la lettre ; nous avons invité les médecins à manifester ainsi leurs volontés corporatives comme le savent faire à ce propos toutes les professions au sein desquelles on se pique de solidarité. A nos suggestions, à l'action que nous avons essayé d'unifier le plus possible, il a été répondu parfois avec peu de bonne volonté, avec des arguties, de déconcertantes raisons. Nous n'en fûmes, cela va sans dire, ni arrêtés ni découragés ; mais nous en fûmes surpris parce que l'inertie ou la résistance, les réserves et les abstentions vinrent surtout, à quelques exceptions près, des personnes ou des groupements qui avaient affirmé comme un dogme « que les Syndicats médicaux actuels suffisent à la défense professionnelle ! » N'empêche que la campagne a été couronnée de succès et que, s'il plaît maintenant aux défenseurs du corps médical de créer le *groupe parlementaire du libre choix du médecin* pour les malades soignés aux frais des collectivités, c'est plus de 200 membres qu'ils inscriront d'emblée, et c'est aussi un fait acquis par l'action syndicale et non par des palabres sans lendemain.

***

Répondant à l'appel des Drs Ausset, Jeanne et Levassort, vous nous aviez donné mandat à l'assemblée de 1910, de pousser à la création de *Caisses régionales de secours immédiat et d'assistance à la famille médicale*, et de poursuivre ensuite la fédération de ces caisses.

Nous étions, pour l'exécution de la première partie de cette tâche, au nombre des constituants de la *Caisse parisienne* dont vous avez lu les statuts dans le journal. Nous étions aussi dans les groupements de la Normandie pour les presser de répondre à l'appel régional de M. le Dr Cerné (de Rouen). Nous nous retrouverons là encore où sera entreprise la fédération des Caisses, dès qu'elles se seront créées, et si quelque initiative à ce sujet voulait se produire lors de notre prochaine assemblée, nous serions heureux de faire figurer la question à son ordre du jour.

***

Lors de l'agitation électorale dernière, à laquelle les assureurs prirent une vive part, attendu qu'ils se sentent menacés par divers projets, dont quelques-uns visent le *monopole des assurances par l'Etat*, nous avons engagé nos confrères à *se faire une opinion* sur ces questions, où leur intérêt est gravement en jeu et à ne pas s'en tenir aux clichés que les compagnies font passer dans la grande presse. Nous leur indiquions même, entre autres sources, le livre du Dr Levassort, que le professeur Lennhof (de Berlin) a eu bien soin de consulter, lui, quand il a entrepris l'enquête dont parlait dernièrement le *Concours*. Or, quelques confrères se sont empressés de nous classer incontinent et d'emblée, pour ce simple avertissement, dans les partisans du monopole. Le Conseil de Direction ne peut que les renvoyer au vote de l'assemblée de 1908 qui est resté son cheval de bataille : « l'assurance-accidents du travail devra être confiée à des caisses

(analogues aux caisses hongroises), gérées par nombre égal d'ouvriers, de patrons et de médecins, et non à des assureurs spéculateurs qui doivent disparaître ». Or, c'est précisément aussi la conclusion de M. Levassort, sur ce point spécial, *le seul qui ait jamais été soulevé dans le journal et les assemblées*, et c'est pourquoi nous avons dû refuser à notre ami Delbès la discussion inopinée, dans le journal, de la question globale du « Monopole des assurances par l'Etat. » Un tel débat, inopinément commencé en période de fièvre électorale, par nous-mêmes, sans avis préalable d'une Assemblée générale, eût été une faute lourde et, de plus, un manquement complet à des habitudes et à des égards que nous tenons à conserver.

***

L'Assemblée de 1906 nous a imposé de tenir sans cesse au nombre de nos préoccupations la question des *rapports désirables entre médecins et pharmaciens*. C'est ce que nous avons mis en pratique dans les négociations ou interventions auxquelles nous fûmes mêlés, devant les mutualistes et les responsables de la loi accidents. Nous avons toujours fait les premiers pas pour organiser, devant les adversaires communs, la défense de l'intérêt des deux professions. Malgré cela, l'hostilité sourde entre médecins et pharmaciens voisins, pris individuellement, persiste, exagérée par les rigueurs de la concurrence commerciale dont souffre la pharmacie et aussi du fait des profondes modifications introduites en thérapeutique par les spécialités et l'utilisation des agents physiques. L'officine ne vit plus et ne vivra plus des prescriptions du médecin parce qu'elle n'a pas évolué de bon gré et en temps utile en suivant le courant qui nous entraîne dans ces deux directions. L'un de nous, dès 1881, avait prévu la conséquence de la situation qui se dessinait déjà et disait en substance : « Ou bien l'officine disparaîtra ou bien elle se traînera pour survivre dans un exercice illégal de la médecine, qui sera un danger pour la santé publique et auquel il faudra bien mettre fin. » Et il ajoutait : « Je n'aperçois plus à cette époque qu'un moyen de remettre chaque chose à sa place ; il consistera à fondre les deux professions sous un diplôme unique, ce que les peu timides législateurs de la Révolution feraient à bref délai (s'ils vivaient à cette heure), en supprimant la dualité consacrée par les lois de Germinal et de Ventôse ». Cette année, à la demande de plusieurs sociétaires, nous avons repris l'étude de cette solution. M. le Dr G. Duchesne a mis toute sa compétence et sa sagacité au développement de ce thème. Celui-ci suffit désormais à la discussion, quand il plaira de l'ouvrir entre les deux professions-sœurs.

***

L'*appui traditionnel que nous devons à nos Filiales* ne comporte aucune mention importante pour cette année, en ce qui concerne le « Sou médical », si ce n'est qu'il profita tout particulièrement de l'organisation débutante de notre service de propagande, dont il sera question tout à l'heure.

Mais le recrutement de l'Amicale et de la Caisse des Pensions s'est trouvé menacé à Paris pendant quelques mois, au cours de la division qui s'était produite entre l'A. G. et la Prévoyance Médicale. C'est ce qui nous conduisit à poursuivre et à réaliser la création d'une seconde société locale dans la grande ville. Le fait est accompli, mais si l'A. G. a accordé le principe de l'agrégation de cette nouvelle société, les statuts de celle-ci n'ont pas encore obtenu l'approbation de l'Etat, parce que n'étant pas plus conformes, que ceux des autres sociétés agrégées, à la loi de 1898. Qu'allons-nous faire pour obtenir cette approbation ? Faut-il la réclamer quand même et dès maintenant *per fas et nefas* ? Ne vaut-il pas mieux la différer, tout litige étant clos, jusqu'au jour où l'A. G. serait conduite peut-être, après les études auxquelles elle se consacre, à modifier ses propres statuts ? Nous ne saurions répondre actuellement à ces questions ; les circonstances devront nous guider, et nous nous déterminerons d'après le résultat des travaux de la commission de l'A. G. qui recherche le moyen d'établir, sous un régime de mutualité réelle, les retraites de droit à 60 ans et à des chiffres variables suivant les facultés pécuniaires de chaque cotisant.

Les Syndicats médicaux traversent une crise évidente et avouée qui provient, on est unanime à le reconnaître, de l'insuffisance de la cohésion et dans chaque groupement et entre les groupements eux-mêmes. Nous sommes portés à espérer que, de la discussion qu'ils vont ouvrir sur leur réorganisation et poursuivre en Sociétés devenues majeures, ils sortiront solidement constitués, sûrs de leurs rapports entre eux, et capables de dégager, en un Conseil commun, des revendications d'ensemble ainsi que les moyens de faire aboutir celles-ci. L'émancipation de ces aînés de notre famille, émancipation vieille de 15 ans, nous interdit tout acte de tutelle au cours de cette crise, en tant que Société-mère ; mais nous n'en inviterons pas moins chacun de nos lecteurs, parce que, généralement, syndiqué lui-même, à s'intéresser avec tout son dévouement et toute son expérience à l'organisation d'un syndicalisme médical de caractère agissant et réfléchi, énergique dans sa volonté, uni et tenace dans l'exécution autant que prudent et pondéré dans les manifestations publiques de ses revendications.

***

Au service de toutes les bonnes causes que nous venons de passer en revue, nous avons déjà mis de précieux éléments de propagande en constituant une vingtaine de *Comités départementaux* que l'Assemblée générale de 1909 nous a chargés de créer, et forts des résultats de cette première campagne, nous allons presser activement la besogne cette année.

L'utilité de cette création a été parfaitement

comprise de tous ceux de nos confrères au milieu desquels nous nous sommes transportés, et ils nous en ont donné les preuves les plus tangibles. Nous n'en avons que plus grande hâte d'aller la démontrer à ceux, inexpérimentés ou peu renseignés, qui croient voir en chaque médecin un lutteur toujours vigilant et toujours debout pour sa défense propre, quand elle ne peut être efficace que par la bataille corporative. C'est par nos Comités que la chimère actuelle de ces défiants confrères deviendra vite une réalité.

Bien loin donc de nous arrêter dans cette voie où nous ne pourrions gêner que des intérêts particuliers, dont nous avons d'autant moins cure que nous ne les connaissons pas, nous allons nous y lancer corps et âme au cours de l'année 1911, sûrs de travailler pour l'intérêt général, sûrs aussi de rester fidèles à la ligne de conduite du *Concours médical*, pionnier et précurseur qui ne peut faillir à sa raison d'être.

Parallèlement à l'action de nos *Comités départementaux* dans la propagande intensive, nous avons, au prix d'un gros effort pécuniaire, assuré celle du journal par la création de l'« *Agenda Memento du praticien* ». Cette prime offerte à nos lecteurs et à ceux qui le deviennent, a déjà grossi nos effectifs, cette année même, de tous ceux qui veulent connaître avec précision les droits et obligations du médecin dans ses rapports avec tous les rouages de la Société. Sa diffusion facilitera singulièrement la tâche des propagandistes groupés dans nos Comités. Le Conseil de Direction devait cet effort personnel à l'organisation générale de propagande dont M. le Dr Boudin entretiendra notre prochaine Assemblée générale.

***

Tel est en résumé, chers confrères, le bilan de nos travaux au cours de cette année.

Nous ne saurions soumettre à vos méditations toutes les questions qui s'y rapportent, sans souligner, pour finir, l'effrayante rapidité avec laquelle évolue le rôle social du médecin, emporté par un courant que personne ne remontera. Intenables à bref délai vont être les situations, nées au XIXe siècle, de médecin de ceci et de médecin de cela, fonctions instituées au mépris de la liberté individuelle des malades et (comme l'écrit le professeur Thoinot lui-même) en parfaite incompatibilité avec les obligations les plus élémentaires du secret professionnel. Quand les Syndicats vont s'organiser sur les seules bases possibles qui sont l'unité des intérêts, la similitude des droits et des devoirs, l'indifférence à l'égard des situations acquises, faudra-t-il résister à la loi confraternelle, en refusant l'abandon des tristes privilèges auxquels on s'accroche encore par routine ou par amour-propre mal placé ? Il nous plaît de croire que les moins avisés ouvriront les yeux et se résoudront à incliner l'intérêt particulier mal calculé devant l'intérêt général plus profitable à tous, même à ceux qui sembleront se dépouiller. C'est à cette condition seulement que l'union sera établie, cette union qui est notre seule force et que notre Société, après en avoir provoqué les premières manifestations, voudrait voir consacrée partout d'une façon complète et définitive.

Rapport de la Rédaction.

La Rédaction du *Concours Médical* s'est efforcée de réaliser le programme de perfectionnement qu'elle s'était tracé l'an dernier.

Notre journal a été d'abord l'objet d'une transformation matérielle que tous nos lecteurs ont pu constater. Tous ont pu se rendre compte de l'amélioration considérable du papier, du changement des caractères, de la reproduction de figures et de schémas dans certains articles.

Ces progrès très appréciables ont certes accru notablement les frais du prix de revient de chaque numéro, mais ils rendent la lecture plus facile, la recherche d'un article ou d'un document plus commode.

En un mot, ils épargnent aux confrères, qui nous lisent souvent au cours de leurs tournées de visites et parfois en voiture, un surcroît d'attention et de fatigue. C'est dans le même but que nous nous sommes efforcés de n'insérer que des articles courts, en évitant autant que possible de les publier en deux fois.

Nous avons continué à diviser le journal en deux parties : la partie scientifique adaptée aux besoins du praticien et la partie consacrée à l'intérêt professionnel.

Nous avons cru devoir continuer, selon les anciennes habitudes du journal, de mettre en tête un *Propos du jour*. Cet article, qui est le plus souvent écrit par le rédacteur en chef, presque toujours d'ordre professionnel, indique quel est le caractère de notre journal, organe des médecins praticiens encore plus que revue des acquisitions scientifiques pratiques.

Nous publions ensuite soit une Clinique médicale, chirurgicale ou spéciale, soit un article de médecine ou de chirurgie pratiques. La plupart des cliniques sont rédigées par notre distingué collaborateur, le Dr P. Lacroix ; elles le sont, avec un soin, une clarté et une concision dont nous n'avons plus à faire l'éloge et que tous nos lecteurs ont déjà, depuis de longues années, appris à apprécier.

Dans un but de décentralisation, nous avons fait appel à nos confrères de province. Nous avons trouvé, notamment, à Lyon, un certain nombre de collaborateurs de haute valeur, qui ont bien voulu nous envoyer des articles originaux et recueillir pour nous des cliniques du Professeur Jaboulay.

La *Semaine médicale*, qui fait suite, est le fruit des lectures sélectionnées de notre dévoué secrétaire de la rédaction, le Dr Huguenin. Avec la *Revue des Sociétés savantes* ou des *Congrès* que rédige le Dr P. Lacroix, elle met le praticien au courant des faits de quelque intérêt qui peuvent être relevés dans la presse, les livres, les sociétés ou les congrès médicaux. Toutes les semaines, cer-

tes, la science médicale ne subit pas une transformation, mais si ce qui se publie n'est pas toujours d'une réelle valeur, il n'en est pas moins indispensable au praticien de se tenir au courant du mouvement scientifique médical.

Sachant que le praticien ajoute une importance véritable aux formules, notre collaborateur, le Dr André Lombard, a continué de remplir la rubrique : *Formulaire raisonné*. Nous pensons que cette série de notes de thérapeutique pratique, rédigées avec soin, présente plus d'intérêt et offre à la mémoire de nos confrères un secours plus utile que la reproduction sèche de quelques formules copiées au hasard. Notre collaborateur, qui joint à l'expérience du praticien, l'avantage d'être un homme de laboratoire aussi sérieux que modeste, n'a certes pas la prétention d'avoir lui-même expérimenté toutes les formules, qu'il cite du reste avec le nom de leurs auteurs ; à nos lecteurs de devenir ici nos collaborateurs à l'occasion et de nous faire connaître, à propos de notre formulaire, le résultat de leur propre expérience.

Selon les nécessités de la mise en pages, que l'abondance parfois grande de nos documents professionnels modifie singulièrement, nous publions à la suite un ou plusieurs articles spéciaux, dus le plus souvent à nos collaborateurs ordinaires qui sont très pénétrés du but que nous nous proposons

Nous avons bien entendu dire que certains de ces articles étaient trop simples, que les médecins ne devaient pas retourner chaque semaine à l'Ecole. Nous sommes loin d'être persuadés que la majorité de nos lecteurs pense ainsi et nous avons pu constater, par un certain nombre de lettres, que beaucoup sont fort aises de trouver en quelques lignes, en parcourant leur journal, des conseils sur des affections qu'ils n'avaient pu étudier suffisamment au cours de leurs études.

Certains procédés pratiques, publiés sous la rubrique *Trouvailles du Praticien*, nous ont valu des critiques ironiques. Certes, il est de ces trouvailles qui paraissent quelque peu singulières à ceux qui opèrent dans un hôpital, entourés d'aides et ayant à leur disposition tout un arsenal chirurgical ; mais nous avons pris, depuis longtemps, l'habitude de ne plus nous moquer, ni sourire des traitements parfois étranges en apparence, ou trop simplistes dont les faux savants et les gens prétentieux ont coutume de se gausser. Le redressement de bosses, la pendaison des ataxiques, les essais des fauteuils trépidants, la balnéation froide pour diminuer la température et bien d'autres moyens, entrés dans la thérapeutique et appliqués avec succès par de très grands maîtres, sont des fruits de l'empirisme et procèdent d'une origine singulièrement analogue aux trouvailles que nous avons publiées. Que nos confrères n'hésitent donc pas à nous livrer leurs petits secrets qui aident à constituer le médecin habile.

La médecine est encore, et pour longtemps, plus un art qu'une science ; il ne suffit pas toujours de prescrire des traitements et des drogues, il s'agit de les faire supporter et avaler.

La partie professionnelle n'a pas été négligée ; nos collègues de la Direction, Jeanne, Gassot, Boudin, Diverneresse, Dumesny, s'y consacrent plus particulièrement. Nous nous efforçons d'y donner la plus large part à la correspondance de nos lecteurs que l'un de nous commente s'il y a lieu. Notre désir est de faire ainsi le plus souvent possible de nos abonnés, des collaborateurs. Les lettres que nous recevons et qui chaque mois se chiffrent par centaines, nous permettent de bien connaître l'esprit et les besoins de nos confrères de province et d'éviter de grossières erreurs en basant notre action sur des idées *a priori*. Grâce à cette correspondance, grâce à cette intimité qui règne entre le *Concours médical* et les praticiens, ses lecteurs, notre journal devient un instrument sensible qui vibre à l'unisson avec le médecin pratiquant, dont il est l'ami et le confident d'abord avant de devenir le conseiller.

Nos confrères voudront bien reconnaître l'effort qui a été fait au *Concours médical* pour répondre aux desiderata que beaucoup avaient formulés. Nous avons tenu à publier toujours des articles courts, clairs, pratiques, et à ne pas nous encombrer de ces mémoires chargés d'observations, peut-être intéressantes dans une revue spéciale, mais toujours fastidieuses dans un journal destiné au grand public médical ; nous avons tenu à éviter de surcharger nos colonnes de toutes ces communications dont la fausse science est plus souvent destinée à attirer l'attention sur le nom et la spécialisation de l'auteur que sur la valeur de ses travaux. En accord parfait avec la Direction, nous avons tâché de nous inspirer uniquement des intérêts des praticiens, mais en conservant notre liberté de jugement et de critique.

A nos lecteurs de nous dire les progrès encore à réaliser qu'ils entrevoient, à eux de nous indiquer les points faibles que nous pourrions modifier, ce que nous essayerons volontiers, si c'est en notre pouvoir. Nous ferons toujours le possible pour atteindre notre idéal, qui est de faire du *Concours Médical* l'organe de conseil et de défense le plus apprécié par le médecin praticien, conscient de la dignité de son rôle et soucieux de son indépendance.

Rapport financier de la Société civile du « Concours Médical ».

Capital inaliénable

Au 1er octobre 1909, le compte du capital inaliénable se composait du Portefeuille	68.794 50
Par suite du remboursement de 1 /4 Ville de Paris 1899 (prix d'achat 96 fr.)....	96 »
Le portefeuille se trouve réduit à.....	68.698 50

Espèces.

Produit de la vente du quart d'obligation Ville de Paris 1899, ci-dessus...	123 85
Total	68.822 35

Capital disponible

Recettes :

Au 1er octobre 1909, l'avoir disponible était de	2.719 27	
Depuis cette époque, les intérêts du portefeuille ont produit	2.439 19	
Les dons pour bons offices du journal se sont élevés à	137 »	
Le service des remplacements a produit net	961 30	
Subvention de la Compagnie fermière de Vichy	2.000 »	8.256 76

Dépenses :

Frais supplémentaires du Banquet	1.557 10	
Indemnités payées aux correspondants ayant assisté aux assemblées générales	1.042 »	
Frais de réunion et déplacements du Conseil	664 »	
Indemnité du Secrétaire	50 »	
Payé à l'Enregistrement pour taxe sur les intérêts	10 60	
Payé pour le service du Contentieux	1.200 »	
Affranchissement des brochures de propagande et impressions diverses	120 90	
Droit de garde des titres à la Société générale	27 20	
Congrès des Praticiens	135 75	4.807 55
Les recettes étant de		8.256 76
Balance en faveur de l'actif		3.449 21

L'avoir de notre Société se décompose donc comme suit au 1er octobre 1910 :

Capital inaliénable		68.822 35
Capital disponible		3.449 21
Total		72.271 56
(*Dont espèces fr.*	3.573 06)	

Balance des espèces.

Avoir à la Société générale		5.455 19	
Dû au trésorier	380 08	1.882 13	
Dû au journal *Le Concours médical*	1.502 05		
Reste		3.573 06	

Projet de budget pour l'exercice 1910-11

Recettes probables :

Revenu du portefeuille	2.440 »
Dons	160 »
Remplacements	600 »
Subvention de la Compagnie de Vichy	2.000 »
Versements pour la propagande par :	
Le journal *Le Concours médical*	2.000 »
Le « Sou Médical »	700 »
	7.900 »

Dépenses probables :

Frais supplémentaires du Banquet	1.000 »
Indemnités aux délégués présents à la séance de novembre 1910	1.400 »
Indemnité au Trésorier	400 »
Frais de réunion	700 »
Frais de propagande	3.000 »
Frais de contentieux	1.200 »
Dépenses diverses	200 »
	7.900 »

BULLETIN D'ABONNEMENT & D'ADHÉSION

à la Société Civile du « CONCOURS MÉDICAL »

donnant droit à l'*Agenda-Memento du Praticien* (voir au dos).

Je soussigné (nom, prénoms, et qualité) _____

_____ *demeurant à* _____

arrondissement d _____ *département d* _____

né le _____ *reçu le* _____ *devant la Faculté de* _____

déclare m'abonner au journal le « CONCOURS MÉDICAL » à partir du 1er décembre 1910, demande en outre à faire partie de la **Société civile du Concours Médical** *dont j'accepte les statuts.*

A _____ *le* _____ *190 .* SIGNATURE

Membre de (1) _____

ou présenté par M. le Dr _____

(1) Les membres d'une Association médicale n'ont pas à se faire présenter par un parrain.

L'abonnement qui est de 10 fr. part du 1er de chaque mois. — *On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.* Joindre un mandat au présent bulletin mais à défaut l'abonnement sera recouvré par la poste.

Retourner ce bulletin à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque, PARIS

Modifications aux Statuts de la Société civile.

Messieurs et chers Confrères,

L'instrument essentiel de notre Société est certainement le journal le *Concours médical* ; c'est par lui que chacun d'entre nous peut soumettre à ses collègues ses idées, ses réflexions, ses propositions ; c'est lui qui nous fait connaître les études et les travaux de nos confrères, qui nous tient au courant de nos luttes professionnelles, de nos succès comme de nos revers. Si donc on peut concevoir que tous les lecteurs du journal ne soient pas membres de la Société civile et qu'il suffise à certains de nos confrères de se tenir au courant de nos faits et gestes, on comprend moins qu'il soit possible d'être membre de la Société civile du *Concours médical* sans être lecteur du journal. .....

C'est pour cette raison que, tout en respectant les droits des sociétaires actuels, nous vous proposons de décider qu'à l'avenir les membres de la Société civile seront exclusivement recrutés parmi les abonnés du *Concours médical*

Cette modification, qui vise les articles 1er et 16 de nos statuts, ne fera guère d'ailleurs que régulariser une situation de fait.

Il en sera de même d'une autre modification que nous vous demandons d'introduire à l'article 10. .....

La possibilité d'affecter à des besoins particuliers une partie du fonds social pouvait avoir sa raison d'être aux débuts de la Société, avant la création de nos filiales ; il n'en est plus de même aujourd'hui, et, dès longtemps, cette disposition est tombée en désuétude ; nous vous demandons de la supprimer.

Une dernière modification, plutôt de forme que de fond, consistera à remplacer, partout où elle se trouve, l'expression « Conseil d'administration » par celle de « Conseil de Direction » qui est le terme propre, visé par l'article 17 sur les modifications statutaires.

Enfin, Messieurs, si vous voulez bien accepter ces modifications que vous propose le Conseil de Direction, il conviendra, pour rendre nos statuts plus clairs, d'adopter un classement nouveau des articles et parfois une rédaction plus explicite.

En conséquence, le Conseil de Direction a l'honneur de vous soumettre la rédaction suivante :

Statuts de la Société civile du Concours Médical

Article premier. — Il est fondé une société entre les docteurs A. Gassot, A. Maurat, H. Jeanne, Noir, Diverneresse, H. Cézilly et Boudin, co-directeurs de la Société civile du *Concours médical*, d'une part, et, d'autre part : 1° les membres actuels de la Société civile du *Concours médical* ; 2° les médecins abonnés au journal le *Concours médical* qui adhéreront aux présents statuts d'après le mode indiqué à l'article 6 ci-après.

Article 2. — Cette société reste dénommée : *Société civile du Concours médical* ; son siège est à Paris, actuellement, 23, rue de Dunkerque ; il pourra être transporté à une autre adresse sur simple décision du Conseil de Direction. Sa durée est illimitée, de même que le nombre de ses membres.

AVIS - PRIME A NOS ABONNÉS

*Les 300 premiers lecteurs, **non encore abonnés**, qui nous retourneront le présent bulletin, auront droit, à titre de prime, à l'**Agenda-Memento du Praticien**, dont l'envoi commencera à partir de la deuxième quinzaine de novembre.*

(Tous nos abonnés actuels recevront notre prime sans avoir à nous la demander).

Que va contenir l'*Agenda-Memento du Praticien* ?

L'**AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN**, qui forme un volume de plus de 700 pages in-8° raisin soigneusement relié, sera divisé en deux parties :

La première, l'**AGENDA**, contiendra une page pour chacun des jours de l'année sur laquelle nos confrères pourront inscrire leurs visites journalières ou en faire leur registre-journal.

La seconde partie forme le **MEMENTO**. On trouvera là toutes les questions d'ordre professionnel que le praticien doit connaître : **lois, décrets, arrêtés, règlements d'administration publique, jugements** et **arrêts** par lesquels les tribunaux ont fixé sur de nombreux points nos droits et nos devoirs ;

Tous usages, toutes pratiques, tous règlements qui président à la **fixation de nos honoraires, à l'établissement de nos notes, à leur recouvrement** amiable ou judiciaire, à la **responsabilité** de ceux qui doivent les payer, à la **prescription** qui peut les atteindre, etc., etc.

Toutes indications et recommandations précises sur ce que nous pouvons dire et écrire et sur ce que nous devons faire dans nos interventions en matière de **médecine publique**, et sur la forme même à donner alors à nos **déclarations, certificats, rapports d'experts, dépositions**, etc., pour rester en règle avec notre conscience, avec la prudence professionnelle, avec le **secret médical** ;

Tous renseignements sur les carrières de **médecins fonctionnaires** (recrutement, solde, avantages, obligations) ; et de même sur le rôle du praticien dans les **services publics** auxquels il participe tout en se livrant à la clientèle ordinaire

Tout ce que le médecin doit savoir au sujet des Sociétés professionnelles qui le couvrent, ainsi que les siens, par l'**assurance**, la **mutualité**, la **prévoyance**, contre la gêne de la maladie, de la vieillesse, du décès, ou qui assurent sa défense individuelle, ou par solidarité collective, etc., etc.

Article 3. — La Société a pour but l'étude des questions professionnelles et l'organisation des œuvres reconnues utiles à la profession médicale.

Article 4. — La Société n'est pas dissoute par la mort de l'un quelconque de ses membres, elle continue de plein droit entre les survivants.

Article 5. — Les docteurs en médecine et les officiers de santé reçus devant une Faculté française peuvent seuls être admis au nombre des membres de la Société civile.

Article 6. — Tout médecin, qui voudra faire partie de la Société, devra adresser au Conseil de Direction la formule d'adhésion aux présents statuts dûment remplie et signée. Il devra en outre se faire présenter par un membre de la Société, à moins qu'il ne fasse déjà partie d'une association médicale (Association locale, syndicat, Caisse des pensions de retraite, Association amicale, Sou médical.)

Ces formalités remplies, il lui sera adressé une carte constatant sa qualité de sociétaire et lui donnant accès aux séances de l'Assemblée générale.

Article 7. — Les membres de la Société civile peuvent se retirer par lettre recommandée adressée au Conseil de Direction.

Article 8. — La Société se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs de ses membres, mais cette exclusion ne pourra être prononcée que pour cause d'indignité. Un règlement intérieur déterminera les conditions dans lesquelles l'exclusion sera prononcée.

Article 9. — Le sociétaire qui se retire ou qui est l'objet d'une exclusion perd *ipso facto* tous ses droits dans l'actif social et les avantages sociaux. Il n'est admis à faire valoir aucune revendication.

Article 10. — Le fonds social se compose :

1° De la somme de 53.419 fr. 29 constituant l'avoir de la Société civile au 1er octobre 1905 ;

2° Des revenus de ladite somme ;

3° De tous les dons faits au profit de la Société ; en un mot de tous les fonds et revenus qui pourront provenir à la Société de quelque source que ce soit.

Les sociétaires ne versent ni droit d'entrée ni cotisation annuelle, mais ils doivent être abonnés au journal le *Concours médical*.

Article 11. — Le fonds social ne peut, en aucun cas, être distribué entre les sociétaires par voie de répartition individuelle et proportionnelle. Il ne peut être employé que dans l'intérêt commun et dans un but général et ce, dans tous les cas, conformément aux décisions de l'Assemblée générale annuelle.

Article 12. — La Société est administrée, conformément à l'article 1656 du Code civil, par un Conseil de Direction composé de sept membres dont un président, un vice-président, un secrétaire et un trésorier.

Ce Conseil se réunit au moins quatre fois par an. Il délibère à la majorité des membres présents, la voix du Président étant prépondérante en cas de partage. Il exécute les décisions de l'Assemblée générale et présente, chaque année, à cette Assemblée, un rapport sur la situation matérielle et morale de la Société.

Les fonctions de ses membres sont gratuites ; toutefois les membres du Conseil reçoivent un jeton de présence dont la valeur est fixée à 20 francs par séance et des frais de déplacement s'il y a lieu.

Article 13. — En cas de vacance survenue dans son sein par décès, démission ou toute autre cause, le Conseil pourvoit au remplacement provisoire du membre absent. Sa nomination n'est définitive qu'après ratification par l'Assemblée générale.

Article 14.— Le Conseil de Direction est actuellement composé de la manière suivante :

Président : M. le Dr A. Gassot ;
Vice-Président : M. le Dr H. Jeanne ;
Trésorier : M. le Dr A. Maurat ;
Secrétaire : M. le Dr P. Boudin ;
Membres : MM. les Drs H. Cézilly, Ch. Divernesse et J. Noir.

Article 15. — Chaque année, les sociétaires sont convoqués en Assemblée générale par le Conseil de Direction. Cette Assemblée prononce souverainement sur toutes les questions portées à l'ordre du jour.

L'Assemblée générale délibère valablement à la majorité absolue des membres présents, quel qu'en soit le nombre. Nul ne peut se faire représenter à l'Assemblée générale.

Les convocations sont faites par avis inséré, un mois à l'avance, au journal le *Concours médical*.

Article 16. — Le journal le *Concours médical* est l'organe de la Société ; il publie les procès-verbaux et comptes rendus des Assemblées générales ainsi que ceux des réunions du Conseil de Direction.

Article 17. — Aucune modification ne pourra être faite aux présents statuts ni aux conventions qui les précèdent que du consentement des parties contractantes, savoir : 1° le Conseil de Direction ; 2° les membres de la Société civile du *Concours médical* représentés par une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet avec indication préalable de l'ordre du jour.

PROPOS DU JOUR

Les dangers de l'insuffisance des Certificats médicaux.

Nous ne saurions mettre trop en garde nos confrères sur les dangers que leur font courir, ainsi qu'à la profession médicale tout entière, la rédaction insuffisante des certificats médicaux.

Nous avons relaté avec indignation la singulière attitude de ce fonctionnaire du Ministère du Travail, qui, hier encore, osait accuser au Congrès des Maladies professionnelles de Bruxelles, les praticiens français de délivrer

régulièrement à leurs clients des certificats de complaisance. Ces certificats, affirmait-il, ne permettraient pas à son Administration d'avoir foi dans la signature du médecin traitant, pour autoriser l'admission des enfants dans les usines et les ateliers.

Nous avons reproduit le texte du jugement de ce magistrat du Midi, qui refusait à un médecin des honoraires pour un certificat : « Document sans valeur, disait-il, qui consiste simplement à l'apposition d'une signature. »

Nous avons signalé récemment une circulaire du Ministre du Commerce et de l'Industrie, attirant l'attention des Compagnies des Mines sur l'optimisme de leurs médecins, qui se trompent dans 65 % des cas en appréciant la gravité des accidents.

Nous avons vu poursuivre et acquitter, soit au tribunal correctionnel, soit à la cour d'appel, des confrères dont la bonne foi était indiscutable, mais qui avaient eu l'inadvertance de rédiger trop sommairement ou avec imprécision des certificats d'Aliénation ou d'Accidents du travail. Ce fut du reste la base qui servit aux honnêtes gens que l'on sait, à édifier la Légende des Médecins-marrons.

On peut encore voir affiché sur les murs de Paris, par les soins des syndicats ouvriers, le fac-simile du certificat plus que succinct d'un chirurgien éminent, qui empêcha de ce fait une malheureuse, estropiée par accident, et dont la main atrocement mutilée est reproduite sur l'affiche, de pouvoir obtenir la rente à laquelle la loi de 1898 lui donnait droit.

Enfin, tout récemment, au Conseil de l'Union des Syndicats médicaux, à propos de la plainte d'un syndicat qui regrette la nomination par le Préfet de médecins certificateurs, nos collègues, membres de la commission centrale de contrôle de l'Assistance obligatoire aux vieillards et aux infirmes, nous énuméraient les abus sans nombre qui résultaient de certificats, délivrés indiscutablement de bonne foi et dans le but de rendre service à de malheureux chroniques, mais dont le libellé trop sommaire ne permettait pas l'application régulière de la loi.

Nos confrères devraient bien se persuader que la rédaction d'un certificat médical est toujours une chose grave, que ce certificat ne doit être remis qu'au malade ou blessé intéressé, ou avec son autorisation expresse, qu'à ses ayants droit, que ces certificats doivent relater avec détails toutes les constatations du médecin, et n'affirmer que les signes objectifs bien et dûment observés, et qu'une grande prudence et une absolue netteté doivent se rencontrer dans les conclusions.

Nous savons que l'on néglige d'apprendre dans les Ecoles de Médecine la manière de bien formuler les certificats, que d'ailleurs beaucoup de Maîtres, l'ignorant eux-mêmes, comme nous en avons eu très souvent la preuve, seraient ainsi bien empêchés de l'apprendre à leurs élèves.

Mais, dans l'intérêt de chaque praticien, dans l'intérêt du bon renom du corps médical, dans l'intérêt surtout du malade dont les moyens d'existence sont quelquefois à la merci de quelques lignes plus ou moins bien rédigées, il est indispensable que les médecins s'instruisent sur ce point, qu'ils se renseignent sur les lois, les décrets et les règlements qui exigent les dits certificats et que dans les espèces délicates, ils aient recours à la collaboration d'un de leurs confrères, si possible plus expérimenté. Ils éviteront ainsi de voir généraliser la création des médecins certificateurs. Et cependant, dans bien des circonstances, le médecin traitant, devenant du fait de son certificat, médecin contrôleur, se trouvera, selon les propres expressions du Pr Thoinot, « réunir deux fonctions opposées, dont le « conflit toujours possible, peut soumettre sa « conscience à de rudes épreuves ».

J. Noir.

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement pratique du Spina ventosa tuberculeux des doigts ;

Par le Dr André Chalier,
Professeur à la Faculté de Lyon.

La conduite à tenir en présence d'un spina ventosa tuberculeux des doigts diffère suivant le stade où l'on observe la maladie. Nous distinguerons, à ce sujet, 3 périodes :

1° Une période d'inflammation simple ;
2° Une période de suppuration fermée ;
3° Enfin une période de fistulisation et de complications synoviales et articulaires.

I. *A la période d'inflammation simple*, caractérisée seulement par l'épaississement de l'os atteint, la maladie ne demande qu'à guérir pour peu qu'on l'y aide. Vous laisserez donc de côté le bistouri ; vous mettrez seulement en œuvre la *révulsion* sous la forme d'applications répétées de badigeonnages iodés ou de pointes de feu superficielles ; l'aspiration selon la méthode de Bier rendra également des services.

A la révulsion, vous joindrez la *compression* du doigt, et surtout l'*immobilisation complète* en extension, obtenue au moyen d'une petite planchette ou d'une petite attelle plâtrée, maintenue

à la face palmaire. Les *bandelettes de Vigo* donnent souvent de bons résultats, car elles permettent de réaliser ces 3 desiderata : révulsion, compression, immobilisation. Mais, pour réussir, vous devrez suivre longtemps votre malade, et continuer le traitement local pendant plusieurs mois, quelquefois même pendant un an ou deux.

II. *A la période de suppuration fermée*, alors qu'il s'est produit un abcès sous-périosté, et une infiltration plus ou moins marquée du doigt, lui donnant la déformation classique *en fuseau, en radis, vous devrez intervenir au plus tôt.* Sans doute, vous pourrez recourir, souvent même avec succès, aux *pointes de feu profondes*, aux *injections modificatrices* (chlorure de zinc, éther ou glycérine iodoformés, sels cupriques, etc.) ; mais ces procédés, aveugles et incomplets, ne vous donneront en général que des améliorations passagères et des guérisons transitoires. Tôt ou tard, vous serez amenés à l'*évidement* de l'os malade ; pourquoi donc ne pas le pratiquer d'emblée ?

Cet évidement doit être fait de la façon suivante :

1° Vous incisez les parties molles sur toute la longueur de la phalange, en suivant de préférence une face latérale pour éviter les tendons.

2° Vous évacuez l'abcès ; vous ruginez ou curetez le périoste, de façon à explorer l'état de l'os sous-jacent ; vous le trouvez ordinairement rugueux, hyperostosé, rougeâtre et saignant, parfois perforé. A l'aide d'une étroite curette, vous pratiquez sur la face que vous venez de dénuder une gouttière longitudinale, qui vous mène rapidement dans la cavité médullaire.

3° Avec votre curette, vous enlevez les séquestres, les fongosités, la matière caséeuse, dans toute l'étendue de la diaphyse, en évitant de vous rapprocher trop des articulations et en respectant autant que possible la couche corticale de l'os.

4° Vous détergez la cavité avec un petit tampon imbibé d'eau oxygénée, et vous terminez par un tamponnement à la gaze assez serré.

Comment allez-vous maintenant hâter la guérison et combler rapidement la cavité centrale de la phalange évidée ?

C'est ici que le *plombage iodoformé*, d'une application très simple, vous rendra les plus grands services.

Deux ou trois jours après l'évidement, vous retirerez le tamponnement ; vous assécherez complètement la cavité phalangienne et vous y verserez le *mélange iodoformé de Mosetig-Moorhof*, en ayant soin de le refouler dans tous les recoins du foyer osseux. Ce mélange répond à la formule suivante :

Iodoforme	60 gr.
Blanc de baleine	40 gr.
Huile de sésame	40 gr.

Il aura été préalablement ramolli, mais non liquéfié, par un séjour de quelques minutes dans de l'eau stérilisée à 40-50°.

Le plombage fait, vous n'aurez qu'à envelopper le doigt dans un pansement, en continuant l'*immobilisation en bonne attitude*. S'il est bien toléré, ce qui est la règle, vous pourrez laisser la résorption s'effectuer d'elle-même, sans changer le pansement, et très rapidement, parfois en moins d'un mois, vous aurez obtenu ainsi une guérison radicale.

III. *A la période des fistules*, vous pourrez encore, si les lésions ne sont pas trop avancées, vous contenter du *curettage des trajets fistuleux* et de l'*évidement osseux* avec ou sans plombage iodoformé. Vous pourrez même, si la phalange est nécrosée en partie ou en totalité, en pratiquer la *résection, partielle ou totale*. Mais alors, vous aurez toutes les peines du monde à obtenir un bon résultat, esthétique et fonctionnel. Vous aurez conservé un doigt déformé, raccourci, dévié, ankylosé ou ballant, en un mot inutilisable. C'est pourquoi, dans les formes graves de spina ventosa des doigts, avec nécrose de la phalange, extension de la tuberculose aux articulations et aux synoviales voisines, vous aurez tout intérêt, surtout chez les manouvriers, à supprimer le doigt malade par une *amputation*. Toutefois, vous n'adopterez pas cette ligne de conduite pour le pouce, le seul doigt au sujet duquel vous tenterez la conservation à outrance, car même réduit au moignon le plus rudimentaire, il suffira à jouer un grand rôle dans les mouvements de préhension.

Il va sans dire que, dans toutes les formes de spina ventosa, et dès le début, vous devrez instituer le *traitement général* de toutes les tuberculoses externes (hygiène, repos, suralimentation, climat maritime, médication tonique, etc.), destiné à accroître la résistance du malade et à favoriser les moyens de défense naturels dont il dispose.

LA SEMAINE MÉDICALE

La Tuberculine contre les Tuberculoses urinaires.

Après avoir été reléguée au dernier plan des médications utilisables, la tuberculine de Koch est en train de reprendre peu à peu une meilleure place dans la thérapeutique, parce qu'on sait mieux la manier. M. le Dr Mantoux a récemment étudié, dans la *Presse médicale*, les bons effets que l'on peut obtenir par l'emploi de cette tuberculine dans les tuberculoses urinaires. L'auteur a réuni 70 cas, traités par cette

méthode ; il a noté 33 p. 100 de guérisons, 48 p. 100 d'améliorations, 11 p. 100 de résultats nuls et 8 p. 100 de morts. Les améliorations portent sur l'état local et sur l'état général ; la reprise du poids est souvent considérable.

Les différentes tuberculines ont donné des succès analogues.

Le traitement tuberculinique paraît formellement indiqué :

a) Dans tous les cas de tuberculose vésicale, sans localisation rénale ;

b) Dans les cas de tuberculose rénale bilatérale et de récidive, après néphrectomie ;

c) Comme traitement post-opératoire après les néphrectomies ;

d) Dans les cas de tuberculose rénale unilatérale peu avancée ;

Par contre, si le rein est fortement lésé, la néphrectomie sera pratiquée. Une atteinte trop profonde de l'état général contre-indique également le traitement tuberculinique, quelles que soient d'ailleurs les localisations tuberculeuses.

Le traitement devra être conduit avec une extrême prudence, en prenant pour base l'observation attentive du sujet. Le dépistage systématique des petites réactions permettra d'éviter tout accident. Ce genre de traitement ne s'oppose nullement au traitement général qu'il y aura toujours avantage à pratiquer, ni aux traitements locaux. Il est cependant préférable de s'abstenir des bains de soleil.

Avant de commencer le traitement tuberculinique, il convient de mettre d'une façon très exacte le malade en observation. Toutes les explorations habituelles : examen chimique, histologique et bactériologique des urines, cystoscopie et cathétérisme des uretères ou division des urines, seront pratiquées. Mais aussi, on ne manquera pas de noter le poids du sujet et de faire prendre la température rectale et le pouls quatre fois par jour pendant au moins une huitaine. On recueillera, jour par jour, la totalité des urines ; l'on notera le volume du dépôt purulent ainsi que la fréquence des mictions. Il sera utile de figurer sur une courbe ces différents éléments d'information.

Ainsi renseigné, on pourra, une fois le traitement commencé, dépister les réactions les plus minimes dues à la tuberculine.

M. Mantoux a employé la tuberculine de Beranek.

On sait que celle-ci est livrée au public en solutions de concentrations très différentes. La plus forte est désignée par la lettre H, puis viennent G, F, E, D, C, B, A, A/2, A/4, A/8, A/16, A/32, A/64, A/128, A/256 A/512, etc., chaque solution étant moitié plus étendue, moitié plus faible par conséquent que celle qui la précède dans la série.

Dose de début. S'il s'agit d'un cas fébrile, on pourra, suivant qu'il y aura plus ou moins de fièvre, commencer par A/256 ou même par A/512. Si le malade n'a pas de fièvre, on pourra commencer par A/128. On n'injectera que 1/20 de centimètre cube de la solution choisie.

Progression. La progressio nsera très lente : on n'augmentera, à chaque piqûre, que de 1/20 de centimètre cube ; il sera prudent, au début, de répéter deux fois les mêmes doses. Lorsqu'on aura atteint 13 ou 14 vingtièmes de centimètre cube, on passera à la solution suivante, deux fois plus concentrée, dont on injectera d'emblée 2 à 3 vingtièmes. On progressera ensuite par un ou deux vingtièmes de centimètre cube.

Le dosage dépend essentiellement des *progrès* et des *réactions* du sujet.

a) *Des progrès.* Si l'état reste stationnaire, on devra élever les doses un peu plus rapidement ; si au contraire, l'amélioration est sensible avec une quantité donnée de tuberculine, il n'y a pas lieu de l'augmenter trop vite ; on peut s'en tenir pendant longtemps à une même dose si elle paraît bien faire (dose optima de Sabli).

b) *Des réactions.* Toute réaction, sera une indication à baisser la dose, ou, tout au moins, à ne pas l'augmenter.

On pratique les piqûres de tuberculine le matin de préférence, tous les 4 jours. A ce traitement doivent être associés la cure de repos, la cure d'air, l'urotropine, l'acide camphorique, le bleu de méthylène.

Le Citrate de Soude

M. le Dr Variot se trouve toujours bien de l'emploi du citrate de soude contre les vomissements des nourrissons ; il vient de faire à l'Académie une nouvelle communication sur ce précieux médicament.

Voici la formule qu'il conseille :

Sirop simple.....	25	grammes.
Eau distillée.....	125	—
Citrate de soude...	2 gr.	50

De une à cinq cuillerées à café avant chaque tétée ou mélangée au lait du biberon. Ce médicament, généralement employé aujourd'hui par tous les médecins d'enfants, a surtout pour propriété d'arrêter immédiatement les vomissements.

Le Signe de Hirtz dans l'Inspiration soutenue

M. le Dr Edg. Hirtz a minutieusement étudié les résultats fournis par la percussion du thorax en état d'inspiration soutenue, au cours des affections pleuro-pulmonaires.

Voici le résumé de ses recherches d'après la *Gaz. des Hôpitaux* :

Le malade respirant d'abord normalement, on constate, à la percussion dans une région de la poitrine, de la matité, ou de la submatité, ou une tonalité élevée ; puis, le malade fait une inspiration forcée et retenue : la poitrine, de nouveau percutée, devient sonore au point même qui semblait d'abord mat.

Il ne s'agit dans ce cas que de lésion pulmonaire et non d'épanchement pleural.

Ce signe permet ainsi de différencier une congestion ou un œdème pulmonaire d'avec un

Production illimitée
d'Oxygène naissant

ANIOS

MÉDICINAL LIQUIDE DÉSODORISANT SANS ODEUR

LE PLUS PUISSANT
ANTISEPTIQUE-
KERATOPLASTIQUE.

Non toxique-ni caustique-n'oxyde pas les instruments

POUDRE ANIOS SANS ODEUR remplace Iodoforme SAVON ANIOS

Echantillons et Littérature : s'adresser 15, rue du Louvre, à PARIS
Pour la Belgique : 32, rue des Comédiens, BRUXELLES

PIPÉRAZINE MIDY

Le PLUS ACTIF des remèdes à prescrire
dans toutes les manifestations
de l'ARTHRITISME et de l'URICÉMIE

GRANULÉE ● EFFERVESCENTE

SEULE ELLE dissout 92 % des composés de l'AC. URIQUE
et RÉDUIT les déchets uratiques en
STIMULANT l'ACTIVITÉ HÉPATIQUE.
(Par le Citrate de soude à l'état naissant).

La Publicité de la PIPERAZINE MIDY est exclusivement médicale. CLICHÉ ATLAS

ÉCHANTILLONS :
Pharmacie MIDY,
140, faubourg Saint-Honoré,
PARIS

COMME PRÉVENTIF :
2 à 3 mesures par jour 10 jours par mois.
CRISES AIGUËS :
4 à 6 mesures par jour,
dissoutes dans un verre d'eau
à distance des repas.
Chaque mesure (cuillerée à café)
= 0.20 gr. Pip. pure.

Dans les maladies infectieuses, fièvre typhoïde, convalescence des maladies aiguës, affections des organes digestifs, affections hépatiques, diarrhée infantile :

PRESCRIRE VALS source la REINE



LE MEILLEUR DES ANTISPASMODIQUES

CAPSULES BRUEL A L'ÉTHER AMYL-VALÉRIANIQUE

(VALÉRIANATE D'AMYLE)

COLIQUES HÉPATIQUES, NEPHRÉTIQUES, UTÉRINES
NÉVROSES

ÉCHANTILLONS ET BROCHURES
36 RUE DE PARIS A COLOMBES (SEINE)

CONVALESCENCES
CACHEXIES
ASTHÉNIES
TUBERCULOSE



ELIXIR POLY-GLYCÉRO-PHOSPHATÉ DE G. BRUEL

LE PLUS ACTIF DES RECONSTITUANTS

MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE
ANTIBACILLAIRE & RECONSTITUANTE

ÉMULSION MARCHAIS

PHOSPHO-CRÉOSOTÉE

POUR LE TRAITEMENT RATIONNEL DES

TUBERCULOSES | BRONCHITES
CATARRHES | PNEUMONIES
GRIPPES | ASTHMES

CHAQUE CUILLERÉE A CAFÉ CONTIENT :

Créosote de Hêtre	0,10
Baume de Tolu	0,10
Glycérophosphate de Chaux	0,20

De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon

Disparition de la **TOUX** et de l'**EXPECTORATION**
Disparition de la **FIÈVRE**
Disparition des **SUEURS NOCTURNES**
Disparition de la **DYSPNÉE**
AMÉLIORATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL
Augmentation de l'**APPÉTIT**
Régularisation des **FONCTIONS DIGESTIVES**
AUGMENTATION du POIDS du CORPS

L'ÉMULSION MARCHAIS
est la meilleure préparation créosotée
Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration.
En desséchant les bronches, l'EMULSION MARCHAIS agit d'une manière remarquable sur l'expectoration.
Traité de Médecine, Dr FERRAND.

épanchement pleural, sans recourir à la ponction exploratrice. Il permet aussi d'affirmer, au décours d'une pleurésie, s'il existe encore ou non du liquide, ce qui est toujours fort difficile par les procédés courants. La splénopneumonie peut être aisément différenciée de la sorte d'avec un épanchement pleural. Enfin, certaines congestions des sommets, chez les brightiques ou chez les cardiaques, congestions simulant à s'y méprendre la tuberculose, seront interprétées comme il convient grâce à ce nouveau signe.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Une lettre d'Ehrlich sur le 606. — Tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax. — Décalcification dans les maladies de l'intestin. — Séquelles de la méningite cérébro-spinale. — Action des différents caustiques sur les plaques muqueuses syphilitiques.

M. NETTER communique à l'*Académie de médecine* la lettre suivante de M. Ehrlich, relative aux dangers du 606, dangers auxquels avait fait allusion M. Hallopeau :

Francfort, 10 octobre, 3 h. 37 soir.

« ... Je ne connais pas un seul cas d'amaurose ou de lésion oculaire. Les décès atteignent à peine la douzaine. Un seul décès a été observé dans les services de syphilitiques, qui ont fourni le plus de documents et qui comprennent au moins 8000 cas. Il a été relevé dans le service de Spiethoff, à Iéna, et a été publié. Les autres décès sont survenus dans les asiles ou dans les cliniques internes. J'ai toujours déconseillé les injections chez les sujets atteints d'affections graves du système nerveux; les cas mortels ont été injectés absolument en dépit de mes instructions. J'ai instamment aussi protesté contre les injections chez les sujets atteints de lésions des vaisseaux.

L'hectine n'a rien de commun avec le 606. La préparation de l'hectine a fait en Allemagne l'objet d'une demande de brevet par la Speyerhaus en 1906. La demande de brevet de Mouneyrat n'a été introduite que plus tard, pendant l'été 1908, et n'a été accueillie qu'en 1909.....

Compliments cordiaux.

EHRLICH .»

M. Ehrlich fait, en outre, hommage à l'Académie, de dix-huit publications ayant trait au 606.

— M. KUSS communique à la *Société médicale des hôpitaux* trois observations de *tuberculose pulmonaire avancée unilatérale traitée par le pneumothorax total* (méthode de Forlanini). Les trois malades en question étaient atteints de lésions bacillaires étendues et graves dont l'évolution a été enrayée à partir du moment où le collapsus pulmonaire a été réalisé. L'auteur a, en outre, en traitement, 4 malades chez lesquels les résultats de la médication sont également favorables. D'ailleurs, cette méthode thérapeutique du pneumothorax artificiel, que Forlanini a préconisée depuis 1894, se répand de plus en plus à l'étranger.

M. GALLIARD hésite à employer le traitement de Forlanini à cause des difficultés techniques et des accidents assez nombreux déjà connus et publiés.

— M. MAURICE LŒPER présente à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur la *décalcification dans les maladies de l'intestin.*

D'une manière générale, la décalcification de l'organisme se fait par deux voies : le rein et l'intestin. Lorsque l'intestin est malade, dans les entérites, la perte de sels calcaires subit une notable exagération. La déperdition devient énorme dans les entérites de longue durée. Il semble bien que l'on puisse attribuer à cette décalcification un certain nombre de troubles, tels que céphalée, asthénie, amaigrissement, déchéance générale, prédisposition à la tuberculose.

Dans ces conditions, il est indispensable d'associer au traitement habituel des affections gastriques et intestinales un traitement anti-déperditeur, reminéralisateur et recalcifiant. Les acides organiques (vinaigre, acide lactique), ayant à dose forte une action décalcifiante, ne seront autorisés qu'avec modération. On ne prescrira, par exemple, la médication lactique que momentanément, sans en prolonger l'usage. Les calcifiants directs (phosphates, glycérophosphates) seront utiles.

— M. NETTER parle, à la *Société médicale des hôpitaux*, de la *rareté des séquelles chez les sujets atteints de méningite cérébro-spinale, traités par le sérum anti-méningococcique.*

Ainsi, sur 65 sujets considérés comme guéris de méningite cérébro-spinale à la suite des injections intra-rachidiennes de sérum anti-méningococcique, 44 ne présentaient aucun trouble. M. Netter n'a relevé que 6 fois des séquelles somatiques, 3 surdités complètes, 1 surdité unilatérale, 1 diminution de la vue, 1 paralysie spasmodique.

— MM. JEANSELME et TOURAINE ont expérimenté *l'action des différents caustiques sur les plaques muqueuses syphilitiques* et ils rapportent *à la Société médicale des hôpitaux* les résultats qu'ils ont enregistrés.

Les auteurs ont constaté d'abord ce fait intéressant : un simple lavage à l'eau et au savon, une simple aspersion des plaques avec de l'eau savonneuse suffit pour détruire les tréponèmes dans les couches superficielles de la plaque. Un raclage de la surface, pratiqué même vingt minutes après ce lavage sommaire, n'y révèle aucun tréponème vivant.

La stérilisation de la surface des plaques est facile à obtenir, au moins d'une façon temporaire. Tous les agents chimiques (nitrate, iode, eau oxygénée, onguent napolitain, pommade au calomel) y parviennent aisément et complètement.

Pour la stérilisation des plaques en profondeur, il n'en va plus de même. Les agents appliqués en nature (crayon de nitrate, teinture d'iode) donnent une stérilisation profonde et durable, dont l'effet ne disparaît qu'après quatre ou cinq jours. Avec les substances employées en solution aqueuse (solution de nitrate, eau oxygénée) ou incorporées à des corps gras (pommade au calomel, onguent napolitain), la désinfection reste superficielle et peu durable : en moins d'une heure, la sérosité redevient virulente. Cette différence semble tenir à la déshydratation produite par les agents utilisés en nature ou en solution dans l'alcool, déshydratation qui facilite la pénétration médicamenteuse en profondeur.

Aussi, sans méconnaître l'action de quelques-uns des caustiques habituellement en usage, MM. Jeanselme et Touraine croient préférable de recourir, pour le traitement local des syphilides muqueuses aux caustiques appliqués soit à l'état de pureté (crayon de nitrate d'argent) soit en solution alcoolique (teinture d'iode).

P. L.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La déclaration des Maladies contagieuses.

Nos confrères ont lu le texte et l'exposé des motifs du projet de loi déposé à ce sujet au Sénat par M. Mirman, au nom du Gouvernement.

Après avoir entendu les représentants de l'Union des Syndicats médicaux, la Commission sénatoriale chargea du rapport M. Paul Strauss, le sympathique sénateur de la Seine qui fut déjà plus d'une fois le collaborateur dévoué de nos Sociétés de défense professionnelle et notamment lors de la modification en 1905, de la loi des accidents du travail.

M. Strauss a déposé au nom de la Commission ce rapport, dont voici le texte :

La prophylaxie des maladies évitables repose essentiellement sur la destruction des germes infectieux. Pour que la désinfection puisse être pratiquée, une condition préalable s'impose, celle de la connaissance des cas d'affections transmissibles.

Les deux opérations, déclaration et désinfection, s'enchaînent. En vain, la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine avait-elle posé le principe de la déclaration à l'autorité publique des cas de maladies épidémiques, le défaut de sanction sanitaire par la désinfection corrélative atténuait considérablement cette sage prescription.

La loi du 15 février 1902 a établi le lien nécessaire entre les deux opérations fondamentales de la lutte contre les maladies transmissibles et évitables ; elle n'a pas toutefois organisé la déclaration sur des bases solides, en imposant au médecin seul le rôle ingrat d'informateur officiel au regard de l'autorité publique.

La loi du 13 mars 1822 sur la police sanitaire, devançant la prophylaxie pastorienne, punissait tout individu qui, ayant connaissance d'un cas de maladie pestilentielle, négligeait d'en informer qui de droit. Les membres de la famille du malade tombaient directement ainsi sous le coup des pénalités de cette loi de salut public ; ils assumaient la première et en même temps l'unique responsabilité de la déclaration. L'idée fit son tour d'Europe, en s'étendant aux maladies contagieuses acclimatées sur le sol, et non plus seulement aux maladies pestilentielles. Successivement, l'Allemagne, la Hongrie, le Danemark, la Hollande, l'Italie, le Portugal, la Serbie, la Suède, la Norvège, les Etats-Unis, ont donné un caractère légal et un fonctionnement obligatoire à cette information des cas de maladies épidémiques ou transmissibles.

Partout, et dans des conditions diverses, les législations étrangères ont associé les chefs de famille aux médecins pour cet avertissement à l'autorité. En Angleterre, aux termes de la loi de 1889, c'est le chef de famille, et à son défaut le parent le plus proche, la garde-malade, le principal locataire, qui est chargé de donner l'avis au médecin administratif du district. La notification du médecin traitant ne vient qu'en seconde ligne.

La loi allemande du 30 juin 1900 impose la déclaration au médecin traitant, au chef de famille, à toute personne donnant ses soins au malade, au propriétaire ou au locataire de l'immeuble, au médecin des décès, les dites personnes n'étant obligées qu'à défaut l'une de l'autre.

En Hongrie, l'obligation de déclarer les maladies transmissibles incombe à l'autorité communale, aux médecins, aux ecclésiastiques, aux instituteurs et en général à toutes personnes qui en ont connaissance.

En Norvège, la loi sanitaire de 1860 l'impose au chef de famille et au médecin traitant.

A New-York, la notification incombe aux gérants d'hôtels, aux chefs d'institution ; en Hollande, aux chefs de famille et d'établissements.

En Australie, et dans la Nouvelle-Galles du Sud, la déclaration est exigée du chef de maison et du médecin traitant. (Loi du 16 avril 1902.)

D'après la loi du 16 novembre 1902, relative aux menaces de tuberculose dans le canton des Grisons, la déclaration incombe au médecin traitant et au propriétaire de la maison.

Dans l'Etat de Wisconsin (Etats-Unis d'Amérique), depuis le 15 mai 1905, toute personne est tenue de signaler les cas de maladies contagieuses qui parviennent à sa connaissance.

En France même, antérieurement à la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, plusieurs municipalités audacieuses avaient tenté de rendre obligatoire la déclaration des cas de maladies contagieuses. Le maire de Lyon, par un arrêté du 28 mai 1887, le maire de Grenoble, par un arrêté du 22 avril 1890, imposaient la déclaration aux parents ou autres personnes ayant garde de malades atteints d'affections contagieuses, épidémiques et infectieuses. Ces initiatives prématurées marquaient l'ordre des responsabilités engagées.

Un arrêté du maire de Nice en date du 17 juin 1893 reproduit les termes des deux précédents, avec cette particularité que la phtisie figure parmi les maladies à déclarer.

Dans son projet de loi du 3 décembre 1892, le Gouvernement, par l'organe de M. Constans, ministre de l'Intérieur, associait aux docteurs, officiers de santé ou sages-femmes le chef de la famille ou les personnes qui soignent le malade. Le texte voté par la Chambre et transmis au Sénat rendait obligatoire la déclaration à l'autorité publique des cas de maladies épidémiques pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence, ou, à leur défaut, pour le chef de famille, maître d'hôtel ou maître d'établissement, ou pour les personnes qui soignent le malade.

En première délibération, le Sénat avait maintenu

cette disposition ; il la modifia profondément en seconde délibération, à la séance du 20 décembre 1900, en supprimant la mise en cause du chef de famille, maître d'hôtel ou directeur d'établissement, ou celle des personnes qui soignent les malades.

La responsabilité exclusive du médecin n'a cessé, depuis la promulgation de la loi de 1902, de provoquer les plaintes du corps médical tout entier et l'on peut considérer que cette disposition a porté le plus sérieux préjudice à l'application intégrale de la loi sur la santé publique en ce qui concerne la prophylaxie des maladies contagieuses.

Les protestations des médecins, dans leurs congrès, dans leurs associations professionnelles, ont revêtu un caractère pressant d'unanimité.

Le corps médical français n'en affirmait pas moins, au Congrès des praticiens de 1908, sa résolution de prêter son concours à la loi. Le 19 juin 1909, le Comité de vigilance, issu du Congrès des praticiens de 1908, déclare notamment :

1° Trouver insuffisante pour l'intégrité du secret médical et dangereuse pour la dignité, l'influence et l'exercice professionnels une modification de l'article 5 de la loi de 1902, qui reporterait sur le médecin traitant l'obligation d'une déclaration non remplie par l'intéressé ;

2° Accepter sa part de responsabilité dans les mesures à prendre pour entraîner le chef de famille à faire lui-même cette déclaration, et ce, en étant tenu de délivrer au chef de famille, suivant le vœu émis par le congrès de 1908, le certificat nécessaire.

Il propose :

a) Que l'obligation de la déclaration des maladies contagieuses soit reportée sur le seul chef de famille ou celui qui en tient lieu :

b) Que le médecin traitant soit tenu de délivrer, aussitôt son diagnostic établi, au seul chef de famille, le certificat de maladie contagieuse dont celui-ci aura à faire lui-même l'envoi à l'autorité municipale, certificat qui portera mention de la responsabilité du chef de famille ou de celui qui en tient lieu, des pénalités auxquelles l'exposerait son abstention, de l'obligation seconde imposée au médecin traitant ;

c) Que secondairement, et quarante-huit heures après la remise de son certificat, le médecin traitant soit tenu, faute d'avis de récépissé de cet envoi et pour cette seule cause, de signaler à l'autorité municipale, par une simple et suffisante indication d'adresse, les habitations contaminées ;

d) Que la rémunération des certificats de maladies contagieuses, reconnue comme un droit ressortissant à un acte professionnel de la pratique courante, soit faite directement chez les particuliers aisés et solvables et par les services d'assistance, chez les indigents secourus.

M. le professeur Courmont écrit :

« Certes, l'article 5 de la loi de 1902 est mal fait, la responsabilité de la déclaration devrait surtout incomber aux familles ; il est injuste que le médecin porte seul le poids de cette obligation ».

Et plus loin : « Espérons-que la loi sera bientôt réformée. Pour moi, deux modifications sont essentielles. D'abord, c'est la famille qui doit assurer la déclaration (1) ».

M. le professeur Widal, dès 1908, déclare :

« Il est injuste et imprudent que la responsabilité de la déclaration des maladies transmissibles pèse uniquement sur le médecin. C'est au chef de famille, au chef d'établissement, au logeur que doit incomber l'obligation de cette déclaration (2) ?. »

(1) De la déclaration des maladies contagieuses, *Revue des sciences médicales*, novembre 1909.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 3e série, t. LX, p, 687.

La grande discussion de l'Académie de médecine en 1908, qui a suivi le rapport de M. Fernand Widal, sur les épidémies, s'est terminée par le vote du vœu suivant :

« 1° La déclaration des maladies visées à l'article 4 de la loi du 15 février 1902, et dont l'Académie a établi la liste, est obligatoire solidairement pour le chef de famille, le logeur ou chef d'établissement et pour le médecin traitant ; 2° poursuite rigoureuse de toute infraction et application des peines prévues par la loi, peines dont la sévérité sera augmentée si l'expérience les montre insuffisantes ».

Le Gouvernement ne pouvait fermer l'oreille à des vœux formulés par les représentants les plus autorisés du corps médical et de l'hygiène publique ; il n'hésita pas à le déclarer dans l'exposé des motifs : « Nous estimons, écrivait M. Clémenceau, que les plaintes des médecins sont fondées en ce que la responsabilité de la déclaration des maladies visées par la loi ne saurait continuer à peser sur eux ; nous estimons qu'il est à la fois utile et juste d'associer à cette responsabilité, par quelque moyen à déterminer, celle du chef de famille ou d'établissement ; nous disons que cette réforme est utile ; il sera vain de dissimuler, en effet, que le Gouvernement, en dépit de tous ses efforts, aurait grand'peine à appliquer la législation protectrice de la santé publique sans le concours cordial des médecins, et qu'il lui serait matériellement impossible d'atteindre ce but si ses efforts devaient se heurter à une résistance passive quasi-unanime. Il y a donc le plus haut intérêt à déterminer un terrain d'entente, à rechercher une solution propre à nous assurer pour l'avenir cette collaboration générale des médecins dont le gouvernement a besoin, autant qu'il la souhaite ».

L'entente avec le corps médical s'impose avec d'autant plus de force que la revendication des praticiens de France est fondée et qu'elle serait de nature, si elle était méconnue, à mettre obstacle à l'application d'une loi de sauvegarde de la santé publique.

D'ailleurs, comme l'écrivent MM. P. Desfosses et Lugasse :

« La prophylaxie des maladies contagieuses est, à l'heure actuelle, œuvre essentiellement médicale. Toute réglementation qui ne sera pas basée sur la collaboration active du médecin traitant sera, en principe, mauvaise : lui seul peut, à temps, assurer la véritable prophylaxie des infections, et à temps encore, faire exécuter la désinfection efficace (1) ».

C'est dans cet esprit de conciliation qu'il convient d'examiner le texte du projet déposé par le Gouvernement.

Aux termes des paragraphes 1 et 2 de l'article 5 nouveau, la déclaration incombera au principal occupant, au chef de famille ou d'établissement, et, à son défaut au conjoint, à l'ascendant, au plus proche parent du malade ou à toute autre personne résidant avec lui ou lui donnant ses soins.

C'est seulement à défaut de l'information donnée par le chef de famille ou le chef d'établissement que la responsabilité du médecin doit intervenir.

Il est toutefois une garantie préliminaire qui doit être prise. Le chef de famille ne peut établir un diagnostic ; il n'a pas qualité pour distinguer les maladies susceptibles d'être déclarées. Il importe donc que le premier responsable soit averti par le médecin, qu'un délai soit imparti pour la déclaration. A l'expiration de ce délai, fixé à quarante-huit heures, et que votre commission, sur l'avis des représentants du corps médical, propose de porter à trois jours, le médecin accomplit l'acte devant lequel s'est dérobé le chef de famille.

(1) Prophylaxie des maladies contagieuses, *Presse Médicale*, 12 février 1910.

Il y aurait inconvénient, dans certains cas, à laisser le chef de famille se mouvoir dans un délai trop long, en ce qui concerne sa propre initiative. Nous avons pensé que la déclaration doit être faite dans les vingt-quatre heures ; elle a un caractère d'urgence. Ce ne sera pas trop de vingt-quatre heures pour que l'autorité avise le praticien que la déclaration a été effectuée.

En fait, dans la pratique courante, le médecin, après avoir remis à la personne intéressée le bulletin de déclaration, ne se bornera pas à faire œuvre éducative, il se mettra souvent, comme le prescrit le Gouvernement, à la disposition de son client pour simplifier les formalités et accélérer l'envoi du bulletin.

Il est préférable toutefois de ne pas imposer par la loi la formalité du récépissé aux médecins. C'est à l'arrêté, pris après avis du Conseil supérieur de l'hygiène publique et de l'Académie de médecine, qu'il appartiendra de régler libéralement cette formalité de la preuve donnée que le médecin a rempli son devoir. On peut concevoir, entre autres moyens, que le médecin remette à son client le bulletin de déclaration extrait d'un carnet à souche, et dont le talon ferait foi jusqu'à preuve du contraire.

Ce sont là, d'ailleurs, des détails d'exécution que l'arrêté prévu du ministre réglera après entente avec les intéressés.

En ce qui concerne le paragraphe 4 du texte nouveau, les mots « sans délai » ont été substitués à l'expression « sur-le-champ » ; le dernier membre de phrase : « il est tenu de faire cette déclaration d'urgence », a été supprimé comme devenu sans objet.

Aux termes du projet gouvernemental, l'ancien article 27 de la loi de 1902 devait subir une grosse modification.

L'article 27 ancien était ainsi conçu :

« *Art.* 27. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du code pénal quiconque, en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892, aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévus aux articles 1 et 2, ainsi qu'à celles des articles 5, 6, 7 8, et 14.

« Celui qui aura construit une habitation sans le permis du maire sera puni d'une amende de 16 francs à 500 francs ».

Le gouvernement proposait cette rédaction :

« *Art.* 27. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du code pénal quiconque aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévus aux articles 1 et 2, ainsi qu'à celles des articles 6, 7, 8 et 14.

« Celui qui aura construit une habitation sans le permis du maire sera puni d'une amende de 16 à 500 francs.

« Celui qui aura commis une contravention aux prescriptions de l'article 5 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs, et en cas de récidive de cinq jours d'emprissonnement ».

Les dérogations à l'article 5 devaient être punies d'une amende de 50 à 200 fr. et en cas de récidive de cinq jours d'emprisonnement.

Il ne nous a pas paru possible de maintenir la peine de cinq jours d'emprisonnement, ni pour le chef de famille, ni pour le médecin. L'excès de sévérité irait à l'encontre de la loi. Ce serait enlever à la loi nouvelle qui, dans l'esprit même du Gouvernement, est une loi de conciliation, son caractère essentiel ; aussi le Gouvernement n'a-t-il pas manqué de se rallier au nouveau texte de la commission.

Une fois encore, il convient de le répéter, les déclarations ne seront et ne pourront être faites, nous l'avons démontré, d'après l'avis du Gouvernement et des intéressés, que s'il y a « entente cordiale ». Le médecin est le collaborateur indispensable de l'œuvre de prophylaxie sanitaire.

C'est dans cette pensée de justice et de conciliation que j'ai l'honneur, messieurs, de vous proposer le projet de loi ci-après :

PROJET DE LOI

ARTICLE UNIQUE. — Les articles 5 et 27 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique sont modifiés comme suit :

ART. 5. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire dans les conditions ci-après, d'une part pour le docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en a constaté l'existence, d'autre part pour le principal occupant, chef de famille ou d'établissement, des locaux où se trouve le malade, à son défaut, dans l'ordre ci-après, pour le conjoint, l'ascendant, le plus proche parent du malade ou toute autre personne résidant avec lui ou lui donnant ses soins.

« Le praticien est tenu, dès qu'il a établi un diagnostic suffisant d'une des maladies envisagées, de remettre à la personne ci-dessus visée le bulletin de déclaration dûment rempli en lui faisant connaître les dispositions de la loi relatives à l'obligation de la déclaration.

« Ladite personne doit effectuer d'urgence cette déclaration et au plus tard dans un délai de vingt-quatre heures.

« L'autorité qui reçoit la déclaration est tenue d'aviser sans délai le praticien que la personne intéressée a fait effectivement la déclaration qui lui incombait ; si, dans les trois jours après qu'il a remis le bulletin à ladite personne, le médecin n'a pas reçu l'avis précité de l'autorité sanitaire il est tenu de faire directement et sans délai à celle-ci la déclaration de la maladie ; si cette personne refuse de donner récépissé du bulletin, le praticien est tenu d'effectuer personnellement la déclaration sans autre délai.

« Un arrêté du ministre de l'Intérieur après avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, fixe le mode de la déclaration et la forme suivant laquelle le médecin pourra justifier la remise du bulletin médical.

« ART. 27. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du code pénal quiconque aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévues aux articles 1 et 2, ainsi qu'à celles des articles 6, 7, 8 et 14.

« Celui qui aura construit une habitation sans le permis du maire sera puni d'une amende de 16 à 500 francs.

« Quiconque, en dehors du médecin, de l'officier de santé ou de la sage-femme aura commis une contravention aux prescriptions de l'article 5 sera puni d'une amende de 50 à 200 fr. et en cas de récidive de 200 à 500 francs ».

Paul STRAUSS,
Sénateur.

MÉDECINE SCOLAIRE

L'Inspection médicale des Ecoles

Rapport présenté au Syndicat médical du Bugey et pays de Gex par M. le Dr JULLIARD *(de Chatillon de Michaille), vice-président.*

Messieurs,

Il y a longtemps que cette question est à l'ordre du jour, tant dans les Sociétés de médecine que dans les milieux parlementaires ; déjà, en fé-

vrier 1904, le Dr Jeanne, le Directeur actuel du *Concours médical*, avait fait, à l'Assemblée générale de l'Union des délégations cantonales de Seine-et-Oise, une importante communication à ce sujet, ne rééditant, du reste, que le rapport présenté par lui en 1893 au Syndicat de l'arrondissement de Versailles. C'est qu'en effet, le rôle de l'Ecole est considérable en ce qui concerne la santé des enfants ; non point seulement, leur santé actuelle, mais encore, leur santé future, leur constitution ultérieure. Combien d'épidémies, de fièvres éruptives et de diphtéries seraient évitées, ou tout au moins rapidement localisées, s'il existait un médecin inspecteur pour dépister les premiers cas. Que d'infirmités, ce même médecin pourrait prévenir en signalant aux parents une myopie, une scoliose au début, une plaque de favus ou d'herpès tonsurant, qui aboutirait si elle est négligée, à une teigne étendue dont vous connaissez les graves conséquences, ou une surdité unilatérale, qui échappe si souvent à l'attention de la famille, ou du sujet lui-même, et dont les suites peuvent être si funestes ; quels services ne rendrait-il pas en prévenant les parents que leur enfant est atteint d'une toux suspecte ou qu'il faut le débarrasser de végétations adénoïdes, dont la persistance va entraver son développement physique et intellectuel, et en fera peut-être plus tard un sourd ou un candidat à la tuberculose ? Vous parlerai-je de certaines affections parasitaires, telles que la pédiculose, la gale, l'impétigo ?

D'autre part, en exigeant que les grands principes de l'hygiène générale soient appliqués à l'école elle-même, au point de vue de l'éclairage, du chauffage, du cube d'air dévolu à chaque élève, du balayage des salles, de la propreté des cabinets d'aisance, le médecin-inspecteur créera pour les élèves un milieu plus favorable à leur développement normal, et contribuera, par conséquent, à préparer une génération saine et robuste : son rôle social sera donc considérable.

Je n'insiste pas davantage sur ces considérations, ne voulant pas profiter du sujet pour me livrer à d'inutiles développements littéraires ; la nécessité de l'Inspection des Ecoles s'impose dans une société comme la nôtre, où les préoccupations sociales prennent, de jour en jour, une place prépondérante.

Mais que sera cette inspection ? Dans quelles limites s'exercera-t-elle ? Comment sera-t-elle organisée ? Vous n'avez pas idée, Messieurs, des divergences profondes qui se sont manifestées à cet égard. D'une façon générale, deux courants se sont établis. Dans le premier, se classent ceux que j'appelle les simplistes, c'est-à-dire les gens qui n'y voient pas malice et qui, se fiant au simple bon sens, ont cru que le médecin de la localité, que les praticiens de la région suffiraient amplement à la besogne, pour apprécier le degré de salubrité d'un local, pour enseigner aux élèves des habitudes de propreté, pour faire des maîtres et des maîtresses leurs utiles collaborateurs, et pour diagnostiquer des affections courantes qu'ils rencontrent à chaque instant dans la pratique. Je suis bien sûr que ce fut aussi votre premier sentiment.

Eh bien ! Messieurs, vous n'y êtes point. Contre ces simplistes dont je viens de parler, se sont dressés tout aussitôt les savants (les Savants avec un grand S), ces hommes que leur science supérieure empêche de frayer avec les simples mortels et qui, parce qu'ils vivent dans un laboratoire où ils s'efforcent de débrouiller les arcanes à la fois confuses et contradictoires de la chimie biologique, professent un profond dédain pour les simples praticiens que nous sommes. Ces savants, après de longues méditations sur les conditions que devront remplir les médecins chargés de l'Inspection des écoles, nous ont fait connaître ces conditions ; les voici. Je cite textuellement les paroles prononcées à Paris, en août dernier, au Congrès d'hygiène scolaire, par le Dr Lesieur, directeur du Bureau d'hygiène de Lyon :

« ... La première condition que doit remplir un médecin scolaire, c'est d'être tout d'abord, et avant tout, *un bon médecin*. La santé des enfants de nos écoles, c'est l'avenir de la nation et de la race ; nous ne devons pas la confier à des mains inexpérimentées. Or, il faut bien avoir le courage de le reconnaître, le diplôme de docteur en médecine, qu'on délivre trop facilement aujourd'hui dans nos Facultés, n'est pas, à ce point de vue, une garantie suffisante ».

Après cette exécution du « simple » médecin, dit le *Bulletin médical*, M. Lesieur demande que le médecin scolaire connaisse non seulement bien la *médecine générale*, mais qu'il ait fait un stage sérieux dans un service de *médecine infantile*, et qu'il prouve, au cours d'un examen, par exemple, qu'il a fréquenté avec fruit les différents *services de spécialité*, y compris ceux de *médecine mentale*.

« Mais aussi, et surtout, le médecin des Ecoles doit être un *médecin hygiéniste*, c'est-à-dire plus qu'un simple médecin. Il doit avoir fait des études sérieuses de laboratoire ; en *bactériologie*, il a dû apprendre à faire le diagnostic précoce de certaines maladies scolaires contagieuses comme la diphtérie, et de la persistance du germe après apparente guérison. La *parasitologie* a dû lui apprendre à reconnaître la gale, les teignes, ainsi que la présence des helminthiases dans l'eau et les fèces, des anophèles dans l'air, etc. L'*hématologie* a dû lui permettre de différencier la variole de la varicelle et des autres fièvres éruptives. Des notions de *chimie* lui sont indispensables pour apprécier la salubrité de l'air d'un local scolaire. L'examen bactériologique de l'eau, de l'air, doit lui être familier. S'il ne connaît la *physique médicale*, le *génie sanitaire*, il lui sera bien difficile de donner des conseils autorisés.... »

Et cette énumération n'est pas complète, car le médecin scolaire doit être aussi un peu pédagogue ; de plus, il doit connaître la *législation* ainsi que la *sociologie* !

Comme vous le voyez, ce n'est pas plus difficile que ça ! Toutefois, à lire l'énoncé des qualités requises pour inspecter une école, je ne crois pas faire injure à M. Lesieur, en affirmant qu'il ne serait pas capable lui-même de remplir dignement des fonctions aussi encyclopédiques. Seul le *surhomme* de Nietzche, doublé de Pic de la

Mirandole, pourrait y prétendre avec quelque chance de succès. En vérité, on demeure confondu en face de pareilles exagérations qui ne tendraient à rien moins qu'à laisser croire que les médecins praticiens sont incapables de soigner des enfants. Voilà donc à quelles aberrations, le mot n'est pas trop fort, peuvent se laisser aller des homme intelligents, lorsqu'ils lâchent la bride à la folle du logis !

D'ailleurs, voyez les conséquences ; et en cela, M. Lesieur est logique ; il demande que l'on crée un enseignement spécial, organisé par les Facultés de médecine, aidées des Ecoles vétérinaires, des Bureaux d'Hygiène, etc. Et voilà en perspective un nouveau corps de mandarins et de nouveaux fonctionnaires.

A la thèse excessive de M. Lesieur, nous pouvons heureusement opposer celle, vraiment pratique, de M. Desguin, échevin de l'instruction publique à Anvers. Son programme, Messieurs, chacun de nous peut le remplir ; et il a aussi le mérite de ne pas empiéter sur les droits des médecins des familles, qui seront appelés par celles-ci lorsque le médecin inspecteur leur aura signalé quelque particularité morbide chez leurs enfants.

M. Desguin, avec un rare bon sens, fait justice de la thèse excessive de M. Lesieur :

« Je sais, a-t-il dit, qu'en définissant comme je « l'ai fait la mission que doit remplir le médecin « d'école, je heurte de front certaines idées tendant à s'implanter parmi nous. Fort d'une « expérience déjà bien longue, je combats ces « exagérations, non seulement parce qu'elles « paraissent irréalisables dans la pratique, mais « surtout parce qu'elles seraient préjudiciables à « l'école, dont elles se font une fausse conception, « et aux écoliers eux-mêmes.

« Ces abus d'investigation, entraînant fatalement après eux, des abus de réglementation, « feraient manquer à l'intervention médicale le « but qu'elle doit se proposer . Il y a quelques « années, il n'y avait point de médecine scolaire ; « à présent on veut en faire trop : sachons rester « dans une juste mesure ».

Dans les villes, il est facile d'adjoindre au médecin inspecteur des spécialistes pour l'examen des yeux, des oreilles et des dents. A Lyon, on s'offre même le luxe d'un *psychiâtre* ! Et ces Messieurs dirigent les consultations spéciales où sont adressés les élèves par les médecins inspecteurs.

Mais a-t-on sérieusement la prétention d'en agir de même dans les campagnes ? Combien de visites régulières pourra faire, dans les écoles rurales, le fonctionnaire diplômé à cet effet, en présence des distances à parcourir, surtout par les mauvais temps, et dans les parties montagneuses de notre région ?

Comment donc devra se faire la nomination des médecins scolaires ? Jusqu'à présent voici les différents systèmes qui ont été proposés :

1° M. Desguin s'en remet à la sagacité des autorités scolaires.

2° M. Gourichon propose que ce médecin soit nommé par le Préfet, mais après concours portant sur la pathologie infantile et l'hygiène scolaire dans les villes possédant une Faculté ou une Ecole de médecine, après concours sur titres et avis du Conseil départemental d'hygiène dans les autres villes et campagnes.

3° M. Gagnière rejette le choix par le Préfet parce qu'il enlèverait toute indépendance aux médecins départementaux. Il préconise dans son rapport des médecins communaux, non fonctionnaires, et des médecins départementaux, fonctionnaires, pour lesquels intervient la nécessité d'une sélection. Ces derniers n'exerceront pas leur art et se consacreront exclusivement à leurs fonctions ; pour eux, le concours est la seule solution vraiment efficace et impartiale.

4° M. Lesieur, rappelant l'opinion de son maître, le Dr Courmont, préconise la création de fonctionnaires médicaux qui engloberaient tous les services médicaux de l'Etat. Ce fonctionnaire remplacerait les médecins des épidémies, les médecins de la vaccine, les médecins des écoles et des crèches, ceux de l'Assistance publique, etc. Mais la situation de ce fonctionnaire resterait des plus précaires, parce que M. Lesieur accorde à l'Administration un droit redoutable, celui de la *réinvestiture*, à l'expiration de son mandat, dont la durée serait très limitée. Cette administration pourrait ainsi se séparer d'un collaborateur qu'elle jugerait la mal servir. Vous voyez d'ici, Messieurs, quelle porte ouverte à l'arbitraire, et comme il serait facile à cette administration (lisez le *Préfet*) d'exercer des vengeances politiques : des exemples trop récents nous ont montré ce qui attendait les médecins qui ont cessé de plaire.

Tel est l'état de la question exposée en toute impartialité. Maintenant que vous voilà bien renseignés, vous pourrez décider en toute connaissance de cause comment vous comprenez que soit faite la nomination des médecins scolaires.

Mais en tous cas, il faut d'ores et déjà protester avec la dernière énergie contre toute disposition de loi qui tendrait à faire des médecins inspecteurs de véritables médecins traitants, venant se substituer aux praticiens et leur enlever artificiellement une clientèle à laquelle leur donne droit le diplôme qu'ils n'ont obtenu qu'après de longues études et la confiance de la population au sein de laquelle ils exercent leur profession avec les grosses charges qu'elle comporte déjà à l'heure actuelle.

L'Inspection médicale des Ecoles.

Par le Dr Delpeut (de Saint-Chéron).

M. Ferdinand Buisson vient, au nom de la Commission de l'Enseignement et des Beaux-Arts de la Chambre des Députés, de déposer son rapport sur le projet de loi relatif à l'Inspection médicale dans les Ecoles primaires publiques et privées.

Ce document emprunte une très grande importance à la qualité de son auteur, dont la

compétence en matière d'Enseignement primaire est reconnue de tous ; mais, il semble bien qu'en adoptant sans y rien changer le projet du Gouvernement, il ait envisagé l'Inspection des Ecoles, beaucoup plus au point de vue administratif qu'au point de vue médical.

Dans l'Inspection médicale des Ecoles, il y a, en effet, deux ordres de faits bien distincts : 1° l'*inspection des locaux et du matériel* ; 2° l'*inspection des Enfants et des Maîtres*.

L'article 2 les définit très clairement.

Art. 2 : « L'Inspection médicale des Ecoles doit porter :

1° Sur les locaux scolaires et le mobilier des internats et des externats. A ce titre, l'inspection médicale est appelée à donner son avis sur le choix des emplacements, sur les plans et aménagements des établissements scolaires, sur le choix du mobilier. Pour les établissements déjà existants, elle signale les imperfections des locaux ou du matériel et indique les améliorations à réaliser.

2° Sur l'Hygiène des Etablissements.

A ce titre, elle doit assurer l'observation des règlements concernant l'aération, l'alimentation, le chauffage, l'éclairage les soins de propreté, ainsi que des règlements qui fixent la durée du travail sédentaire, du repos, du sommeil, des repas, des exercices physiques.

3° Sur l'état sanitaire des élèves.

Le Médecin-Inspecteur procède, au moins deux fois par an, aux époques fixées par le règlement arrêté conformément à l'article premier, à l'examen individuel des élèves. Il consigne le résultat de cet examen, pour chaque élève, sur un carnet ou livret sanitaire dont il a la responsabilité.

4° Sur l'observation des conditions imposées au personnel des Ecoles en matière d'hygiène par les règlements.

5° Sur les mesures hygiéniques spéciales relatives à la tuberculose et aux maladies contagieuses. Le médecin-inspecteur assure l'observation de toutes les prescriptions réglementaires qui tendent à mettre l'école à l'abri de ces maladies.

Chaque fois que des cas de maladies contagieuses se manifestent dans un établissement scolaire, le médecin-inspecteur est immédiatement prévenu et appelé à donner son avis sur les mesures urgentes à prendre par l'administration académique.

Avis des constatations faites, des mesures prises, est donné, suivant le cas, au service départemental d'hygiène ou au bureau d'hygiène.

Il n'y a rien de particulier à dire au sujet des paragraphes 1 et 2 fixant les points sur lesquels doit porter l'Inspection médicale tant au point de vue du matériel et des locaux que de l'hygiène des établissements scolaires. Il semble même que le paragraphe 4 pourrait faire suite au paragraphe 2 et ne pas faire l'objet d'un paragraphe spécial.

Quant au paragraphe 3, qui vise l'état sanitaire des élèves, nous nous permettons de faire remarquer combien la rédaction de ce paragraphe est vague et présente même de dangers pour le corps médical. Il y est dit en effet que le Médecin-Inspecteur procédera au moins deux fois par an, aux époques fixées par le règlement, à l'examen individuel des élèves et ceci est bien. Mais il ajoute : « *Il consigne le résultat de cet examen sur un carnet ou livret sanitaire dont il a la responsabilité* ». Voici la phrase dangereuse que le corps des praticiens ne doit pas laisser persister dans le projet de loi. En effet que sera ce livret sanitaire ? Le Médecin-Inspecteur aura-t-il le droit d'y indiquer que tel enfant est syphilitique ou hérédo-syphilitique, tuberculeux ou pré-tuberculeux, scrofuleux, etc. ? Et s'il possède ce pouvoir, où sera la responsabilité, si ces renseignements se trouvent dévoilés par un employé ou fonctionnaire qui, en dehors du Médecin-Inspecteur pourra en avoir eu connaissance ? Si le Médecin-Inspecteur est seul chargé de la confection de ce carnet sanitaire de l'élève, cela lui demandera beaucoup de temps et ne servira pas à grand'chose, sinon à un travail de statistique et alors se présente un nouveau danger. Croyez-vous qu'un maire qui jusqu'ici voyait tous les étés sa commune envahie par des villégiateurs, sera content que la statistique du Médecin-Inspecteur de son école indique *urbi* et *orbi* que celle-ci renferme dix pour cent de tuberculeux, etc. ? Il y aura conflit et c'est notre Médecin-Inspecteur qui paiera son zèle d'une inimitié politique.

De plus, le médecin-Inspecteur, dans un examen aussi rapide que celui qu'il sera obligé de faire, sera sujet à erreur, et alors sa responsabilité devient extrême. Je sais bien qu'au début les carnets sanitaires seront conservés en vases clos, dont le Médecin-Inspecteur seul aura les clefs ; mais petit à petit, l'usage se créera que le coffret aux livrets soit déposé à la mairie, pour permettre au Médecin-Inspecteur de le consulter et de le compléter plus facilement ; puis celui-ci demandera à l'instituteur de vouloir bien se charger de la partie scripturale et un jour viendra où il lui abandonnera la clef du coffret. Ce jour-là, tout ce qui nous reste de secret médical s'en ira à vau-l'eau, s'éparpillant du Médecin-Inspecteur à l'Instituteur, de celui-ci à l'Inspecteur primaire et au maire, de l'Inspecteur primaire à l'Inspecteur d'Académie et de là au Préfet.

Le travail demandé par la confection de ce carnet sera considérable, si le Médecin-Inspecteur veut le faire sérieusement et lui-même. Sinon cela ne servira à rien et pourra être au contraire une source d'ennuis et de dangers pour les praticiens.

Enfin pourquoi ne pas profiter des deux inspections annuelles des élèves pour examiner en même temps leurs maîtres et éviter que l'un d'eux, porteur d'une laryngite tuberculeuse, ne contamine les enfants placés sous sa garde ?

Le projet est muet à ce sujet et il y aurait intérêt à combler cette lacune.

L'article 2 dit : « L'inspection médicale doit porter en outre sur les mesures hgyiéniques spéciales relatives à la tuberculose et aux ma-

ladies contagieuses. Le Médecin-Inspecteur assure l'observation de toutes les prescriptions réglementaires qui tendent à mettre l'école à l'abri de ces malades.

Chaque fois que des cas de maladies contagieuses se manifestent dans un établissement scolaire, le Médecin-Inspecteur est immédiatement prévenu et appelé à donner son avis sur les mesures urgentes à prendre par l'administration académique.

Quelles sont ces mesures hygiéniques spéciales et ces prescriptions réglementaires qui doivent tendre à mettre l'école à l'abri de la tuberculose et des maladies contagieuses ? Le projet est muet sur ce point et laisse le soin de les définir à un règlement d'administration publique qui accompagnera la loi. Mais parmi ces prescriptions réglementaires, permettez-moi d'en proposer une qui pourra nous aider à enrayer dès le début une épidémie. Pour les maladies à déclaration obligatoire, les symptômes du début, sauf pour la rougeole, sont tellement bruyants que la famille se voit dans la nécessité de garder l'enfant au lit et d'appeler le médecin traitant. Mais quand il s'agit de maladies telles que la rougeole, la tuberculose pulmonaire, la coqueluche, la grippe, les oreillons, la teigne, à déclaration facultative, les symptômes du début sont parfois anodins, bien que la contagion soit déjà certaine.

Que faire dans ce cas ? Le médecin traitant n'a pas été appelé, l'enfant continue à fréquenter l'école et risque de contaminer nombre de ses camarades. Il y aurait, à mon avis, un moyen qui devrait être consacré par les règlements : c'est le suivant.

Dès que l'instituteur a un doute sur la nature d'une affection présentée par un enfant de son école (toux, éruption de la face ou affection du cuir chevelu) *lui laissant supposer une maladie contagieuse*, il devrait être autorisé à renvoyer l'enfant chez les parents, avec un mot signé du maire, avertissant ceux-ci que leur enfant *semble* présenter les signes d'une affection contagieuse et qu'il ne pourra être réadmis à l'école qu'avec *un certificat de son médecin traitant constatant ou bien qu'il n'est pas atteint de maladie contagieuse, ou qu'il en est guéri*. Si les parents ne peuvent faire les frais de la visite et du certificat du médecin traitant, le médecin inspecteur y est envoyé aux frais de la commune.

Par ce procédé, vous éliminez provisoirement de l'école des éléments qui paraissent dangereux et ils ne peuvent y rentrer à nouveau que bien et dûment examinés et guéris. Il est ainsi possible d'enrayer dès le début une épidémie naissante et vous évitez la fermeture de l'école qui n'est pas sans préjudice pour l'éducation des enfants, quand elle se renouvelle plusieurs fois dans la même année.

Pour conclure, je demanderai au Conseil de l'Union des Syndicats Médicaux de France d'insister auprès de nos confrères membres du Parlement pour obtenir, au projet de loi sur l'Inspection médicale des Ecoles primaires publiques et privées, les modifications suivantes :

1° Placer le paragraphe 4 de l'article 2 à la suite du paragraphe 2 ;

2° Ajouter au paragraphe 3 de l'article 2 ; Sur l'état sanitaire des élèves et *des maîtres* ;

3° Supprimer au même paragraphe la phrase suivante : « *Il consigne les résultats de cet examen, pour chaque élève, sur un carnet ou livret sanitaire, dont il a la responsabilité* ».

Extrait de *l'Arsenal de l'Hygiène.*)

CORRESPONDANCE

Le conflit médico-mutualiste de La Rochelle.

La Rochelle, 11 octobre 1910.

Monsieur le Directeur du *Concours médical*, Paris.

Mon cher confrère,

Vous avez, au commencement de l'année, signalé le conflit qui s'était élevé à la Rochelle, entre le corps médical et une partie des sociétés de secours mutuels de la ville. Je ne reviendrai pas sur les phases de ce conflit. Elles sont parfaitement résumées dans la note remise au Préfet, à la suite d'une entrevue (*non d'un arbitrage*), que les délégués du Syndicat avaient consenti à avoir, en sa présence, avec ceux des Sociétés ou plutôt de l'Union des Sociétés de secours mutuels. Je reproduis cette note à part et la joins à ma lettre.

J'ai le regret de dire que les mutualistes ont trouvé trois médecins qui ont promis d'assurer le service des sociétés, contre tout le corps médical rochelais, en acceptant les tarifs repoussés par celui-ci. Ces médecins sont MM. GUIGNOT, pharmacien dans notre ville ; de FÉLICE, venu de Chey (Deux-Sèvres) où il était établi, depuis 7 ans ; et enfin, M. MONDON, médecin principal de la marine en retraite, chevalier de la Légion d'honneur.

Ces 3 médecins, liés par contrat avec les sociétés de secours mutuels, assurent le service des Sociétés, actuellement. Les sociétaires qui ont voulu garder leur médecin, doivent payer ses honoraires, les sociétés refusant les secours médicaux, quand il s'agit d'un autre médecin que l'un des trois sus-nommés. Cette situation dure depuis 7 mois et ne paraît pas devoir changer pour le moment.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

P. CONDAMY,
Secrétaire-trésorier du Syndicat médical.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de La Rochelle.

La Rochelle, 19 janvier 1910.

Le Syndicat des médecins de la Rochelle, réuni en Assemblée générale, après avoir

entendu le compte rendu, fait par ses délégués, de l'entrevue qu'ont eue ceux-ci avec les délégués des Sociétés de secours mutuels, dans le cabinet de M. le Préfet, le 15 janvier 1910, a pris *à l'unanimité* la résolution suivante :

« Considérant qu'en élevant à 2 francs le prix de la visite en ville, pour les Sociétés de secours mutuels et en y joignant un tarif chirurgical très réduit, il n'avait fait qu'imiter ce qui se pratique depuis longtemps déjà, dans un très grand nombre de villes de même importance que La Rochelle, et qu'en maintenant à 1 franc le prix de la consultation, il avait fourni aux mutualistes le moyen de rendre très peu onéreux pour le budget de leurs Sociétés cette élévation de tarif ;

Que les Sociétés de secours mutuels ont refusé cette proposition et offert un prix transactionnel de 1.50 que, dans sa séance de juillet, le Syndicat a jugé inacceptable ;

« Que, malgré le refus du Syndicat médical, les Sociétés de secours mutuels, à deux reprises différentes, ont renouvelé cette proposition : une première fois par lettre du 22 novembre, *en l'aggravant d'une réduction* des prix de banlieue qui devaient rester en dehors de la discussion ; une seconde fois, dans l'entrevue qui a eu lieu en présence de M. le préfet, où, tout en persistant à joindre une réduction du tarif de banlieue à leur première proposition, elles *l'aggravent encore* par une clause qui stipule que le Syndicat médical devait appliquer le tarif à *toutes* les Sociétés de secours mutuels de la commune, sans avoir le droit d'en éliminer une seule, spécifiant que ces trois conditions forment *un bloc qui doit être accepté ou refusé intégralement* ;

« Le Syndicat décide, en présence de ces prétentions, de refuser les propositions des Sociétés de secours mutuels, et *reprenant toute sa liberté*, se réserve, dans l'avenir, de traiter séparément, en tenant compte de leur composition, avec celles des Sociétés qui désireraient entrer en pourparlers avec lui.

« Et adresse à M. le Préfet l'expression de sa gratitude pour son obligeante entremise qui a fourni aux médecins l'occasion de s'expliquer devant lui, en regrettant que l'intransigeance des Sociétés ait rendu sans effet la tentative de conciliation dont il avait bien voulu prendre l'initiative ».

Le Président du Syndicat,
Dr Brard.

N. D. L. R. — Nous enregistrons avec peine ces nouvelles de La Rochelle. Le Congrès de déontologie et de médecine professionnelle de 1900 avait tiré la moralité des incidents de ce genre quand, sur la proposition du Dr Poitou-Duplessy, médecin principal de la marine, en retraite, il vota à l'unanimité que : « Tout médecin qui, dans un conflit entre un groupe de médecins et une administration, vient appuyer cette dernière contre ses confrères, est indigne du corps médical. »

REPORTAGE MÉDICAL

Un nouveau domaine pour « La Maison du Médecin ». — La *Maison du médecin* vient de s'assurer la jouissance immédiate d'un fort joli domaine, à Brezolles (Eure-et-Loir), à l'effet d'y installer des pensionnaires. Située à 24 kilomètres de Dreux, dans un bourg important, cette propriété répond admirablement au but poursuivi. La maison est confortablement aménagée, bien meublée, et peut recevoir une dizaine de pensionnaires. Elle est entourée d'un superbe parc boisé, d'un jardin potager, auquel fait suite une prairie bordée par la charmante rivière la Neuvette. De nombreux communs permettent une exploitation fructueuse de la propriété. Cheval et voiture à la disposition les pensionnaires.

Ceux-ci vont pouvoir entrer tout de suite.

Ils se trouveront à Brezolles dans une quiétude parfaite ; le pays est pittoresque, les promenades très agréables, la chasse et la pêche offriront un agrément de plus aux amateurs.

Voici donc réalisée définitivement la première fondation de la *Maison du Médecin*.

Devant ce succès presque inespéré, le corps médical sera unanime à encourager les promoteurs de cette œuvre et à soutenir celle-ci pécuniairement et moralement. Les adhésions, déjà nombreuses, vont affluer plus que jamais.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège social, 32 rue Notre-Dame des Victoires, Paris.

Mutuelle médicale Française de Retraites. — Nous rappelons à nos lecteurs la *Mutuelle Médicale Française de Retraites*, œuvre purement philantrophique fondée par le Syndicat Médical de l'arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1910, patronnée par l'Association des Médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les Médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après 50 ans d'âge et 20 de participation), soit proportionnelle (après 5 ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée, — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er septembre dernier, le nombre des Sociétaires (hommes et femmes), s'élevait à 677, l'avoir social à 190.192 fr. 17.

La veuve d'un Sociétaire (y ayant droit) est retraitée à 375 fr. pour l'année 1910.

Un sociétaire infirme à 450 fr. et une autre veuve à 600 fr.

S'adresser au Secrétaire, Dr Terrien, à *Varennes-sur-Loire pour tous renseignements.*

Le 59e dîner des anciens médecins et pharmaciens de la marine aura lieu le mardi 8 novembre, à 7 h. 1/2 du soir au cercle militaire, 49, avenue de l'Opéra.

Cotisation : 12 fr. Tenue de ville. On est instamment prié de ne pas oublier ce dîner de tradition.

En cas d'adhésion, répondre l'avant-veille au Docteur Dedet, 25, rue Marignan, Paris.

Les dangers de la Tabatière.— Nous avons publié dans notre dernier numéro l'analyse d'un article portant ce titre, dont l'auteur est le Dr Crouzel, de la Réole. Nous n'avions pas cité le nom de l'auteur parce qu'il ne figurait pas dans cette analyse, recueillie dans un autre Journal.

Mutualistes et médecins à Millau. — Nous avons signalé en son temps le conflit survenu entre les médecins de Millau et les mutualistes — très nombreux — de cette ville.

Exploités par les bourgeois aisés de la localité, tous mutualistes ou presque, las d'un salaire de famine, nos confrères voulurent la substitution du ticket à l'abonnement. Ils n'étaient pas très exigeants dans leurs revendications, puisque la Société des médecins de l'Aveyron avait qualifié le nouveau tarif de « particulièrement réduit et inférieur à la quasi-unanimité des tarifs médico-mutualistes en vigueur ».

L'Union mutualiste millavoise n'acceptant pas ces propositions, son service médical lui proposa l'arbitrage du Conseil supérieur de la mutualité!

Quelle audace! On le fit bien voir aux médecins de Millau, auxquels l'Union mutualiste répondit :

1° En refusant même de proposer cet arbitrage à ses adhérents ; 2° en donnant congé à tous ses médecins ; 3° en confiant le service médical à deux médecins recrutés au loin.

Cette conduite des mutualistes a causé dans tout le département une légitime émotion parmi les médecins. La Société des médecins de l'Aveyron a voté un ordre du jour, où, après avoir rappelé « que les confrères de Millau ont toujours fait preuve, à l'égard de la Mutualité de leur ville, d'un dévouement et d'une abnégation exceptionnels », ils « leur adressent l'expression de toute leur sympathie, s'engageant à n'avoir aucun rapport avec les deux *médecins venus du dehors, et, par esprit de solidarité*, s'interdisent toute concession nouvelle aux différentes mutualités aveyronnaises, auxquelles ils rappelleront en toute circonstance l'incorrection de l'Union mutualiste millavoise ».

Il se trouva en effet deux jeunes médecins qui vinrent, tout frais émoulus de la Faculté, jouer à Millau le rôle peu estimé — même des clients — du *mauvais confrère*.

Voici un an qu'ils le tiennent pour 425 francs par mois, et c'est M. le président de la Mutualité millavoise qui nous l'apprend dans le *Matin* :

Puisque cette question — mutualistes et médecins — est à l'étude, je me permets de faire connaître ce qui a été fait par l'Union mutualiste millavoise, laquelle comprend dix-sept sociétés de secours mutuels.

« A Millau, les médecins appartenant au syndicat local et départemental se proposèrent de retirer aux mutualistes la faculté de l'abonnement pour y substituer le système à la visite. Sur mon initiative, les conseils d'administration des diverses sociétés se réunirent et il fut décidé de demander au corps médical non seulement le maintien de l'abonnement pour les sociétaires, mais encore d'accorder l'abonnement familial pour les familles mutualistes qui en feraient la demande. Des pourparlers furent engagés à cet effet avec le syndicat médical, qui ne voulut rien entendre. Il fallait accepter ses conditions, c'est-à-dire le système de la visite au plein tarif. L'Union décida de faire appel à des médecins étrangers à la localité et de se les attacher définitivement. Ces médecins ayant accepté les offres de l'Union assurèrent, à partir du 1er août 1909, les soins aux mutualistes et à leurs familles.

« Le prix de l'assurance médicale et chirurgicale de l'Union pour toute la famille habitant sous le même toit est de 8 francs par an (1). L'Union garantit à chacun de ses docteurs une allocation de 425 francs par mois, et ils restent libres de soigner la clientèle non mutualiste, mais à la condition que la première soit d'abord servie.

« Fernand Candon,
« *Président de l'Union mutualiste millavoise.* »
(*Prov. méd.*)

(1) 8 francs par an pour les soins médicaux et chirurgicaux à TOUTE une famille (père, mère, enfants, grands-parents, domestiques)... On croit rêver en lisant cela.

Du Tac au Tac. — En revenant de Paris à sa villa de Saint-Germain, Meissonnier apprend que son jeune chien, tombé de la terrasse sur la route passant en contre-bas, s'est fracturé une patte.

Qu'on ne dételle pas, s'écrie Meissonnier navré, revenez à Paris et priez instamment le docteur Velpeau de venir pour un cas grave.

Velpeau arrive :

— Un accident grave chez vous, mon cher Meissonnier ! Heureusement, ce n'est pas vous; voyons le malade

— Merci pour votre empressement, mon cher maître, mais passons d'abord dans mon atelier ; je tiens à vous montrer ma dernière esquisse... c'est une bataille de l'Empire... je la...

— Oui, mais le malade ?

— Il est plus tranquille... tenez, voici une ébauche que...

— Très bien ! mais le malade ?

— Cher maître, vous me voyez dans la plus grande confusion... C'est mon chien qui s'est cassé la patte...

— Eh bien ! mon cher ami, mais je ne vois aucun mal à cela ; combien de gens que je soigne et qui sont moins intéressants que votre fidèle ami.

On apporte le chien. Fracture réduite, écharpes, bandes, pansements, soins à donner, après quoi Velpeau reprend la route de Paris.

Le chien guérit. Meissonnier va trouver Velpeau à l'heure de sa consultation, le remercie encore et lui demande le prix de ses honoraires.

— Puisque vous voulez vous acquitter envers moi, vous seriez bien aimable de me barbouiller un panneau de ma salle à manger.

— Oh ! barbouiller !... le mot est dur !

— Voyons, vous m'avez bien pris pour un vétérinaire ! (*Rev. méd.*)

Le V. E. M. en 1911. — Le prochain V. E. M. parcourra pendant la première quinzaine de septembre 1911 les Stations du S. E. de la France (Ariège, Pyrénées-Orientales). Comme les voyages des autres régions, grâce à la variété des Eaux (chlorurées sodiques, sulfureuses, bicarbonatées, sulfatées, calciques, thermales simples) qui en feront l'objet ; grâce à leur situation dans cette contrée éminemment pittoresque des Pyrénées inconnues, il promet à ses adhérents une quinzaine aussi utilement qu'agréablement remplie.

Congrès international des maladies professionnelles (Bruxelles). — A signaler et approuver la décision suivante :

Le Congrès a décidé de s'abstenir de voter des vœux, ceux-ci étant adoptés souvent *par des majorités de rencontre, quand elles ne sont pas d'intérêt*. D'autres congrès pourront utilement s'inspirer de cette formule. (*Lyon Médical.*)

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 45 Dimanche 6 NOVEMBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Sou médical
Rapport du secrétaire général adjoint. — Annexes au rapport du secrétaire général adjoint. — Rapport du trésorier..... 957
Propos du jour
La création d'un Institut de médecine légale. — Nécessité d'un enseignement pratique. — Encore les experts..... 965
Clinique syphiligraphique
Le « 606 » et les progrès recents de la syphiligraphie. 966
La semaine médicale
Le formol en thérapeutique externe. — L'abcès tuberculeux du cerveau. — Le varicocèle. — Traitement de l'acné vulgaire. — L'herpès cervico-utérin et vaginal. — Les modifications du pouls comme moyen de contrôle de la douleur..... 968
Revue des Congrès
XIe Congrès français de médecine. — Des bradycardies. — Traitement des épilepsies symptomatiques. — Rapports du foie et de la rate en pathologie. — L'hectine dans le traitement de la syphilis..... 971
Formulaire raisonné
La belladone..... 972
Chronique syndicale
La réorganisation du syndicalisme médical. — Les Fédérations..... 974
Chronique de la mutualité
Question de droit mutualiste..... 976
Correspondance
Démission de M. le Dr Diverneresse du Conseil d'administration de l'Union des Syndicats..... 976
Reportage médical..... 977
Nécrologie..... 978

SOU MÉDICAL

Rapport du Secrétaire général adjoint.

Messieurs et chers confrères,

Le développement de notre Ligue de défense professionnelle va sans cesse croissant ; à chaque séance du Conseil, nous avons le plaisir d'enregistrer un nombre respectable d'adhésions. C'est ainsi que, cette année, quatre cent dix-huit confrères ont adhéré au « Sou », ce qui porte notre nombre total à 1873, au 1er novembre 1910. Jamais année n'avait été aussi fructueuse.

Mais, en revanche, le nombre des affaires a augmenté, sans parler de la correspondance qui s'accroît tous les jours.

Aussi venons-nous vous demander de consacrer la majeure partie de notre Assemblée générale à discuter un projet de règlement intérieur, prévu d'ailleurs par l'article 28 des statuts. Nous avons ainsi le désir de rendre plus aisé notre fonctionnement, pour donner toute satisfaction à nos confrères, tout en respectant les décisions de nos Assemblées générales.

Nous pensons donc qu'il serait utile de vous faire connaître, par le détail, la manière de procéder du Conseil et du Secrétariat du « Sou médical », pour solutionner les affaires d'ordre divers qui leur sont soumises.

Ces litiges à étudier peuvent se grouper en six classes principales :

I. — *Affaires d'ordre courant et personnel, ou affaires claires, nettes, précises, pour lesquelles s'est déjà prononcée la jurisprudence.* — Ce sont des questions que nous pourrions appeler classiques : recouvrements d'honoraires, refus de paiement de la part d'un mauvais client, applications du tarif Dubief, du tarif de l'Assistance médicale, etc. Dans ces cas, nous donnons toujours l'appui moral du « Sou ». Nous adressons au confrère lésé tous renseignements utiles, consultations de nos avocats-conseils, documents de jurisprudence, textes de lois, etc. Bref, nous lui procurons toute facilité pour qu'il puisse avoir gain de cause, soit à l'amiable, soit en justice.

Mais le « Sou » ne peut accorder son appui pécuniaire ; nous devons d'abord réserver l'effort de la caisse pour soutenir plus utilement des procès coûteux en Cassation ou au Conseil d'Etat (500 à 2.000 fr. chacun, au minimum), plutôt que de gaspiller nos ressources en donnant notre aide pécuniaire pour de petits, mais innombrables procès en justice de paix, dont les frais ne dépassent guère six à huit francs et qui n'ont qu'une importance bien minime dans la jurisprudence.

D'un autre côté, ces questions de recouvre-

ment d'honoraires ne pourraient pas être toutes soutenues pécuniairement par le « Sou ». Une agence de recouvrements ne demande-t-elle pas d'ordinaire un forfait de 15 à 20 % sur les notes à encaisser ? Comment pourrions-nous faire la même besogne avec une cotisation annuelle de vingt francs ? Vouloir le tenter serait une pure folie de notre part.

II. — *Confrères victimes de la chicane et de la procédure.* — Il peut arriver que ces affaires, de peu d'importance au point de vue général, aient été mal jugées et que la décision du Tribunal lèse les intérêts généraux du corps médical. Il se peut encore que, victorieux en première instance, le médecin soit traîné en appel par la partie adverse qui cherche à faire faire des frais.

Dans l'immense majorité des cas, le « Sou médical » intervient alors, non plus seulement par son appui moral, mais avec les secours de sa caisse, car il ne veut pas que son adhérent soit la victime de la chicane, de la procédure ou de la mauvaise foi.

III. — *Affaires d'ordre général.* — Il y a intérêt, pour tout le corps médical, à faire fixer un point de jurisprudence, ou à la faire réformer. Après s'être entouré des avis de ses avocats, le Conseil du « Sou » n'hésite pas à faire, devant toutes les juridictions, s'il y a lieu, tous les frais du procès.

IV. — *Responsabilité professionnelle.* — L'appui moral et pécuniaire du « Sou » est accordé, dans tous les cas, sans discussion, jusqu'à concurrence de deux mille francs.

V. — *Affaires introduites par les syndicats, dont tous les membres font statutairement partie du « Sou ».* — Si nos avocats-conseils estiment qu'il y a motif à poursuite, le « Sou » donne son appui pécuniaire au Syndicat tout entier, se transformant ainsi en trésor de guerre syndical.

VI. — *Questions de défense générale.* — Bien que créé pour la défense individuelle, le « Sou » ne craint pas parfois de soutenir, de ses deniers, certaines campagnes que l'on pourrait appeler mesures de prophylaxie et de prévoyance. En créant des courants d'opinion, par des articles de journaux, en soutenant des controverses souvent victorieuses, grâce à ses nombreux documents et à ses innombrables dossiers, le « Sou » a pu éviter à ses membres, partant à sa caisse, les frais de beaucoup de procès qui, sans cette campagne, auraient été intentés au corps médical, par ceux qui ont intérêt à se cantonner dans le maquis de la procédure. Notre Ligue ne doit pas toujours rester sur la défensive, elle doit à son tour attaquer lorsque l'occasion s'en présente. Dans ces duels soutenus pour la profession, après la parade, la riposte.

N'en trouvons-nous pas l'exemple dans la question des accidents du travail ? Grâce à la contre-enquête de Diverneresse, grâce aux luttes qu'il a menées dans le *Concours médical*, en des articles qu'ont reproduits les journaux professionnels et politiques même, grâce au dossier formidable qu'il accroît chaque jour et qu'il sait produire au bon moment, nombre de nos adhérents touchent désormais, sans retard, l'intégralité d'honoraires contestés, dès qu'ils font savoir aux compagnies d'assurances qu'ils font partie du « Sou médical ». Pour beaucoup de nos adversaires, la crainte du « Sou » est le commencement de la sagesse.

Fonctionnement du « Sou médical ». — Mais, peut-on nous objecter, l'arbitraire n'est-il pas à craindre ? Comment juger qu'une affaire est d'ordre privé ou qu'elle intéresse tout le corps médical ? Sur quoi se base le Conseil pour accorder ou refuser l'appui pécuniaire ?

Voici bien le point du fonctionnement du Sou qui est le plus mal compris, parce que mal connu. Toujours, lorsqu'il nous soumet une affaire personnelle, notre adhérent nous déclare que son litige va intéresser le corps médical tout entier : c'est la règle.

De même, lorsque, pour une affaire banale, nous devons répondre que nous accordons notre appui moral, mais non pécuniaire, nous avons grand'chance de ne pas être compris et de faire un mécontent.

Beaucoup s'imaginent qu'avec un louis de cotisation annuelle, ils doivent être garantis en tout et pour tout, dans les limites les plus étendues. Bien que, cependant, la justice soit dite gratuite en France, l'argent va vite lorsqu'on aborde les Cours d'appel ou de Cassation. Notre parcimonie n'est, de notre part, que de l'économie raisonnée et voulue : le gain d'un seul procès en Cassation ou en Conseil d'Etat est autrement profitable, pour notre profession, que la victoire devant nombre de juges de paix.

D'autre part, beaucoup de nos adhérents nous font part de leur manière de voir pour l'affaire qui les occupe ; ils parlent code et jurisprudence en médecins qu'ils sont et non en juristes, et sont tout étonnés, pour ne pas dire vexés et furieux, lorsque nos avocats ne partagent pas leur manière de voir. Que de fois, en effet, le droit est, au premier abord, l'opposé du bon sens, de l'évidence et de l'équité. Esculape et Thémis ne parlent pas le même langage : le premier tire des faits particuliers les principes de son art de guérir, tandis que la seconde ne procède que d'idées abstraites et générales, que l'on applique pour chaque cas en particulier.

Cette différence de mentalité est si prononcée que votre Secrétaire général adjoint s'est vu dans l'obligation de commencer ses études de droit et de passer ses examens de licence, pour pouvoir s'assimiler les textes juridiques et suivre les discussions que soutiennent devant lui les avocats conseils du « Sou ».

Et voici comment, au secrétariat du « Sou » sont examinées les affaires de chaque jour.

Secrétariat général. — Le Secrétariat général se compose, depuis janvier 1910, d'un médecin, le Dr Boudin, et d'un avocat, licencié en droit, Me Dumesny, qui, tous deux, restent à demeure au *Concours*, pour s'occuper de la correspondance du « Sou ».

Toute lettre qui arrive est de suite discutée

par eux : l'un parle en juriste qu'il est, c'est-à-dire qu'il cite le code, la loi, la jurisprudence. L'autre envisage le fait en médecin. Puis réponse est donnée au confrère intéressé, avec conseils, documents de jurisprudence à l'appui. Mais, si l'affaire présente quelque difficulté, conseil est demandé à de plus compétents.

Le Conseil judiciaire. — La difficulté est-elle d'ordre juridique ? Elle est soumise à nos avocats : Me Gatineau, avocat à la Cour de Paris, Me Mornard et Me Auger, avocats à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat. Nous les avons mis si souvent à contribution, que grande est maintenant leur spécialisation. Nous n'avons pas à faire une fois de plus leur éloge : vous les connaissez tous et savez avec quel désintéressement et quel dévouement ils mettent leur haute science au service du Corps médical. Notre reconnaissance, à leur égard, doit être sans limites.

Parfois, pour des questions d'ordre administratif, nous sommes obligés de courir les Ministères, pour obtenir le renseignement demandé, pour aller, à qui de droit, exposer les doléances d'un de nos adhérents.

Le Conseil d'administration du « Sou ». — L'affaire présente-t-elle, au contraire, une difficulté d'ordre professionnel? C'est au Conseil, réuni tous les jeudis, qu'avis est demandé. Ce Conseil, composé de médecins élus par vos assemblées générales, de Me Dumesny et souvent aussi de Me Gatineau, discute sur toutes les questions qui lui sont soumises et décide de la suite à y donner. Disons, en passant, qu'il est loisible, à tout adhérent du « Sou », d'assister à ce Conseil et d'exposer lui-même son litige.

Etudiée d'abord et mise au point par le Secrétariat général, chaque question est discutée. Puis le conseil vote si l'appui pécuniaire doit être ou non accordé. Si oui, mention en est faite au procès-verbal et sur un registre *ad hoc*, que chacun peut consulter. Ce n'est donc pas le Secrétaire général, mais bien le Conseil tout entier qui décide s'il y a lieu ou non d'accorder l'appui pécuniaire du « Sou ». N'est-ce pas ainsi donner toute garantie à nos adhérents ?

Mais, nous dira-t-on, pourquoi ne pas alors publier intégralement les procès-verbaux de ces séances ? Non, nous conseille Me Gatineau, ce serait une imprudence, en même temps que nous pourrions, de la sorte, violer certains secrets qui nous sont confiés.

Affaires traitées en 1910. — Disons maintenant quelles affaires importantes ont été solutionnées au cours du dernier exercice.

I. — *Décisions de l'Assemblée générale de* 1909. — 1° *Expertise médicale contradictoire.* — En exécution des votes émis à l'Assemblée générale de 1909, à la suite du rapport de Diverneresse, sur l'expertise médicale contradictoire, une délégation, composée de MM. Albert Poulain, Basly, députés, Dr Jeanne, Dr Diverneresse et Dr Jamart, est allée exposer vos desiderata au Directeur du cabinet du ministère de la justice, M. Deligne. En même temps, nos délégués démontraient, avec preuves et documents à l'appui, quels pouvaient être les abus d'expertise, dommageables pour les praticiens, qui se produisaient surtout dans le ressort du Parquet de la Seine.

Satisfaction vient d'être donnée en partie au corps médical par la circulaire du Garde des Sceaux, en date du 23 juillet 1910 et que nous publions ci-dessous. Inutile d'insister sur l'importance capitale de ce document : nous nous bornerons à signaler que l'enquête faite par le Ministre de la Justice, à l'instigation de nos délégués, a montré le bien fondé de leurs assertions.

2° *Revendications législatives.* — A la suite du vote du rapport Vimont, le « Sou » s'est joint à l'Union des Syndicaux médicaux et a contribué à l'envoi de la circulaire du libre choix qui, au moment des élections législatives, a été adressée à tous les candidats. Vous avez vu, dans le *Concours*, que le succès a dépassé nos espérances.

3° *Concours d'images.* — Quelques projets nous ont été envoyés ; ils font honneur à leurs auteurs. La commission va se réunir incessamment pour décerner le prix et nous serons heureux de vous montrer, à l'Assemblée générale, tous les dessins qui nous sont parvenus.

II. — *Questions de jurisprudence.* — 1° *Accidents du travail.*— Ces questions d'accidents du travail sont de beaucoup les plus fréquentes : chaque jour nous en amène plusieurs à solutionner. Toujours procédurières, les Compagnies d'assurances usent de l'intimidation. Systématiquement, elles réduisent les notes d'honoraires médicaux qui leur sont envoyées, dans l'espoir que le médecin, livré à ses seuls moyens, hésitera devant les aléas d'un procès. Souvent répétées, ces petites réductions font, en fin d'année, un capital important dont le corps médical se trouve frustré.

Heureusement pour lui, l'adhérent du « Sou » relève le gant et, grâce à nos conseils, arrive souvent à avoir gain de cause.

Sans parler des petites questions ordinaires, dont le « Sou » a eu à s'occuper, nous avons fait juger, en justice de paix, que le prix des interventions pratiquées la nuit doit être triplé, que le patron qui n'a pas fait exercer de contrôle, comme lui en donne le droit l'art. 4 de la loi de 1905, est mal fondé de critiquer le nombre ou la légitimité des visites ou soins.

En appel, nous avons fait établir le principe du cumul ; nous avons fait décider que le médecin ne peut jamais être considéré comme un employé de la Compagnie d'assurances ; enfin est reconnu pour le médecin le droit de poursuivre directement, en cas de refus du parquet, toute personne (assurance, patron, etc.), qui aurait entravé le libre choix.

En Cassation, en plus de procès qui sont encore en cours depuis l'année dernière (la justice est lente), nous avons porté la décision d'un tribunal d'appel qui décide qu'en dérogation du droit commun, une demande additionnelle en dommages-intérêts ne peut rendre susceptible d'appel la

demande primitive, qui ne l'était pas elle-même.

En Cassation aussi un autre jugement d'appel qui refuse au médecin une action contre le patron aux lieu et place de l'ouvrier, en vertu de l'art. 1166 du Code civil.

Rappelons pour mémoire que sont encore devant la Cour de Cassation trois autres pourvois, l'un pour soutenir un confrère auquel le juge de paix a donné raison pour l'interprétation du tarif kilométrique, et que l'adversaire, une Compagnie d'assurances, traîne devant la Cour suprême ; un deuxième pour une question de cumul ; un troisième pour faire fixer le principe de la note globale : le médecin traitant est-il en droit de transmettre, avec sa propre note d'honoraires, celles des spécialistes ou des autres confrères qui l'ont assisté au cours des soins donnés aux blessés ?

Dans le domaine de la campagne générale, le *Concours* a publié un tableau des frais médicaux dans les accidents du travail. Avec des documents puisés dans les rapports du Ministère du travail, dans les Bulletins officiels du travail, dans les rapports des Présidents des Cours d'appel, nous avons pu donner des chiffres précis, chiffres que gardait si jalousement, par devers elle, la direction de l'Assurance et de la Prévoyance sociales. Or, vous savez quel émoi produisit chez les assureurs la publication de ce tableau qui fut d'ailleurs reproduit dans nombre de journaux spéciaux. Une entrevue nous fut demandée, et le délégué des assureurs fut amené à reconnaître que ces chiffres étaient aussi exacts que peuvent l'être ces sortes d'estimation.

L'exagération des frais médicaux, charge écrasante pour ces pauvres (!) compagnies d'assurances, voilà encore une légende qui va rejoindre celle des médecins marrons.

Nous n'insisterons pas plus longtemps pour vous souligner l'importance de chacune de ces victoires. Qu'il nous suffise de dire que, grâce au « Sou », le médecin est maintenant mieux respecté des Compagnies d'assurances et que, par notre Ligue, il touche désormais les justes honoraires qui lui sont dus.

2° *Assistance médicale gratuite.* — Nous avons dû intervenir devant deux Conseils de Préfecture et devant le Conseil d'Etat pour des refus de paiement pour des mémoires d'honoraires pour l'A. M. G. De même, nous avons aidé un pourvoi en Conseil d'Etat, pour révocation injustifiée d'un médecin-directeur d'un bureau d'hygiène.

Egalement, devant le Conseil d'Etat a été portée la rupture arbitraire, par un préfet, d'un contrat liant une commune à un médecin. Ce procès a été soutenu, bien que contraire aux principes syndicaux du libre choix ; mais l'iniquité était par trop flagrante. Nous n'avons pas néanmoins laissé passer cette occasion sans démontrer à notre confrère que son droit individuel n'était pas en harmonie avec les intérêts collectifs de notre corporation. Nous défendons enfin encore devant le Conseil d'Etat, un confrère pour une révocation injustifiée comme médecin d'un hôpital par l'arbitraire d'une commission administrative et la faiblesse d'un préfet.

Exercice illégal. — A la requête d'un syndicat, tout entier adhérent au « Sou », nous avons donné notre aide pécuniaire pour faire condamner un illégal.

Diffamation et dénigrement. — Plusieurs de nos confrères nous ont demandé aide et assistance pour poursuivre des diffamateurs. Appui pécuniaire leur a été accordé et nous avons tout lieu d'espérer que justice leur sera rendue.

Certificats et escroquerie. — Deux de nos adhérents ont été poursuivis pour escroquerie, sous le prétexte qu'ils avaient délivré des certificats de complaisance. Nous les avons aidés et ils ont eu gain de cause ; mais dans l'un des cas, nous avons décidé d'aider notre confrère à attaquer à son tour son adversaire (en l'espèce, une compagnie d'assurances) et à poursuivre les représentants de la Cie en dénonciation calomnieuse devant la juridiction correctionnelle. Après l'attaque, la riposte.

Médecine publique. — La fameuse affaire Vauriot n'est pas encore terminée. Tour à tour, le « Sou médical » a saisi le tribunal de 1re instance, la Cour d'appel, la Cour de Cassation, le Tribunal des conflits, puis de nouveau le tribunal de 1re instance, la Cour d'appel et nous voilà encore en Cassation. Est-il admissible que, pour de seules divergences de vues en politique, un médecin soit, par un de ses confrères, maire, rayé d'une liste de médecins chargés d'un service public ?

Le « Sou » ne le pense pas. Et c'est pour cela qu'il maintient avec énergie la défense de notre confrère devant toutes les juridictions.

Responsabilité professionnelle. — Nombreux sont les cas où, cette année, nous avons dû venir en aide à nos adhérents ; c'est un confrère poursuivi pour blessures par imprudence ; un autre est incriminé pour un cal vicieux ; un troisième est rendu responsable d'un accident de chloroformisation ; sans compter ceux qui reçoivent, en réponse à l'envoi de leur note d'honoraires, une demande en dommages-intérêts pour prétendue négligence ou faute professionnelle.

Conclusions. — Conclure ce rapport est chose aisée : le « Sou médical » a bien rempli sa tâche au cours de l'année 1910. Il a su faire respecter les droits de ses adhérents ; il a obtenu des victoires très nettes et très profitables, surtout dans le domaine des accidents du travail. Aussi vous dit-il à tous, mes chers confrères : n'hésitez pas à lui soumettre vos cas litigieux et surtout n'engagez pas seuls une instance quelconque. Ce serait dangereux et pour vous et pour toute la profession. Pour vous, parce que vous pourriez être déboutés de votre demande, l'ayant insuffisamment préparée ; pour la profession, car un jugement peut venir détruire des avantages déjà acquis, grâce à nos avocats-conseils, spécialistes en la matière.

Mais nous enrageons de ne pas pouvoir mieux faire. Quelle puissance serait la nôtre, si nous étions plus nombreux. Aussi faites-nous des re

crues autour de vous, amenez-nous des adhérents : plus grand sera notre nombre, plus abondantes seront nos ressources et plus considérable sera notre force. Notre rôle ne doit pas se confiner à la défense ; nous devons parfois savoir attaquer et dire avec la sagesse des nations : *si vis pacem, para bellum.*

Dr Paul Boudin.

Annexes au Rapport du Secrétaire général adjoint

I.— Projet de modifications aux statuts.

Article 7. — *Supprimé et remplacé par* :

Les droits des Sociétaires partent du lendemain de leur admission par le Conseil d'administration.

Le « Sou médical » ne couvre pas les faits antérieurs à cette admission ni les actions qui, postérieurement, pourraient être engagées sur ces faits.

Article 8. — *Rédaction nouvelle.*

Tout membre peut se retirer du « Sou médical » par simple lettre de démission adressée au Conseil d'administration.

Tout membre qui n'aura pas payé sa cotisation lors de la présentation de la quittance, soit par la poste, soit par tout autre mode de recouvrement, est suspendu de ses droits. Il ne les recouvrera que le lendemain du jour où il aura payé sa cotisation augmentée des frais de recouvrement et pour des faits postérieurs au paiement.

Le défaut de versement de la cotisation dans le délai d'un mois après rappel fait par le Trésorier, implique la démission du Sociétaire et sa renonciation aux avantages assurés par le « Sou médical ».

Article 15. — *Supprimé et remplacé par* :

Toutefois, si tous les membres d'un Syndicat sont statutairement affiliés au « Sou médical », les cotisations sont perçues par le Trésorier du Syndicat qui en fait l'envoi collectif au Trésorier du « Sou médical » à l'époque convenue.

Article 24. — *Addition in fine* :

La convocation se fait par simple avis, inséré quinze jours à l'avance, dans le journal *Le Concours Médical.*

Article 29. — *Modification de la rédaction du dernier paragraphe* :

L'avis de convocation doit faire mention du projet de modifications.

II. — Projet de Règlement sur le fonctionnement du « Sou Médical ».

I

Article premier. — Les demandes d'admission, accompagnées du montant de la cotisation *de l'année en cours*, sont envoyées soit directement soit par l'intermédiaire du siège social au trésorier qui, en aucun cas, ne fait toucher la première cotisation.

Il n'est pas donné suite aux demandes d'admission qui ne sont pas accompagnées de cette première cotisation.

Article 2. — Le trésorier inscrit les adhésions sous un numéro d'ordre, et les transmet, chaque semaine, au Conseil d'administration qui statue.

Dans son état hebdomadaire, il signale les membres qui peuvent se trouver sous le coup de la suspension ou de la radiation statutaires.

Article 3. — Le trésorier ne peut effectuer aucun paiement que sur le vu d'un bordereau signé par les membres du Conseil d'Administration réunis en séance régulière, et transmis par le Secrétaire.

II

Article 4. — Le Conseil d'administration se réunit le jeudi de chaque semaine à 4 heures.

A chacune de ses séances,

Il prononce les admissions dont les dossiers en règle lui ont été transmis par le trésorier ;

Il enregistre les démissions et suspensions ;

Il prononce les radiations ;

Il délibère sur toutes les demandes d'intervention complètement instruites qui lui sont soumises par le Secrétaire général.

Toute affaire insuffisamment instruite est de droit renvoyée à une séance ultérieure.

Article 5. — Le Conseil a seul qualité pour prendre des engagements quelconques vis-à-vis des Sociétaires ou pour écarter leurs demandes.

Article 6. — Les termes des avis, conseils, instructions ou engagements décidés par le Conseil d'Administration sont inscrits, par le Secrétaire, au procès-verbal de la réunion.

Ces décisions sont, dès le lendemain, transmises au Sociétaire, par le secrétaire général.

Article 7. — Le Conseil ne peut accorder l'appui du « Sou médical » :

1° Pour une affaire née d'un fait antérieur à l'admission du Sociétaire ou correspondant à une période où le Sociétaire était placé dans l'état de suspension, à plus forte raison de démission ou de radiation ;

2° Pour litige de recouvrement d'honoraires, à moins que celui-ci n'offre un point d'intérêt général professionnel ou de jurisprudence à faire trancher ;

3° Pour la défense d'une convention particulière passée en opposition avec les principes généraux admis par les Syndicats médicaux et leur Union, tels que libre choix, suppression des monopoles, etc.

Article 8. — Le Conseil ne peut substituer l'appui pécuniaire du « Sou médical » à celui du Syndicat dont le Sociétaire fait partie, et qui, dans l'espèce, est obligé à l'acte de défense collective syndicale. Il a seulement le droit d'apporter dans

les frais de l'affaire une participation proportionnelle à la représentation du « Sou médical » dans le Syndicat, qui garde l'initiative et la responsabilité de la procédure.

ARTICLE 9. — Toute dépense faite en dérogation des articles 7 et 8 qui précèdent, et en raison de faits exceptionnels, devra être soumise à la ratification de l'Assemblée générale.

ARTICLE 10. — Le Conseil règle l'emploi des fonds secrets qui peuvent être mis à sa disposition par l'Assemblée générale. Il soumet ce compte spécial, accompagné des procès-verbaux justificatifs, à l'examen d'une commission spéciale nommée, chaque année, par l'Assemblée générale.

La Commission est tenue au secret ; elle propose simplement la ratification en bloc à l'Assemblée générale.

ARTICLE 11. — Le Conseil règle pareillement l'emploi des fonds qui pourraient être mis par l'Assemblée générale à sa disposition pour des questions d'intérêt général.

ARTICLE 12. — Les décisions à prendre en vertu des articles 10 et 11 qui précèdent ne peuvent être soumises qu'à des séances où assistent six membres au moins, dont le trésorier.

ARTICLE 13. — Le procès-verbal des réunions du Conseil d'administration est lu et approuvé au commencement de chaque séance. Un extrait en est publié dans un des prochains numéros du journal *Le Concours médical.*

III

ARTICLE 14. — Les Conseils judiciaires ne peuvent être saisis que par le Conseil d'administration.

Les Sociétaires, sauf le cas d'extrême urgence, doivent adresser au secrétaire général leurs demandes de consultations.

Les avis des conseils judiciaires sont exclusivement réservés aux membres du « Sou médical ».

IV

ARTICLE 15. — Tout membre qui réclame l'appui du « Sou médical » doit adresser la demande au secrétaire général, 23, rue de Dunkerque, Paris.

Il doit y joindre tous documents, toutes explications capables d'éclairer le Conseil et de lui permettre de prendre une décision en connaissance de cause.

Toute déclaration inexacte, toute réticence voulue entraînent pour le Sociétaire la déchéance de ses droits à l'appui du « Sou médical ».

ARTICLE 16. — La demande est instruite par le Secrétaire général et soumise, s'il y a lieu, au Conseil judiciaire, pour être examinée, dans sa séance hebdomadaire, par le Conseil d'administration qui statue.

Le Secrétaire général rappelle au Conseil si, aux termes des statuts, le Sociétaire a droit à l'appui pécuniaire du « Sou médical » et dans quelle mesure cet appui peut être accordé. Il suggère, en même temps, toutes propositions concernant le mode d'intervention du « Sou médical ».

ARTICLE 17. — Le Sociétaire a le devoir de tenir le Secrétaire général scrupuleusement au courant de la marche et des incidents de l'affaire et de lui envoyer au fur et à mesure :

1° Tous documents judiciaires, assignations, requêtes, jugements en original ou copie textuelle ;

2° Tous mémoires d'honoraires d'avocats, avoués, huissiers, etc., et pièces justificatives quelconques à l'appui de la demande de remboursements de frais qui ne peut être accueillie sans la production de ces pièces.

ARTICLE 18. — Tout membre qui agit contrairement aux avis et décisions du Conseil d'administration ou à son insu, renonce par cela même à faire valoir ses droits à l'appui du « Sou médical ».

ARTICLE 19. — Au cas où le Conseil aurait refusé l'appui du « Sou médical », le sociétaire n'a d'autre recours que devant l'Assemblée générale.

Il s'interdit formellement, par avance, toute réclamation de ce chef contre le « Sou médical » devant les Tribunaux.

III. — Projet de Modifications au règlement de la Caisse de garantie.

ARTICLE 5. — *Suppression des paragraphes 3 et 4 ci-après :*

3° Par les intérêts et revenus des sommes placées par elle ;

4° Par le versement annuel d'une pareille somme de deux francs par membre du « Sou médical » effectué par la Société propriétaire du journal le *Concours Médical.*

ARTICLE 6. — *Rédaction nouvelle :*

La Société civile du *Concours médical* met à la disposition de la Caisse un fonds de garantie de dix mille francs auquel il pourra être fait appel en cas d'insuffisance des ressources de la Caisse.

Les versements de ce fonds de garantie sont faits.....

La fin sans changement.

ARTICLE 7. — *Rédaction nouvelle :*

Les fonds versés à la Caisse de garantie ne peuvent faire l'objet de réclamations collectives ou individuelles de la part des membres du « Sou médical ».

ARTICLE 8. — *Paragraphe additionnel :*

Il est tenu un compte spécial des fonds de la Caisse de garantie qui, en aucun cas, ne peuvent être confondus avec les fonds de la caisse générale du « Sou médical ».

IV. — Accidents du travail

Expertises médicales

Ministère de la Justice.
—
Direction des Affaires civiles et du Sceau.
—
1er Bureau.
—
1244 B 83 19
—
Circulaire.
—
ACCIDENTS du TRAVAIL

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
—
Paris, le 25 juillet 1910.

Le garde des sceaux, Ministre de la justice, à Monsieur le premier Président près la Cour d'appel de...

Les ouvriers victimes d'accidents du travail qui n'ont pas obtenu des tribunaux la rente sur laquelle ils comptaient, sont portés à attribuer la responsabilité de leur échec au rapport du médecin, dont ils suspectent l'impartialité.

S'imaginant que les compagnies d'assurances exercent sur les experts une influence nuisible à leurs intérêts, ils m'ont demandé d'intervenir pour mettre un terme à certains errements qu'ils jugent regrettables. Or, les enquêtes que j'ai prescrites à ce sujet m'ont révélé que les expertises médicales en matière d'accidents du travail ne se pratiquaient pas toujours dans des conditions régulières et qu'elles pouvaient même, dans certains cas, donner lieu à des interprétations fâcheuses.

Il importe à la bonne administration de la justice que l'indépendance des médecins experts ne puisse être suspectée, ni leur autorité mise en doute. Je crois devoir appeler votre attention sur quelques points particuliers et vous tracer les règles qu'il convient de suivre en cette matière.

Je rappelle en premier lieu la règle formellement posée par l'article 17, paragraphe 4, de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 22 mars 1902 : l'expert commis par le juge de paix, par le tribunal ou par la cour, ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé, ni le médecin attaché à l'entreprise ou à la société à laquelle le chef d'entreprise est affilié.

La loi n'interdit pas, il est vrai, de commettre comme expert le médecin d'une autre compagnie d'assurances ; mais le cumul, il faut en convenir, n'en présente pas moins de réels inconvénients. L'homme de l'art apparaît, dans ce cas, aux yeux de l'ouvrier, comme n'ayant plus l'autorité suffisante ni l'impartialité nécessaire ; et c'est pour ce motif qu'au tribunal de la Seine, les médecins experts ont été invités à opter entre leur maintien sur la liste du tribunal et leurs fonctions de médecin d'une Société d'assurances ou d'un syndicat de garantie contre les accidents du travail.

Je ne verrais, pour ma part, quand le nombre des médecins le permettrait, que des avantages à ce que cette pratique, suivie par le tribunal de la Seine, fût généralisée, ou que, tout au moins, les médecins d'assurances inscrits sur la liste des experts ne fussent jamais commis dans les affaires d'accidents du travail.

Il m'a été signalé que l'expert aurait eu parfois connaissance de sa mission par la compagnie d'assurances et que celle-ci se serait même chargée de convoquer les parties en vue de l'expertise.

Cette manière de procéder, des plus critiquables, ne saurait être tolérée : elle donne à l'assureur un rôle qu'il ne doit jamais avoir et autorise toutes les suspicions.

L'expert doit être saisi directement par le greffier et il lui appartient seul de convoquer les intéressés.

Certains experts ont été soupçonnés également de s'être laissés influencer par les médecins de Compagnies d'assurances.

Il arrive, en effet, que des experts, retrouvant dans le médecin de l'assureur un ami, un camarade d'études, ou un ancien élève, ont avec lui un entretien particulier soit avant de commencer l'examen du blessé, soit au moment du départ de celui-ci. Si les conclusions du rapport ne sont pas ensuite telles que les escomptait la victime, celle-ci est portée à croire à une pression exercée sur l'expert, hors de sa présence, par le médecin de l'assureur.

Il faut éviter avec soin de donner prise à de pareils soupçons.

L'expert délégué par le juge doit agir comme le juge lui-même et se garder surtout de manifester à un confrère au service d'une Compagnie d'assurances, en présence du blessé, une camaraderie ou une familiarité qui risqueraient d'être mal interprétées.

J'ai appris aussi que plusieurs professeurs ou chefs de service, commis en qualité d'experts, recevaient à l'hôpital les blessés soumis à leur examen et les prenaient pour sujets de démonstration ou de leçon.

Certes, on ne peut faire grief à un médecin ou chirurgien de convoquer un blessé dans son cabinet à l'hôpital, plutôt que dans son salon de consultation à son domicile particulier : l'examen de la victime pourra souvent ainsi être plus commodément pratiqué. On comprend encore que l'expert se fasse assister de deux ou trois élèves qui prennent des notes sous sa dictée, en vue de la rédaction du rapport, manœuvrent les appareils ou procèdent sous sa direction à un examen radiographique, etc. Mais ce que l'on ne saurait admettre, c'est que les experts examinent, durant leurs cours, devant de nombreux auditeurs, les blessés soumis à l'expertise et fassent de celle-ci l'objet d'une conférence publique.

J'ai constaté enfin que des rapports d'experts avaient été rédigés hâtivement et sans aucune clarté. Or, ces défauts de forme sont souvent, pour l'ouvrier, l'indice d'un manque de soin et d'un examen superficiel.

Il serait cependant facile, il semble, d'éviter semblables critiques ; il suffirait de recommander aux experts de rédiger leurs rapports avec précision et dans une forme convenable et de ne plus désigner ceux qui feraient preuve de négligence à cet égard.

Je vous prie de vouloir bien appeler et faire

✦✦

appeler sur les observations qui précèdent l'attention de MM. les Présidents des tribunaux civils et de MM. les juges de Paix de votre ressort. Ces observations seront, par les soins des magistrats, portées à la connaissance des médecins experts commis dans les affaires d'accidents du travail, et je suis persuadé qu'il aura suffi de signaler ces irrégularités pour qu'elles ne se reproduisent plus à l'avenir.

Je désire que vous m'accusiez réception de la présente circulaire dont vous trouverez, sous ce pli, des exemplaires pour chacun des présidents des tribunaux civils et des juges de paix de votre ressort.

Le garde des sceaux, Ministre de la justice.
Louis BARTHOU.

Pour ampliation, le conseiller d'Etat, Directeur des affaires civiles et du sceau.
Maurice DELIGNE.

Rapport du Trésorier.

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du « Sou médical » pour l'année 1909.

Le nombre des membres qui, pendant cette dernière année, ont cotisé régulièrement, s'élève à 1455. La progression, que je vous signalais les années précédentes, a continué, ce qui est d'un bon augure et est pleinement justifiée par la prospérité de l'œuvre et les innombrables services qu'elle rend chaque année.

Recettes.

Les recettes se sont élevées à 29.548 fr. 96, à savoir :

Cotisations	28.038 »	
Intérêts	966 06	
Dons	334 60	
Recouvrements	183 »	
Remboursements	20 »	
Divers	7 30	
Total égal	29.548 96	

Dépenses.

Les dépenses, par contre, se sont élevées à 28.989 fr. 30, savoir :

Administration :		
Poste	294.70	
Timbres-quittances	63.40	
Recouvrements et rapports	128 »	
Frais de bureau	750 »	
Frais de Trésorerie	8.55	
Matériel	65.30	
Impressions	351.50	
Divers	165.30	1.826 75
Secrétariat général		2.650 »
Service des accidents du travail		3.200 »
Services judiciaires		14.739 40
Indemnités de déplacement pour réunions hebdomadaires		1.200 »
Frais de défense professionnelle		1.257.85
Frais de propagande		273 15
Dépenses sur fonds secrets		932.15
		26.079 30
Versement à la Caisse de responsabilité civile		2.910 »»
		28.989 30

Vous voyez que nous ne capitalisons pas et que maintenant nos dépenses absorbent la presque totalité de nos recettes.

Vous remarquerez que les dépenses ont été groupées d'une façon plus rationnelle par le Conseil d'administration : dépenses d'administration, d'une part, et, d'autre part, dépenses pour services divers comprenant tout ce qui en ressort réellement.

Balance des Comptes.

Si au total des recettes de 1909		29.548 96
on ajoute les espèces restant à la caisse générale du 31 décembre 1898		10.636 37
On trouve		40.185 33
Et si l'on retranche les dépenses de 1909		28.989 30
Il reste		11.196 03
Représentés par :		
Valeurs en portefeuille	6.207 75	
Espèces	4.988 28	
Total égal		11.196 03

Caisse de garantie

La Caisse de garantie au 31 décembre 1908 possédait		26.668 »
Il lui a été versé pour 1455 cotisations		2.910 »
Elle possède au 31 décembre 1909		29.578 »
représentés par :		
Valeurs au prix d'achat	22.234 40	
Espèces à la Société générale	7.343 60	
Total égal		29.578 »»

Le portefeuille de la Caisse de garantie comprend :

10 obligations chemin de fer de l'Ouest nouvelles	4.597 10
10 obligations gouvernement général de Madagascar	4.637 50
20 obligations chemin de fer de l'Ouest Algérien	8.600 »
10 obligations chemin de fer du Dauphiné	4.399 80
Total	22.234 40

Avoir total du « Sou médical » au 31 décembre 1909.

1° Caisse générale :		
Valeurs formant réserve de liquidation éventuelle, 15 obligations chemin de fer P.L.M. 2.5 %	6.207 75	
Espèces	4.988 28	11.196 03
2° Caisse de garantie		29.578
Total		40.774 03

Vous voyez, Messieurs, que la situation du « Sou médical » est des plus prospères et lui permet de faire face à toutes les nécessités statutaires.

Le Conseil d'administration vous demande de vouloir bien approuver ces comptes d'une manière définitive.

Le Trésorier :
Dr A. GASSOT.

PROPOS DU JOUR

La création d'un Institut de médecine légale. — Nécessité d'un enseignement pratique. — Encore les experts.

Tout vient à temps à qui sait attendre. Mais avouons qu'en France il faut attendre parfois très longtemps.

A la séance de la Chambre des députés du 27 octobre 1910, M. Doumergue, ministre de l'Instruction publique, a fait ratifier un contrat passé entre l'Etat et la Ville de Paris pour la construction d'un Institut de médecine légale, destiné à remplacer les locaux honteusement insuffisants de la Morgue. Cette création urgente donne satisfaction à des réclamations qui n'ont cessé de se renouveler depuis *trente-trois ans*.

Ce fut en effet en juillet 1877, à la demande de Brouardel, chargé du cours de médecine légale comme suppléant le Prof. Tardieu, que le Préfet de police, après avis du ministre de l'Instruction Publique, prit un arrêté autorisant l'établissement à la Morgue de conférences de médecine légale deux fois par semaine. Des précautions infinies avaient été prises à ce sujet; quelques étudiants et quelques médecins, futurs légistes, purent à dater de ce jour, voir de loin pratiquer une autopsie médico-légale.

Ce fut le 9 janvier 1878 qu'eut lieu à la Morgue la première conférence pratique de Brouardel en présence des deux sommités de la médecine légale d'alors : Tardieu et Devergie.

Dès cette époque, l'on se plut à regretter l'exiguïté et l'incommodité du local, l'absence de laboratoire, le manque absolu des ressources les plus élémentaires pour faire de sérieuses études pratiques. Les conférences eurent néanmoins un réel succès, nous les suivîmes à notre tour, le talent de Brouardel suppléait à tout. Mais chaque année, lors de l'ouverture des cours, Brouardel et quelques membres de la presse médicale déploraient les conditions matérielles où l'on se trouvait à la Morgue. Nous aussi dans le *Progrès médical*, nous reprîmes ce *leit motiv*, montrant l'infériorité honteuse où nous nous trouvions comparativement à l'Etranger.

Brouardel est mort sans voir exaucer ses vœux les plus chers et d'ici quelques années, l'on pourra sans doute enseigner convenablement la médecine légale à la Faculté de Paris.

S'il est cependant une science médicale où un enseignement pratique devient indispensable, c'est bien la médecine légale. Tous les médecins sont appelés à faire une autopsie judiciaire et combien sont en mesure de la faire convenablement avec l'enseignement actuel ? Il est parfois, chez de soi-disant légistes de profession, des procédés qui font frémir quand on songe que la vie et l'honneur d'inculpés peuvent en dépendre. Nous avons été témoins il y a quelque vingt ans, en province, du fait suivant qui, à lui seul, suffira pour indiquer la gravité de la question.

Dans une grande ville où la justice était assistée par un *médecin légiste*, un individu fut trouvé mort, la tête en sang, dans l'escalier d'une maison publique. Y avait-il crime ? Y avait-il accident ? Le cadavre fut transporté dans le local servant de Morgue et le médecin légiste (mort depuis) procéda à l'autopsie. Après un court examen et après avoir décollé le cuir chevelu, ce singulier légiste *brisa à coups de marteau le crâne*. L'enquête, heureusement, plus que l'autopsie, établit que la fracture du crâne, cause de la mort du malheureux, était bien due à un accident. Que fût-il arrivé s'il y avait eu des inculpés et de sérieuses présomptions d'assassinat ? Quelle autorité aurait pu avoir la parole de l'expert assurant que le décès était causé par la fracture d'un crâne qu'à grands coups de marteau il avait lui-même brisé ?

***

Puisque nous sommes sur le chapitre de la prudence en médecine légale, abordons rapidement la question plus que délicate du rôle des experts.

Nous avouons, pour notre part, avec les seules lumières de notre bon sens et de notre conscience, n'avoir jamais compris la façon de procéder des trois quarts de nos maîtres en matière d'expertises.

Il nous semble que des hommes de valeur, hautement estimés, ayant fait leurs preuves, ne devraient pas hésiter à avouer que, dans certains cas, ils ne sauraient conclure et dire franchement aux magistrats que le diagnostic d'une maladie actuelle étant chose délicate et sujette à de multiples erreurs, il n'est pas admissible qu'on puisse poser dans une affaire médico-légale un diagnostic rétrospectif.

Le magistrat pourrait regretter l'insuffisance de la médecine, mais il serait forcé de s'incliner devant la haute conscience des médecins légistes et des experts.

Mais il est loin d'en être ainsi : le plus souvent les experts se lancent dans le domaine de l'hypothèse et se trouvent là dans une région où ils peuvent aller fort loin. S'agit-il d'un procès en responsabilité médicale, ils font, un an après, le diagnostic rétrospectif, discutent les probabilités de l'opportunité de tel ou tel traitement et concluent avec des réticences, destinées sans doute dans leur esprit à fournir à un bon avocat le moyen de faire acquitter le confrère poursuivi.

A nos yeux, ces procédés sont déplorables. Nous l'avons dit : en matière d'expertise criminelle ou autre, le médecin expert cesse d'être un confrère, il est un auxiliaire de la justice, il a prêté serment et il doit dire la vérité, tout ce qu'il croit être la vérité, mais rien que la vérité ! Il n'est pas chargé pour seconder un juge instructeur de l'habiller, cette vérité, ou de l'entourer d'une escorte de possibilités.

En agissant ainsi avec une scrupuleuse conscience, il rendra plus service à l'inculpé si ce dernier est excusable, qu'en faisant, dans un rapport favorablement tendancieux, mais bourré d'hypothèses, l'étalage d'une science contestable dont on ne lui demande pas, du reste, de donner la preuve.

J. Noir.

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

Le « 606 » et les progrès récents en syphilithérapie,

Par le Dr A. Darier.

De nombreux travaux parus dans ces derniers temps, en Allemagne surtout, il résulte que :

Trois découvertes importantes sont la base de la thérapeutique moderne de la syphilis : 1° la découverte du spirochète de Schaudinn et Hoffmann.

2° La découverte, par Metchnikoff et Roux, de la possibilité de l'inoculation de la syphilis aux singes, qui a permis enfin une expérimentation pathologique et thérapeutique des plus précieuse et étendue bientôt au lapin lui-même ;

3° Enfin, la découverte du sérodiagnostic de la syphilis par Wassermann en collaboration avec Neisser et Bruck, qui est bien, pour le médecin, la découverte la plus importante, parce que la plus pratique, bien qu'il faille faire examiner le sang dans des laboratoires spéciaux.

Aussi bien cliniquement qu'expérimentalement, il est prouvé aujourd'hui que la syphilis ne guérit pas en général spontanément. Toute syphilis doit donc être soignée. Elle n'engendre pas l'immunité, elle doit donc être soumise à une chimiothérapie méthodique qui nous est rendue plus facile aujourd'hui grâce aux moyens de diagnostic et de contrôle, dont nous venons de parler.

Il faut traiter la syphilis le plus tôt possible, le succès ne sera que plus sûr. Le fait a été prouvé pour toutes les spirilloses et les trypanosomiases : si la maladie est prise au début, il faut des doses bien moindres pour rendre négatif le séro-diagnostic, tandis que ce résultat n'est que très difficilement atteint si la maladie est déjà très avancée. Le fait a été prouvé chez de nombreux syphilitiques.

Toutes ces découvertes récentes ont jeté un jour nouveau sur le mode d'action des agents thérapeutiques antisyphilitiques et nous ont permis d'en expérimenter d'autres.

a) Neisser a pu prouver que le *mercure* est vraiment un agent efficace de destruction du spirochète dans tous les tissus où on le rencontre non seulement pendant les périodes aiguës de la maladie, mais aussi pendant les périodes de latence.

b) Les *préparations iodées* ont une action beaucoup moins marquée sur le spirochète.

c) Le plus important progrès thérapeutique est la découverte du fait que les préparations organiques d'arsenic ont une action spécifique contre la syphilis. C'est Uhlenhut qui, le premier, montra que l'atoxyl a une action curative marquée sur la spirillose des poules, puis sur la syphilis, avec Hoffmann.

Mais, c'est à Ehrlich qu'est due la création méthodique de la thérapeutique arsénicale.

Le premier, il reconnut la différence primordiale des préparations saturées à 5 valences, avec celles non saturées avec 3 valences qui ont une action thérapeutique plus puissante.

Le premier, il remarqua quelle importance il y a de combiner certains groupements chimiques avec l'arsenic trivalent, et ainsi par des observations innombrables sur les trypanosomiases et les spirilloses, il posa les bases d'une chimiothérapie scientifique, qui nous permettra de chercher synthétiquement des préparations adéquates au but thérapeutique cherché.

En pratique, il ne faut pas perdre de vue que la syphilis ne guérit presque jamais spontanément, qu'elle revêt facilement une évolution lente, chronique, avec périodes de latence et de métastases dans les organes les plus variés.

Donc, une médication préventive et abortive serait le premier desideratum thérapeutique, la *therapia sterilisans magna* d'Ehrlich, qu'il faut chercher à obtenir le plus promptement possible, car : 1° dans bien des cas, on a pu constater chez le singe que, déjà bien avant l'apparition de la lésion primaire au niveau du point d'inoculation, il y a déjà eu généralisation.

2° Toutes les expériences thérapeutiques ont prouvé, aussi bien pour la syphilis animale que pour les trypanosomiases ou les spirilloses, le traitement abortif est plus facilement suivi de guérison que le traitement institué lorsque l'on intervient qu'alors que les lésions sont déjà avancées.

Quels sont les moyens les plus appropriés pour une médication préventive ou abortive ?

1° Metchnikoff a vanté les frictions locales sur le lieu d'inoculation avec une pommade au calomel à 33 %, Neisser et Siébert préfèrent comme plus active une pommade au sublimé.

2° L'excision ou la destruction sur place de la lésion primaire. Les résultats jusqu'ici n'ont pas été bien brillants ; néanmoins, en bonne pratique, toutes les fois que la destruction du chancre paraît facile, il est prudent de se débarrasser de ce foyer important de généralisation des germes infectieux.

3° Les injections locales de solutions bactéricides, poursuivies le long du trajet lymphatiques auraient donné de bons résultats (Hallopeau).

4° Mais la plus importante et la plus sûre de toutes les méthodes est le traitement général intensif. Le mercure a fait ses preuves, soit en frictions, soit mieux encore en injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses.

Enfin, un progrès très marqué a été fait par Uhlenhut quand il a découvert l'action spécifique des préparations arsenicales organiques sur toutes les infections spirillaires.

Mais il faut abandonner les préparations du groupe *atoxyl*, ainsi que l'*arsacétine*, etc., etc., qui, nécessitent l'emploi de doses élevées et risquent d'entrainer des atrophies du nerf optique.

Il en est tout autrement avec le dioxydiamidoarsénobenzol (Hata, 606), qui est d'une toxicité beaucoup moindre et qui a une action bactéricide puissante sur le spirochète, beaucoup plus rapide et plus intense que le mercure : non seulement il détruit ou annihile (pour un temps tout au moins), le virus syphilitique, mais il provoque l'apparition dans le sang et dans les tissus d'anticorps qui ajoutent encore à son action curative.

Duhot et Taege ont cité deux cas de nourrissons hérédo-syphilitiques qui guérirent en prenant le lait de leur mère qui venait d'être soumise à un traitement par le 606. Ces faits ont été confirmées par Raubistchek et Dabrowicz.

Grouven a réussi à enrayer une syphilide locale durant depuis 6 mois, chez un lapin, en lui injectant du sérum d'un syphilitique traité par l'arsénobenzol.

Marinesco, Plaut, Scholtz, Nichachi ont pu constater que le sérum de malades traités par le 606 avait une action curative sur les manifestations syphilitiques, surtout chez le nouveau-né.

Un fait capital, en faveur du 606, est que dans 90 % des cas traités, la réaction de Wassermann devient négative.

Il est vrai que, dans quelques cas, elle peut, après un certain temps redevenir positive, ce qui prouve tout simplement que tous les spirochètes n'ont pas été détruits, la dose du médicament ayant été insuffisante.

Il faut donc rechercher à plusieurs reprises cette réaction pour compléter le traitement, s'il y a lieu.

L'arséno-benzol est d'une administration assez difficile, il est très peu soluble et doit être injecté dans une quantité assez considérable de liquide de 20 à 200 centimètres cubes. Ces injections provoquent des douleurs assez vives qui peuvent durer plusieurs jours ; elles provoquent aussi parfois une réaction fébrile marquée, qu'Ehrlich attribue à la mise en liberté d'endotoxines provenant des spirochètes tués.

Il est évident qu'un agent qui a dans l'organisme une action destructive si puissante doit avoir une répercussion sur les éléments anatomiques eux-mêmes ; aussi devait-on s'attendre à quelques accidents mortels (on en a relevé environ 1 sur 1000 cas traités) ; mais, toujours, ces cas ont été relatifs à des malades cachectiques ou atteints d'affections graves des centres nerveux du cœur ou des poumons.

Il en est de même pour le chloroforme qui sur 50.000 soldats n'amènera pas un cas de mort, tandis que sur les malades des hôpitaux, on note un cas de mort sur 2.000 et, chez les cardiaques, un à 2 %.

Il s'agit donc de bien choisir ses sujets, d'éviter de traiter par le 606 les sujets cachectiques, ceux atteints de maladies graves du cœur et des vaisseaux, les suspects de tuberculose à cause des hémoptysies, ceux avec lésions sérieuses des centres nerveux, paralytiques généraux ou tabétiques très avancés.

Quant aux complications oculaires (atrophies du nerf optique) que l'on observe après les traitements arsenicaux à hautes doses, il n'y en a encore jamais eu après le 606, il est vrai que jusqu'ici les plus fortes doses n'ont pas dépassé un gramme, tandis qu'avec l'atoxyl, l'arsacétine, etc., on allait jusqu'à plusieurs grammes.

Bref, aujourd'hui, la période des tâtonnements paraît close, avec une expérience de 14.000 observations environ et tous les auteurs à peu près sans exception, même ceux qui ont enregistré des cas de mort, sont d'avis que la découverte d'Ehrlich constitue une conquête thérapeutique importante, dont les effets sont plus rapides et plus marqués que ceux obtenus par les médications classiques.

Le 606 rendra de grands services dans les cas où le mercure n'est pas toléré ou qui résistent à son action, dans les syphilis ulcéreuses graves,

etc. Il sera d'une grande utilité dans les cas où il s'agit de faire avorter promptement un accident primaire ou secondaire, pouvant entraîner la contagion dans un ménage, etc.

Même, si la guérison n'était pas définitive, ni même aussi durable qu'on l'espère, le 606 aurait fait faire un grand progrès à la thérapeutique et à la prophylaxie de la syphilis.

Mais, quoi qu'en disent les optimistes, pendant quelques années encore, il ne faudra que se fier à demi aux guérisons qui pourraient bien n'être qu'apparentes. Il faudra donc, en présence de tout accident syphilitique, faire d'abord un traitement abortif intensif par l'arsénobenzol en prenant garde aux contre-indications énumérées plus haut.

Puis au bout d'un mois environ, consolider la cure par une série d'injections mercurielles, après quoi, on surveillera son malade, en faisant tous les 3 ou 6 mois le séro-diagnostic de Wassermann.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le Formol en Thérapeutique externe

Si l'aldéhyde formique administrée à l'intérieur sous forme de formiate de soude ne paraît pas avoir réalisé un énorme progrès dans la thérapeutique du rhumatisme chronique et de l'asthénie musculaire des convalescences, en revanche, sous forme de solution à 40 p. 100 ou plus exactement à 35 p. 100, l'aldéhyde formique, dénommée alors formol ou formaline, rend de très grands services en thérapeutique externe.

MM. Hallopeau et Fumouze ont récemment relaté les bons effets de l'emploi du formol précédé d'une application de novocaïne à 1 p. 100, sur de petits épithéliomes ulcérés de la face.

M. Lafay signale dans *la Clinique* la méthode employée par M. Moredith Fowel : l'auteur recommande une solution diluée, dont le titre ne dépasse pas 2 p. 100, soit 20 grammes seulement de formol du commerce par litre d'eau distillée. Le liquide ainsi obtenu amène la mortification et l'élimination de toutes les masses néoplasiques, sans exercer la moindre action destructive, ni même irritante, sur les tissus sains et, considération qui a son importance, sans provoquer de douleurs.

« Le mode d'emploi est des plus simples : on imbibe de la solution à 2 p. 100 une compresse de tarlatane fine et souple, qu'on place sur la tumeur ; on recouvre d'une étoffe imperméable, puis d'une couche de coton, et on maintient au moyen d'une bande. Cette application est renouvelée toutes les six heures.

« Après le troisième ou le quatrième pansement, l'écoulement fétide disparaît; et, au bout d'une période de temps variant entre trois et sept jours, la tumeur perd son élasticité, se parchemine, se dessèche, noircit, devient friable et indolore, et les tissus morbides commencent à s'éliminer. On se borne alors à l'usage d'un simple pansement aseptique humide : eau boriquée, eau stérilisée simple, sérum physiologique, etc. Pour faciliter l'élimination des masses nécrosées, on sectionne aux ciseaux, s'il est nécessaire, les travées conjonctives.

« Bien que les applications de solution de formol soient indolores, on peut toujours, sans inconvénient, les faire précéder de badigeonnages, ou mieux de pulvérisations à la novocaïne au centième, pure ou additionnée d'adrénaline, à raison de 1 ou 2 gouttes de solution d'adrénaline au millième par centimètre cube de solution anesthésique.

« La médication formolée présente d'autres indications, notamment dans le traitement des hydatides, du carcinome, de l'érysipèle, de l'ozène, de la carie dentaire, de l'empyème du sinus maxillaire, de l'hyperidrose plantaire, dans la cure des verrues et autres tumeurs cutanées.

« A cette nomenclature, nous devons ajouter encore une application du *formol* d'autant plus intéressante à rappeler qu'elle a trait à une affection essentiellement tenace et facilement récidivante : les *aphtes*.

« Contre ces gênantes ulcérations de la muqueuse gingivo-bucco-linguale, on a eu recours aux topiques les plus variés : jus de citron, acide salicylique, teinture d'iode, borate de soude, chlorate de potasse, nitrate d'argent, etc. Récemment, M. Dessirier (de Lyon) a songé à utiliser le formol du commerce en solution concentrée à 40 p. 100, et a retiré de cet emploi les meilleurs résultats. Il imprègne de formol un très petit tampon d'ouate hydrophile avec lequel il déterge soigneusement l'ulcération. Lors de cette première application, la douleur, généralement assez vive, consiste en une forte cuisson qui dure quelques secondes. On peut la prévenir en faisant au préalable un sérieux badigeonnage à la cocaïne, à la stovaïne, à la novocaïne, etc. Les attouchements suivants sont absolument indolores ; bien plus, le formol produit rapidement des effets anesthésiques tels que les mouvements nécessités par la mastication ou la parole cessent d'être pénibles. Il suffit de quelques applications pour que l'aphte perde son caractère atone et disparaisse.

« Si l'odeur ou la saveur du médicament déplaisent au malade, on peut l'aromatiser à son gré en mélangeant au formol quelques gouttes d'alcool de menthe ou d'éther amylacétique, par exemple. »

La solution de formol doit être titrée à 35 p. 100 ; il faut éviter certaines associations médicamenteuses : l'aldéhyde formique réduit à chaud la solution cupro-alcaline, et, à froid, le nitrate d'argent ammoniacal. L'eau oxygénée, surtout en milieu alcalin, oxyde le formol en donnant de l'acide formique irritant pour les tissus.

Pour assurer la *conservation* du soluté officinal de formaldéhyde, les flacons qui le contiennent doivent être très bien bouchés et tenus dans un endroit frais.

C'est un produit légèrement toxique, qui n'est

NUCLÉATOL ROBIN

GRANULÉ
(Nucléophosphate de Chaux et de Soude) d'origine végétale.

RACHITISME, CACHEXIE, LYMPHATISME, BRONCHITE CHRONIQUE, CONVALESCENCE, SCROFULE, DÉBILITÉ, NEURASTHÉNIE, ETC.
DOSE : 4 à 6 cuillères-mesures chez l'adulte par 24 heures et 2 à 3 pour Enfants et Vieillards.

INJECTABLE
(Nucléophosphate de Soude chimiquement pur)

EXALTE LA PHAGOCYTOSE. Employé préventivement dans les opérations chirurgicales.
DÉFERVESCENCE DANS LES FIÈVRES INFECTIEUSES, PUERPÉRALES, ÉRESYPALES, TYPHOÏDES SCARLATINES, ETC.
ABAISSE LA TEMPÉRATURE EN QUELQUES HEURES.
DOSE : 1 ou 2 injections suivant les cas dans les 24 heures.

NUCLÉARSITOL ROBIN

ANTI-TUBERCULEUX, PUISSANT RECONSTITUANT (NUCLÉATOL MÉTHYLARSINÉ)

COMPRIMÉS
DOSE : 2 à 3 comprimés deux fois par jour aux deux principaux repas, ce qui fait de 0.04 à 0.06 centigrammes de méthylarsinate sodique par jour.

MÉDICATION NUCLÉOPHOSPHATÉE ARSENICALE
NUCLÉOPHOSPHATES de CHAUX et de SOUDE MÉTHYLARSINÉS

INJECTABLE
DOSE : 1 ou 2 injections suivant les cas, dans les 24 heures.

TUBERCULOSE, FIÈVRES PALUDÉENNES, CACHEXIE DES PAYS CHAUDS, LYMPHATISME, SCROFULE, ETC.

VENTE EN GROS : *13, RUE DE POISSY, PARIS.* — DÉTAIL : *PRINCIPALES PHARMACIES.*

LES ÉNERGÉTÈNES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiquement et Physiologiquement titrés



SUCS DE VALÉRIANE·SAUGE·DIGITALE·GENET·MUGUET·COLCHIQUE

Chaque flacon 3'50 LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE & GENTILLY (Seine)

LES ÉNERGÉTÈNES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiquement et Physiologiquement titrés



SUCS DE VALÉRIANE. SAUGE. GUI. GENET. MUGUET. COLCHIQUE

Chaque flacon 3'50. LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE & GENTILLY (Seine)

Traitement de la TUBERCULOSE

par la RECALCIFICATION

RACHITISME ❖ SCROFULOSE ❖ CROISSANCE

Disparition rapide de la Toux, des Crachats, des Sueurs Nocturnes chez les Tuberculeux.



4 fr. **50** le flacon pour 30 jours de Traitement.

Réduction de 50 0/0 aux Médecins-Pharmaciens.

à base de sels calciques rendus assimilables

Sur demande, envoi de la Littérature

Laboratoire des « PRODUITS SCIENTIA »

42, rue Blanche, PARIS.

Correspondance hebdomadaire.
(Suite).

—

que la caisse des retraites se substitue dans le cas qui me concerne au patron insolvable pour payer la pension, la caisse des retraites devra également remplacer le patron (attendu qu'à ce moment-là, le jugement du juge de paix sera rendu) pour régler mes honoraires médico - pharmaceutiques. Il suffira simplement que l'ouvrier, il me semble, présente ma note acquittée pour qu'elle lui soit remboursée. En tous cas j'aurai un jugement contre l'ouvrier pour me faire régler.

Vous voudrez bien, mon cher confrère, me dire et m'écrire le plus tôt possible ce que vous en pensez :

1° Ai-je agi comme il convenait de faire ?...

2° La caisse des retraites remboursera-t-elle à l'ouvrier les frais médico-pharmaceutiques déjà payés par lui, puisque l'ouvrier sera condamné à me payer dans le jugement que je vais tirer contre lui ?

Réponse. La garantie de la Caisse des Retraites en cas d'insolvabilité du patron d'un blessé du travail ne s'applique qu'aux *indemnités* mises à la charge du patron à la suite d'accidents ayant occasionné la mort ou une incapacité per-

Suite page XII.

Affections de la GORGE et des Voies Respiratoires.
Maladies et Hygiène de la Bouche et des Dents.

TABLETTES 1 fr. 75 la boîte. **OXYMENTHOL PERRAUDIN**

à base d'**OXYGÈNE** à l'état **NAISSANT**

de Menthol, faiblement dosé, de Cocastovaïne, de Benzoate de Soude, et d'Extraits végétaux d'un goût agréable.

Souveraines contre Toux, Grippes, Laryngites, Pharyngites, Asthme, Emphysème.

DOSE : 6 A 10 TABLETTES PAR JOUR.

Echantil. gratis sur demande : Phie **PERRARDIN, 70, rue Legendre, Paris.**

ALIMENTATION DES MALADES ET DES CONVALESCENTS
PAR LES FARINES DE CÉRÉALES ET DE LÉGUMINEUSES DIASTASÉES :

HORDÉOMALTINE

Aliment d'épargne préparé d'après les recherches cliniques et biologiques du Dr IMBERT, chef de Laboratoire à la Faculté de Lyon. Méthode rationnelle de minéralisation et de récalcification par les phosphates organiques naturels des végétaux, seuls assimilés par l'organisme à l'aide des ferments normaux et des diastases associées : Prix 2,50. — Laboratoire de Recherches cliniques, à Champagne-au-Mont-d'Or (Rhône).
Dépôt général de la BACTÉRIOLYSINE du Professeur MARAGLIANO, (Sérum antituberculeux).



LE THERMOGÈNE

OUATE RÉVULSIVE ET RÉSOLUTIVE

contre les **Douleurs** et **Rhumatismes**, les **Lumbagos** et **Torticolis**, les **Points de côté** et **Névralgies**, les **Rhumes** et **Bronchites**.

Le **Thermogène**, à tous points de vue, est supérieur à la Teinture d'iode, l'Huile de Croton, les emplâtres, etc., qui tachent la peau ou provoquent des démangeaisons insupportables.

Le **Thermogène** est à la fois le remède le plus actif et le plus simple. Son application ne dérange aucune habitude et permet de vaquer à ses occupations.

Si l'on veut une réaction prompte et énergique, on aspergera la ouille d'ouate soit de vinaigre, soit d'un peu d'eau tiède salée.

Le **Thermogène** n'entrave en rien le régime prescrit ou à prescrire par le médecin. — **1.50** dans toutes les pharmacies.

ni dangereux, ni inoffensif et que l'on doit manier avec prudence.

L'abcès tuberculeux du cerveau

L'abcès du cerveau à bacilles de Koch est une affection rare.

Il peut se montrer, aussi bien chez des sujets n'ayant présenté auparavant aucun symptôme morbide, que chez des gens porteurs de lésions tuberculeuses constituées.

Dans une récente thèse, M. le Dr Demonchy a étudié cette importante question.

Il constate, tout d'abord, que l'abcès tuberculeux du cerveau peut coexister avec la méningite tuberculeuse ou être isolé.

Anatomiquement, il est constitué par une collection purulente, de pus jaune ou jaune verdâtre, bien lié, en tout semblable à celui des abcès causés par des pyogènes vulgaires. Les lésions histologiques sont aussi celles des inflammations aiguës banales. Abondance des polynucléaires plus ou moins altérés dans leur structure (globules de pus) mélangés de lymphocytes, de macrophages, de mononucléaires divers. Le processus de nécrose est très intense, l'atteinte des vaisseaux lésés dans leurs parois et thrombosés est particulièrement accentuée. Le fait le plus remarquable est l'absence complète de cellules géantes et de follicules tuberculeux.

Ces abcès contiennent le bacille de Koch en quantité extraordinairement abondante.

Cliniquement, le début peut être annoncé par une légère élévation thermique, mais l'évolution est en général apyrétique, ce qui fait que le diagnostic se pose surtout avec les tumeurs cérébrales. Le syndrome d'hypertension intra-crânienne n'est souvent pas complètement constitué, la stase papillaire, par exemple, peut manquer, ainsi que les vomissements et même la céphalée.

Les signes de lésions en foyer sont variables suivant le siège. Un caractère important paraît être la variabilité des symptômes, des paralysies notamment (hémiplégie oscillante).

L'évolution, qui se termine par la mort, se fait en un mois à peu près, le coma s'installant après les progrès de la somnolence et de la torpeur.

La ponction lombaire donne des résultats négatifs.

L'abcès tuberculeux du cerveau est un exemple de tuberculose atypique, de caractère phlegmasique, à lésions non folliculaires.

Le varicocèle

M. Dellinger-Barney a fait dans le *Boston med. and surg. Journal* une étude de l'étiologie et du traitement chirurgical du varicocèle (analysée par la *Gaz. des Hôpitaux*).

Il rejette absolument toutes les théories étiologiques mécaniques. Il considère plutôt comme probable l'origine congénitale ou tout au moins une prédisposition congénitale et un trouble de croissance.

On note parfois la présence d'autres anomalies congénitales, et certains cas datent réellement de la naissance. Sur les autres cas, la majorité est venue à l'hôpital entre quinze et trente ans avec un maximum très net entre vingt et vingt-cinq ans.

Or, l'affection avait débuté, en général, de un an à dix ans auparavant, avec une moyenne de cinq ans ; si bien que l'époque habituelle du début de l'affection est entre quinze et vingt ans, ce qui cadre bien avec l'idée d'une affection de l'évolution de la croissance. Ce qui corrobore encore ce fait, c'est la fréquence de l'atrophie du testicule correspondant. Il ne s'agit pas là d'une atrophie testiculaire vraie, mais bien d'un arrêt de développement de l'organe par suite des troubles causés à cet âge par le développement du varicocèle.

Les résultats opératoires éloignés (plusieurs années après l'opération) n'ont pu être constatés que dans 39 cas, mais sont fort instructifs. L'opération a été la dissection et l'ablation par une incision haute ou basse des veines, en ménageant l'artère spermatique et les vaisseaux déférents.

36 p. 100 des cas continuent à présenter à un degré plus ou moins grand les douleurs pour lesquelles ils ont été opérés. 27 p. 100 présentent de l'hypochondrie sexuelle. Barney n'a pu en général savoir si le testicule s'était modifié de volume ; c'est seulement sur les 12 cas opérés par lui qu'il a constaté qu'aucune atrophie de croissance n'avait eu lieu.

Enfin dans 15 p. 100 des cas, il y a eu récidive du varicocèle.

Ces résultats sont peu brillants et confirment l'auteur dans l'idée que la cure chirurgicale du varicocèle est avantageusement complétée par un traitement psychique souvent indispensable.

Traitement de l'acné vulgaire

Notre confrère, M. le Dr Galand, de Cambrai, a fait, dans l'*Echo médical du Nord*, une étude des diverses formes d'acné et de leur traitement.

Nous citerons, spécialement ses conseils sur l'acné vulgaire. Il faut penser, avant d'établir le traitement, à instaurer le régime, et pour cela, on s'inspirera des causes probables qui ont pu causer l'éruption : hérédité, tempérament, troubles fonctionnels. Chez les dyspeptiques, on s'efforcera de faciliter la digestion, d'éviter l'ectasie gastrique, de rétablir le bon fonctionnement de l'intestin. On évitera, dans ce but, les boissons trop copieuses, l'excès de viandes et de graisses, l'usage d'aliments trop condimentés, crus ou fermentescibles. Aux lymphatiques, on administrera les meilleures préparations iodées et ferrugineuses ; aux strumeux, on conseillera l'huile de foie de morue ; aux arthritiques, les alcalins et l'usage des eaux minérales bicarbonatées et arsenicales.

En ce qui concerne le traitement, il y a lieu de considérer l'endroit où se manifeste l'acné.

D'une façon générale, les intéressés auront soin de laver et d'antiseptiser rigoureusement la peau. Pour cela, ils procéderont, chaque matin, à un grand lavage à l'eau bouillie chaude contenant, par litre : 30 gr. d'acide borique et 30 gr. de bicarbonate de soude. Ils s'essuieront avec un linge sec, bien propre, et à l'aide de bourdonnets de coton hydrophile imprégnés de la solution suivante :

Alcoolat de Cologne.....	150 gr.
Résorcine.....	ââ 5 gr.
Soufre lavé.....	

ils feront une application légère sur les parties atteintes.

Le soir, si la peau est irritée, ils enduiront les mêmes parties d'un glycérolé d'amidon boriqué.

Telle est notre pratique courante, dans la forme simple, non inflammatoire. Mais il existe d'autres formules.

Voici celle de Brocq :

2° S'abstenir de café, café au lait, thé, liqueurs, alcools, vin, charcuterie, poissons, coquilles, crustacés, gibier, truffes, pâtés, fromages, aliments épicés, oseille, tomates, crudités ; modérer le beurre.

2° Au commencement des repas, un des cachets suivants :

Bicarbonate de soude.....	0 gr. 30
Magnésie calcinée.....	0 gr. 20
Poudre de cascara sagrada.....	0 gr. 15
Benzo-naphtol.....	0 gr. 15

Pour 1 cachet. Faire 20 semblables.

3° Nettoyer la figure avec des tampons d'ouate hydrophile et de l'eau aussi chaude que possible qui aura bouilli, avec 10 gr. de son et une cuillerée à soupe de bicarbonate de soude par litre.

4° Faire le soir un savonnage des points malades au savon au naphtol ; y passer ensuite de l'eau-de-vie camphrée.

5° Mettre sur les boutons, pour la nuit, un peu de la pommade suivante :

Naphtol B camphré.....	0 gr. 30
Résorcine.....	0 gr. 20
Savon noir.....	0 gr. 20
Craie préparée.....	0 gr. 50
Soufre précipité.....	1 gr. 50
Vaseline pure.....	20 gr.

On augmente ou diminue la vaseline suivant l'effet produit.

6° Le matin, après la toilette, passer sur la figure le mélange suivant :

Borate de soude.....	10 gr.
Ether sulf. camphré.....	40 gr.
Eau dist. de roses.....	100 gr.
Eau distillée.....	150 gr.

Nons insistons sur la nécessité d'employer, avec prudence, les médicaments à base de soufre et de résorcine, desquamants par excellence.

Dans les formes les plus simples, les lotions chaudes, boriquées, boratées, bicarbonatées, rendent de grands services.

Le lait virginal ou le lait d'amandes douces, en lotions, additionné l'un ou l'autre de 5 gr. de sulfate d'alumine, pour 250 centimètres cubes de véhicule, nous ont donné des guérisons, sans plus.

Les auteurs recommandent également, de procéder chaque jour à l'énucléation des pustules. Cette énucléation se fait en comprimant l'élévation dermique, entre les ongles opposés, ou à l'aide d'une pointe d'aiguille flambée qui crève la pustule et embroche le comédon.

L'herpès cervico-utérin et vaginal

Dans le dernier numéro de *La Gynécologie*, M. le Dr Petit-Dutaillis a publié une curieuse observation d'herpès cervico-vaginal qui avait, au début, paru présenter tous les caractères d'une vulgaire blennorrhagie, mais qui, étudiée de près, avait rapidement manifesté sa véritable nature par une guérison complète en quelques jours.

« Donc, conclut l'auteur, il existe une localisation cervico-vaginale de l'herpès, pouvant être indéfiniment l'objet d'échanges interconjugaux, s'accompagnant d'une suppuration intense, d'aspect blennorragique, sans que pourtant le gonocoque y soit pour rien.

2° Pour faire le diagnostic d'herpès cervical, on tablera surtout, au stade prééruptif, sur la localisation du processus, la turgescence exceptionnelle du col, les sensations spéciales de cuisson, de brûlure, décrites par la malade. Aux stades suivants, mieux vaut ne pas compter sur l'aspect diphtéroïde et le polycyclisme des exulcérations, les vésicules pouvant être, en tout point, trop disséminées pour y donner lieu ; il faut, à défaut de ces signes, s'attacher à la constatation des vésicules elles-mêmes et des pertes de substance très superficielles, arrondies, auréolées de rouge, seuls vestiges de l'existence si éphémère, en l'absence de toute conglomération, des éléments éruptifs.

3° Il est possible que l'herpès génital soit souvent dû à l'action des écoulements blennorragiques ou leucorrhéiques. Mais il n'est pas moins vrai que sa localisation cervico-vaginale suffit à provoquer des écoulements de cet aspect. On ne peut donc conclure à la coexistence de la blennorragie et de cette localisation herpétique, sans le double critérium microscopique et évolutif.

L'herpès génital se présente assez souvent souvent chez la femme sous une forme très discrète au point de vue éruptif, très intense au point de vue douleurs. C'est l'*herpès névralgique* de Mauriac, sorte de zona partiel. J'en ai observé plusieurs exemples. En pareil cas, on trouve, à la vulve, de la rougeur, un peu d'œdème, mais à peine quelques éléments éruptifs. Ce qui

domine, c'est la névralgie du nerf honteux interne dont j'ai depuis longtemps signalé les principaux points douloureux : *point sciatique*, au-devant de l'épine sciatique, juste à l'endroit où le nerf s'engage, en compagnie de l'artère du même nom, dans l'épaisseur du segment périnéal inférieur de l'aponévrose obturatrice ; *point ischio-pubien*, le long de la branche ischio-pubienne, dans l'épaisseur du plancher uro-génital. Que de fois la douleur au point sciatique (qu'il y ait ou non coïncidence d'herpès) est attribuée à l'inflammation des annexes !

La névralgie du nerf honteux interne est en effet, ainsi que je me plais à le répéter, aussi fréquente que méconnue. Souvent il s'y joint des algies d'autres branches du plexus sacré, nerf sciatique, nerfs sphinctériens, d'où ténesme anal, d'où ces dysuries avec pollakiurie si souvent prises et traitées comme cystites.

Les modifications du pouls comme moyens de contrôle de la douleur

D'après la thèse du Dr Proussenko, de Montpellier, on peut tirer grand parti de l'étude des modifications du pouls pour contrôler la réalité d'une douleur vive.

Ce signe connu sous le nom de signe de Mannkopf, consiste en ceci : lorsqu'un sujet accuse une pression sur une région ou un organe donnés de provoquer de la douleur, et que cette douleur est réelle, on constate une accélération du pouls. Le pouls est pris comme d'habitude à l'artère radiale ; l'accélération est variable avec les sujets, avec les conditions de l'expérience ; elle est de 15 à 20 pulsations ou plus par minute. Elle commence quelques secondes après que l'on a provoqué la douleur ; le pouls revient à sa fréquence normale 1 minute et demie à 2 minutes après le début de l'expérience.

Si, au contraire, toutes les conditions restant les mêmes, on ne peut noter d'accélération du pouls, c'est que l'on a affaire à un sujet qui ne ressent en réalité aucune douleur ; on se trouve en présence d'un simulateur.

M. Proussenko a étudié ce signe en modifiant la technique. Tout d'abord il a non seulement compté le pouls, mais mesuré la pression artérielle. Et d'autre part, au lieu de provoquer lui-même la douleur, il engage le malade à la faire naître par une pression ou un mouvement. Or on constate toujours à ce moment, si la douleur est bien réelle, une augmentation de la pression.

Ce signe n'est pas souvent utilisé, parce qu'il est d'une observation délicate, mais il peut rendre de réels services dans certains cas.

REVUE DES CONGRÈS

XIe Congrès français de médecine

Des bradycardies. — Traitement des épilepsies symptomatiques. — Rapports du foie et de la rate en pathologie. — L'hectine dans le traitement de la syphilis.

Le *XIe Congrès français de médecine* a tenu ses séances dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Paris, les 13, 14 et 15 octobre.

MM. Vaquez et Esmein ont présenté un rapport sur les *bradycardies*.

Il existe différentes espèces de bradycardie (ralentissement du cœur). Un des types les plus récemment établis et peut-être aussi un des mieux connus est la bradycardie par lésion cardiaque. La lésion siège, dans ce cas, au niveau du septum interventriculaire, et intéresse les fibres musculaires, découvertes par His, qui unissent les oreillettes aux ventricules. Les altérations de ce faisceau unissant, en troublant la propagation au ventricule des contractions de l'oreillette, entraînent un ralentissement du cœur et du pouls.

Des lésions nerveuses sont aussi susceptibles de causer la bradycardie. On sait, d'ailleurs, que, physiologiquement, l'excitation du bout périphérique du nerf pneumogastrique détermine un ralentissement du pouls (bradycardie pneumogastrique).

La respiration normale (pendant l'expiration), certains agents toxiques (la digitale, les sels biliaires, les poisons urémiques) peuvent déterminer également un ralentissement du rythme cardiaque.

Le diagnostic devra, d'abord, établir la réalité de la bradycardie. Il y a des ralentissements du pouls (bradysphygmie) sans ralentissement réel des battements cardiaques. L'examen du cœur et les méthodes graphiques redresseront cette erreur. On fera ensuite le diagnostic différentiel des bradycardies véritables entre elles. L'association des troubles vertigineux et des crises syncopales (syndrome d'Adams-Stockes) n'appartient en propre à aucune des variétés de bradycardie. Elle tient seulement au degré de la maladie et se voit dans les ralentissements accusés du pouls.

Dans les formes nerveuses, la bradycardie n'est pas, en général, aussi intense ni surtout aussi permanente que dans les formes organiques. Il est, de plus, une épreuve intéressante à utiliser en pareil cas, celle de l'atropine. L'atropine accélère normalement le pouls. Elle ne détermine qu'une accélération insignifiante dans la bradycardie d'origine intra-cardiaque.

— *Le traitement des épilepsies symptomatiques* a fait l'objet de deux rapports, de MM. Souques et Vires.

M. Souques pose, d'abord, une question préjudicielle : toutes les épilepsies sont-elles symptomatiques ? L'auteur le pense, et il croit que

toute épilepsie a une cause. La vieille épilepsie soi-disant essentielle, psycho-névrose constitutionnelle, relève de facteurs réels quoique, quelquefois, difficiles à déterminer : lésions traumatiques de la tête fœtale, indurations, sclérose, névroglique dans la zone motrice, etc. Il résulte de cette notion que toutes les épilepsies peuvent être justiciables d'un traitement chirurgical.

— MM. A. Gilbert et P. Lereboullet ont exposé une étude sur les *relations du foie et de la rate en pathologie.*

Les relations pathologiques du foie et de la rate sont complexes. La synergie fonctionnelle des deux organes entraîne souvent leur altération réciproque.

La *rate hépatique* a une existence indiscutable et doit continuer à être considérée comme remarquablement fréquente. En présence d'une splénopathie apparemment primitive, c'est l'état du foie qu'il faut d'abord rechercher. Pour peu que la recherche soit poursuivie avec soin, elle permet, bien des fois, de constater une altération légère ou grave du foie, dont la splénomégalie peut être la conséquence.

Plus récente, l'histoire du *foie splénique* s'appuie sur un grand nombre de travaux. Parmi les faits qui rentrent dans le groupe ainsi constitué, il faut ranger les cas étudiés par Banti et connus sous le nom de maladie de Banti. Des précisions nouvelles seraient nécessaires sur ce sujet.

On doit fréquemment tenir un large compte, pour expliquer la double lésion, hépatique et splénique, de l'action simultanée exercée par une même cause sur le foie et la rate. Il reste encore d'ailleurs, pour cette question, un grand nombre de points qui méritent d'être précisés.

M. Roch parle de la maladie de Banti. Elle résume, dit-il, l'histoire des cirrhoses d'origine splénique, du moins quant à présent. Deux choses sont acquises dans la connaissance de la maladie de Banti : 1° l'anémie splénique peut se compliquer de cirrhose ; 2° le seul traitement efficace de cette affection est la splénectomie.

— M. Mouneyrat a fait une communication sur la *cure de la syphilis par l'hectine.* L'auteur a indiqué les lois bio-chimiques qu'il a dégagées dans ces dernières années, lois établissant les relations qui existent entre la constitution chimique des corps arsénicaux et leurs propriétés anti-syphilitiques. Il a déterminé avec précision les groupements atomiques qui augmentent ou diminuent l'action tréponémicide de l'arsenic. Cela fait, il a signalé les moyens propres à désintoxiquer les molécules arsénicales anti-syphilitiques. C'est en se basant sur ces recherches de plusieurs années, recherches conduites d'une façon scientifique et systématique, qu'il est arrivé à la synthèse de l'hectine et de l'hectargyre. M. Mouneyrat a montré que l'hectine, comme l'a établi le Dr Fouquet, tue le tréponème, agent infectieux de la syphilis. Il a montré en outre que l'hectine ne se fixe pas dans les centres nerveux, ce qui explique son innocuité, qu'elle se localise presque exclusivement dans la peau et les muscles, précisément dans les régions où siègent la plupart du temps les lésions d'origine syphilitique. Cette action anti-infectieuse de l'hectine et sa localisation spéciale indiquent sa puissante efficacité dans le traitement de la syphilis à toutes ses périodes (syphilis primaire, secondaire et tertiaire), ainsi que dans les affections para-syphilitiques comme le tabès. En dehors de son action anti-syphilitique l'hectine relève très rapidement l'état général des malades.

M. Hallopeau signale un fait intéressant en faveur de la méthode de cure abortive de la syphilis par l'hectine, qu'il a préconisée. Un malade syphilitique de M. Guiard fut soumis il y a 4 mois aux injections d'hectine ; or, ce malade vient de contracter à nouveau un chancre. La première syphilis aurait donc été guérie, la réinfection ne pouvant se faire chez un sujet encore syphilitique.

M. Balzer a appliqué avec de beaux succès l'hectine au traitement général de la syphilis. Il s'en tient aux doses de 0 gr. 10 centigr. tous les jours ou 0 gr. 20 centigr. tous les deux jours, qu'il administre en injections sous-cutanées ou intra-musculaires. La cure totale est de 2 à 3 grammes d'hectine, injectée ainsi sans interruption ou avec une interruption de quelques jours au milieu du traitement.

L'hectine peut s'associer aux autres médications anti-syphilitiques, à l'iodure, au mercure. L'hectargyre, qui est une combinaison d'hectine et d'oxycyanure, donne également de brillants résultats. M. Balzer rend hommage aux travaux de M. Mouneyrat qui a introduit l'hectine dans la thérapeutique.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

La Belladone (*suite*),

Par le Dr André Lombard.

Si l'on a pu attribuer à la belladone une action heureuse dans les affections cardio-vasculaires, c'est assurément par suite d'une erreur de diagnostic ou d'interprétation ; car, dans les palpitations d'origine digestive, dans les névralgies précordiales ou les arythmies extrasystoliques, si elle a fait du bien aux malades, c'est parce que ceux-ci souffraient d'abord de leur estomac ou de leur tube digestif. Médicament vaso-constricteur, la belladone ne trouve d'indication dans aucune maladie du cœur et des vaisseaux, particulièrement chez les sujets hypertendus.

Ces propriétés vaso-constrictives, sur lesquelles nous n'avons point encore insisté, trouvent un emploi dans l'hémoptysie ; si l'on s'adresse volon-

tiers à l'extrait thébaïque pour calmer la toux, on recherchera, dans la belladone, son action constrictive vasculaire, et on fera prendre chaque jour jusqu'à huit et dix des pilules suivantes :

Extrait de belladone.....	0 gr. 005
Extrait thébaïque.....	0 gr. 01

en 1 pilule :

Si l'hémoptysie est légère, on fera prendre quatre ou cinq cuillerées par jour de :

Sirop de belladone..... / Sirop de codéine.....	ââ 20 gr.
Eau de fleurs d'oranger..... / Eau distillée.....	ââ 50 gr.

sans négliger, bien entendu, les autres prescriptions que commande la situation.

Ce n'est pas seulement une action sédative générale que possède la belladone, mais une action locale. C'est ainsi que les frictions avec le sirop constituent un palliatif applicable au prurit dentaire et à l'inflammation gingivale chez les tout petits enfants ; sans doute on peut trouver parfois son action inutile ou peu efficace ; mais on peut lui ajouter l'action de la stovaïne et faire faire plusieurs fois par jour une friction sur les gencives avec le sirop suivant :

Teinture de belladone.....	XX gouttes
Teinture de safran.....	X gouttes
Stovaïne.....	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Sirop simple.....	10 gr.

Plus utilement l'action antidouloureuse locale de la belladone est souvent mise à profit dans les affections du rectum et de l'anus. Ainsi, dans les hémorrhoïdes, déjà bonne pour combattre la constipation (avec les pilules d'un centigr. de poudre et d'extrait), la belladone possède une action locale ; on formulera les suppositoires suivants :

Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 01
Extrait de belladone	0 gr. 02
Beurre de cacao.....	4 gr.

pour 1 suppositoire ;
ou ceux-ci :

Extrait de belladone.....	0 gr. 01
Iodoforme	0 gr. 02
Chrysarobine	0 gr. 05
Beurre de cacao.....	4 gr.

pour un suppositoire (Unna).
ou encore ceux-ci :

Extrait de belladone.....	0 gr. 01 à 0 gr. 02
Stovaïne	0 gr. 01 à 0 gr. 02
Beurre de cacao	q. s.

pour un suppositoire.

Si les hémorrhoïdes saignent facilement, on fera l'association médicamenteuse suivante :

Extrait de belladone.....	0 gr. 01
Antipyrine.....	0 gr. 30
Beurre de cacao et cire.....	q. s.

pour 1 suppositoire de consistance ferme. En introduire trois ou quatre par jour.

Avec des hémorrhoïdes externes douloureuses, on emploiera la formule suivante :

Extrait de belladone.....	0 gr. 10
Extrait de ratanhia.....	0 gr. 30
Tannin.....	0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 10
Vaseline.....	20 gr.

L'introduction de la belladone par la voie rectale peut souvent être mise à profit quand on veut obtenir une sédation générale et que l'état de l'estomac est un obstacle à son administration.

Son action locale est recherchée dans les affections douloureuses : goutte, rhumatisme, coliques hépatiques ou néphrétiques, coliques de plomb, entérite muco-membraneuse, phénomènes douloureux chez les névropathes. On a conseillé le liniment suivant :

Baume tranquille.....	40 gr.
Extrait thébaïque..... / Extrait de belladone..... / Extrait de jusquiame.....	ââ 2 gr.
Chloroforme.....	10 gr.

(Robin.)

dont on imbibera une flanelle, pour l'appliquer sur le flanc ou le ventre.

Dans la goutte, on fera une onction sur l'articulation malade avec :

Baume tranquille..... / Laudanum de Sydenham..... / Chloroforme.....	ââ 10 gr.

Dans ces deux formules, ces substances, il est vrai, ne sont pas miscibles ; aussi faudra-t-il agiter soigneusement le flacon. On pourra formuler :

Teinture de belladone.....	10 gr.
Teinture de jusquiame.....	30 gr.
Laudanum de Sydenham (anc. Codex)	15 gr.

et on aura soin de recouvrir non d'ouate, mais d'une feuille de gutta-percha laminée.

Dans la phlébite puerpérale M. Robin conseille de faire sur le membre malade des onctions avec cette pommade :

Extrait de belladone..... / Extrait d'opium.....	ââ 3 gr.
Axonge.....	30 gr.

pour calmer les douleurs.

Nous avons cité le *baume tranquille*, qui est une préparation très employée, plus usitée que l'huile de belladone ; on l'obtient en faisant digérer dans de l'huile d'olives des feuilles fraîches de belladone, de jusquiame, de morelle, de nicotiane, de pavot, de stramonium et en aromatisant avec de l'huile d'absinthe, de marjolaine, d'hysope, de menthe, de romarin, de sauge et de thym. Ce topique est plus utilisé que l'emplâtre de belladone, préparation véritablement trop active. Il ne faut point considérer cependant son emploi comme complètement exempt de dan-

gers. MM. Variot et Du Castel ont relaté un cas d'intoxication belladonée grave, suivie de guérison, chez un enfant de sept ans et demi à la suite de frictions prolongées avec du baume tranquille; au lieu des 60 gr. prescrits, 85 gr. furent employés en 36 heures. Le médicament n'avait point une activité trop grande, ni l'enfant une idiosyncrasie particulière ; mais la peau avait été, antérieurement, légèrement excoriée par une pommade salicylée, et la mère avait fait sur une large surface des frictions énergiques et prolongées. Il faudra donc ménager l'intégrité des téguments.

Il est un autre topique qu'on utilise rarement en onctions, comme calmant, mais qui donne cependant d'utiles résultats dans les hémorrhoïdes ; c'est l'*onguent populeum*. Pour cet usage, on l'associe souvent à d'autres médicaments :

Extrait de ratanhia	2 gr.
Stovaïne	1 gr.
Onguent populeum	30 gr.

(HUCHARD).

ou :

Extrait thébaïque, Chlorhydrate de cocaïne (ââ)	0 gr. 50
Extrait de ratanhia	2 gr.
Onguent populeum	30 gr.

M. Dolehé l'emploie aussi en applications ou en frictions sur la région lombaire, contre les douleurs de la menstruation, il conseille la pommade suivante :

Ichthyol, Extrait de datura stram, Extrait de belladone, Extrait de jusquiame (ââ)	2 gr.
Onguent populeum	30 gr.

Cet onguent s'obtient en faisant digérer à chaud dans de l'axonge des feuilles de belladone, de morelle, de jusquiame et de pavots. Il entre dans la composition de la *pommade épispastique* verte qui doit à la cantharide ses propriétés vésicantes.

CHRONIQUE SYNDICALE

La Réorganisation du syndicalisme médical. Les Fédérations.

Par le Dr BOLLIET, de Lyon.

Pour faciliter le travail de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, qui aura lieu le 19 novembre 1910, nous avons jugé utile, conformément à l'avis du Dr NOIR, de rédiger un projet de Statuts-type à l'usage des Fédérations régionales. Si l'Union des Syndicats médicaux de France se décide, comme nous l'espérons, à modifier son organisation dans le sens que nous avons indiqué, il y a 5 ans, il sera indispensable, en ce cas, que les Fédérations régionales, pour favoriser la transition naturelle entre l'organisation ancienne et l'organisation nouvelle, insèrent dans leurs statuts sinon le texte ci-dessous littéralement, du moins certains points fondamentaux, tels que le dernier alinéa de l'article 1er et les articles 3, 4, 13, 14, 15, 16.

Au surplus, notre projet de statuts recevra son complément nécessaire par la publication, dans le prochain numéro du *Concours médical*, d'une étude sur la division territoriale de la France en régions.

Projet de statuts-type pour les Fédérations régionales,

Par le Dr BOLLIET de Lyon.

Formation de la Fédération.

ARTICLE PREMIER. — Entre les Syndicats médicaux qui auront adhéré aux présents statuts, il est formé une Société syndicale dite : « FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA RÉGION DE .... »

Son siège social est à ... (*ville capitale de la région*).

Le nombre des membres et la durée de la Fédération sont illimités.

Doivent adhérer directement à la Fédération régionale de ..... les Syndicats des départements de ....., affiliés à l'Union des Syndicats médicaux de France, et, le cas échéant, tous autres Syndicats existants ou a naître dans cette région.

But de la Fédération.

ART. 2. — La Fédération a pour objet :

1° De réunir par des rapports réguliers les différents syndicats de cette région et de centraliser ces forces syndicales ;

2° De favoriser le développement et la création des Syndicats dans les centres où il n'y en a pas ;

3° D'étudier et régler en commun et d'accord les questions économiques et professionnelles intéressant le corps médical ;

4° De poursuivre l'amélioration de l'exercice de la médecine et de la situation du médecin, par les moyens légaux et par une entente avec les pouvoirs publics et les collectivités ;

5° D'aplanir et trancher les différends qui peuvent s'élever entre les Syndicats ou entre un Syndicat et ses membres, quand ils jugent utile d'en appeler à la Fédération.

ART. 3. — Elle constitue avec l'ensemble des autres Fédérations régionales une Union centrale, dite *Union des Syndicats médicaux de France*, à laquelle elle se reconnaît tenue d'adhérer statutairement et de payer une cotisation annuelle minima de 2 francs par membre.

ART. 4. — Elle est l'intermédiaire obligatoire entre l'Union centrale et les Syndicats, et entre les Syndicats et l'Union. Aucun Syndicat médical ne peut s'affilier à l'Union centrale autrement que par l'intermédiaire de la Fédération de la région à laquelle il appartient.

ART. 5. — La Fédération prête son appui moral et matériel aux Syndicats adhérents. Dans le cas où un Syndicat soutient une action judiciaire, la Fédération participe dans la mesure de ses moyens aux frais de cette action :

1° Si les ressources du Syndicat sont insuffisantes ;

2° S'il s'agit d'un fait de principe intéressant le corps médical en entier ;

3° Si le Comité directeur de la Fédération a donné préalablement un avis favorable à ladite action judiciaire.

La Fédération a un conseil judiciaire composé d'avocats familiarisés avec cette procédure spéciale et susceptibles de donner des avis utiles aux Syndicats.

ART. 6. — Les Syndicats conservent leur autonomie absolue, se gèrent à leur guise et règlent autant que possible leurs affaires eux-mêmes.

ART. 7. — Tout syndicat adhérent s'engage à payer à la Fédération une cotisation annuelle de .... francs par membre, sur laquelle est prélevée la somme de 2 francs par membre, versée à la caisse de l'Union des Syndicats médicaux de France (art. 3).

ART. 8. — Tout syndicat qui désire s'affilier à la Fédération doit prendre une délibération régulière, qui est soumise à l'approbation du Comité directeur et à la ratification de l'Assemblée générale. Tout Syndicat, qui veut se retirer de la Fédération, doit pareillement adresser au Comité directeur une délibération régulière de l'Assemblée générale de ses membres, déclarant qu'il cesse de faire partie de la Fédération. La radiation d'un syndicat affilié peut être proposée par le Comité directeur à l'Assemblée générale, qui, seule a qualité pour la prononcer.

Administration. — Fonctionnement.

ART. 9. — La Fédération est administrée par un Comité directeur et par un Bureau.

ART. 10. — Le Comité directeur se compose des délégués des syndicats affiliés et se réunit au moins 2 fois par année, de préférence quelques jours avant les réunions obligatoires de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Chaque syndicat, qui compte au moins dix membres, a droit à un délégué et, s'il compte plus de quarante membres, à un délégué supplémentaire par quarante membres ou par fraction de quarante membres dépassant le chiffre de vingt.

Les délégués au Comité directeur sont élus pour 2 ans par leur syndicat. Ils sont rééligibles.

Chaque syndicat nomme autant de délégués suppléants qu'il a de délégués titulaires. Les délégués suppléants remplacent les titulaires en cas de nécessité.

Dans le fonctionnement de la Fédération, la présence réelle est obligatoire pour voter.

ART. 11. — Le Bureau se compose de membres choisis dans le Comité directeur et par lui.

Il comprend : un président, x..... vice-présidents, un secrétaire, un secrétaire-adjoint, un Trésorier. Le secrétaire doit habiter .... (*ville capitale de la région.*)

Le bureau est chargé d'assurer l'expédition des affaires courantes.

ART. 12. — Dans le cas d'application par un syndicat de sanctions disciplinaires, le Comité directeur se constitue en Conseil de famille, sur la demande et après audition des intéressés, et juge en tribunal d'appel les décisions du syndicat. Le Conseil de famille peut, en raison de la gravité du cas, refuser de se prononcer, et renvoyer l'affaire devant une Assemblée générale de la Fédération. Il y a, dans tous les cas, une enquête et un rapport écrit.

Toute contestation entre la Fédération et un Syndicat adhérent, si elle n'a pu être arrangée à l'amiable par les deux bureaux, est jugée par une assemblée générale de la Fédération.

ART. 13. — Le Comité directeur nomme parmi ses membres un ou plusieurs délégués pour constituer, avec le ou les délégués des autres Fédérations régionales, le Conseil d'administration de l'Union centrale, dite *Union des Syndicats médicaux de France.*

ART. 14. — Le ou les délégués sont tenus d'assister régulièrement chaque année aux 2 séances obligatoires du Conseil d'administration et à l'assemblée générale de l'Union. Chaque délégué a droit à une subvention prise sur la caisse de la Fédération.

Le ou les délégués au Conseil de l'Union sont nommés pour deux ans par la Fédération. Ils sont rééligibles.

La Fédération nomme autant de délégués suppléants qu'elle a de délégués titulaires au Conseil de l'Union.

ART. 15. — Tous les ans, la Fédération tient une Assemblée générale ordinaire.

Elle se compose :

a) Des membres du Bureau et du Comité ;

b) Des présidents des Syndicats ;

c) Des délégués des syndicats, à raison d'un délégué par vingt membres ou par fraction de vingt membres supérieure à dix.

Les délégués à l'Assemblée générale sont élus chaque année par leur syndicat. Ils sont rééligigles.

Tous les autres membres des syndicats affiliés peuvent assister à l'Assemblée générale et prendre part aux discussions, mais sans pouvoir voter.

L'Assemblée générale ordinaire ou extraordinaire ne peut prendre de décision valable que si la moitié des syndicats est représentée ; si ce nombre n'est pas atteint, l'Assemblée peut fixer s'il y a lieu, une nouvelle réunion qui statuera, quel que soit le nombre des syndicats représentés.

ART. 16. — Le ou les délégués au Conseil de l'Union doivent communiquer à l'Assemblée générale de la Fédération tous les renseignements désirables sur la marche générale des affaires et recevoir toutes les indications utiles.

ART. 17. — Toute discussion politique, religieuse ou étrangère au but de la Fédération est formellement interdite.

Fonds social.

ART. 18. — Le fonds social est constitué :

1° Par les cotisations annuelles de chaque Syn-

dicat, dont le taux est fixé à .... francs par membre ;

2° Par les dons, etc.

ART. 19. — Il est destiné à couvrir les dépenses communes : frais de bureau, impressions, correspondance, subventions, etc.

Dans le cas où un syndicat, soutenu par la Fédération, comme il est dit précédemment (art. 5), a obtenu des dommages-intérêts, il doit en prélever la somme nécessaire pour couvrir les frais occasionnés à la Fédération par le procès.

Modifications aux statuts.

ART. 20. — Aucune modification aux présents statuts ne peut être décidée que par une Assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet

Dissolution.

ART. 21. — La dissolution de la « Fédération des Syndicats médicaux de la région de ..... » n'est valable que si elle est décidée en Assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet et votée par les trois quarts des délégués présents représentant au moins les deux tiers des syndicats.

En cas de dissolution de la Fédération, l'avoir est réparti entre tous les Syndicats, proportionnellement au nombre de leurs membres.

ART. 22. — Des règlements particuliers, adoptés en Assemblée générale, déterminent, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles sont mis en pratique les principes généraux énoncés dans les présents statuts.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Question de droit mutualiste.

On nous écrit :

L'article 33 de nos statuts dit :

« Les soins du médecin, les médicaments et l'indemnité ne sont pas dus aux femmes sociétaires pour accouchement et suites naturelles, mais un secours unique de 50 francs leur est accordé par couche et après un an de sociétariat.

« Toutefois, l'indemnité devra lui être allouée si une maladie se déclarait à la suite de la couche, et après constatation par le médecin. L'indemnité commence à partir du jour où la constatation a été faite. »

Une de nos sociétaires fait une fausse couche de trois mois. La Société lui doit-elle l'indemnité de 50 francs prévue par l'article 33 de nos statuts, ou bien le fait de cette indisposition rentre-t-il simplement dans la catégorie des soins ordinaires ?

La question de la fausse couche a été examinée par M. Jean Hébrard dans le *Guide-Manuel de la Mutualité française*, page 121. Cet auteur admet qu'en pareil cas, on doit accorder tous les secours statutaires comme pour une maladie ordinaire.

Cette manière d'opérer nous paraît, en effet, plus rationnelle et plus équitable, car dans certains cas il ne peut y avoir qu'un arrêt de travail insignifiant, tandis que dans d'autres, au contraire, les conséquences pathologiques peuvent être graves et de longue durée,

Vous pourrez donc, dans la circonstance, appliquer à votre sociétaire les articles 31 et 32 de vos statuts.

(*L'Avenir de la Mutualité.*)

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Président du Conseil d'Administration de l'*Union des Syndicats médicaux de France.*

Monsieur le Président,

Le Conseil d'Administration de l'*Union des Syndicats médicaux de France* a cru devoir demander aux Syndicats médicaux leur opinion sur le *Syndicat de médecine sociale* auquel je suis affilié.

Sur 160 syndicats adhérents à l'*Union*, 60 ont envoyé leur avis. Sur ces 60 avis, 50 ont émis un avis défavorable.

Pendant 5 mois, les adversaires de cette organisation ont envoyé leur journal aux 22.000 médecins de France. Au cours de cette campagne, qui leur a coûté une dizaine de mille francs, ils ont employé des procédés qui rappellent parfois certaines manœuvres électorales auxquelles le *Syndicat de médecine sociale* n'avait pas le moyen de répondre.

Bien mieux, si les membres du Conseil essayaient de donner leur avis, même dans un journal autre que le Bulletin de l'*Union*, nos adversaires protestaient, prétendant que l'on voulait influencer les syndicats avant leur réponse.

Aussi, sur les 50 syndicats ainsi circonvenus qui ont émis un avis défavorable, plusieurs ont déclaré, après avoir eu de plus amples renseignements, qu'ils n'auraient pas émis d'avis défavorable s'ils avaient mieux connu l'organisation et le but du *Syndicat de médecine sociale.*

Quoiqu'il en soit, désirant conserver intacts :

1° Le droit que je possède d'aller dans toutes les organisations qui ont pour but de défendre la liberté du malade dans le libre choix de son médecin ;

2° Le droit de démontrer, en m'appuyant sur des documents, que rien n'est plus dangereux, pour les malades, que d'accepter des médecins qui passent des contrats avec des sociétés industrielles ou financières, pour le traitement d'un groupe de malades, puisque, notamment, le ministre des travaux publics déclare qu'un groupe de ce genre de médecins délivre, dans 65 % des cas, des certificats de complaisance en faveur des sociétés au service desquelles ils sont attachés.

Convaincu qu'un médecin a le droit de ne pas tolérer et de ne pas cacher de semblables faits,

et bien décidé à les combattre personnellement sans aucune entrave, je vous prie, Monsieur le Président, de bien vouloir accepter ma démission de secrétaire adjoint et de membre du Conseil d'Administration de l'*Union des Syndicats médicaux*, quelques-uns de ces syndicats prétendant que ces deux fonctions ne peuvent se concilier avec mes opinions et mes actes sur le point ci-dessus indiqué.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr Diverneresse.

Notre collègue Diverneresse nous communique l'ordre du jour suivant présenté au Comité de Vigilance à sa dernière séance :

Le Comité de Vigilance considérant :

Qu'avant de demander à nouveau des subsides aux caisses syndicales, qui ont déjà versé environ trente mille francs pour les trois premiers Congrès, il importe d'abord de préciser quelles seront les deux questions à étudier et comment sera organisé le prochain congrès :

Qu'une des principales causes de l'insuffisance des honoraires est l'existence de sociétés qui, sous le nom de mutualités, syndicats de garanties ou de compagnies d'assurances, entravent le libre choix du médecin, refusent de reconnaître les tarifs syndicaux et ministériel, et poussent chaque jour à la création de nouvelles mutualités ;

Que le préjudice causé à ce jour par ces sociétés financières est déjà considérable ; mais qu'il le sera encore bien plus demain, lorsque l'assurance, ne visant pas les seuls accidents du travail, sera étendue aux accidents agricoles et aux maladies professionnelles ;

Que le monopole de ces services de prévoyance par l'Etat serait presque aussi funeste que le système actuel ;

Qu'en présence de ce danger, toute diversion, toute dérivation de l'attention du corps médical serait une faute grave et une imprudence ;

Que la question de l'agrégation ne peut intéresser l'ensemble des praticiens qu'autant qu'elle aboutira à la suppression de la pléthore actuelle, soit par la limitation du nombre des étudiants, soit par tout autre moyen ; qu'il n'est pas établi que l'organisation du privat-docentisme diminuera le favoritisme ; que cette institution nouvelle pourrait créer une autre classe de médecins supérieurs plus à la portée des malades de classe moyenne que ne le sont les agrégés actuels et par conséquent plus dangereux pour la masse des praticiens que les agrégés d'aujourd'hui ;

Que pour améliorer rapidement la situation du praticien, il est plus facile et plus pratique de veiller à la stricte observation et à l'extension d'une loi reconnaissant déjà le libre choix, que de demander au parlement un vote problématique, tendant à la création de Facultés autonomes, et cela au moment même où l'Etat prend pour base de son programme le monopole de tout enseignement ;

Que l'importance d'un Congrès dépend moins du nombre des congressistes que de la compétence de ses délégués ;

Qu'il est inadmissible qu'un médecin, sous prétexte qu'il a versé cinq francs, puisse émettre un vote annulant celui du délégué compétent d'une organisation professionnelle ;

Décide :

La première question traitée au prochain Congrès des praticiens sera :

« Examen du meilleur moyen à employer pour substituer aux mutualités et aux sociétés financières, dans les œuvres d'assurance et de prévoyance sociales, un système analogue aux Caisses hongroises, administrées par des patrons, des ouvriers et des médecins. »

L'étude de cette question devra occuper les deux tiers de la durée du Congrès.

Pourront seuls assister au futur Congrès des Praticiens, les délégués des syndicats médicaux, à raison d'un délégué par deux cent cinquante médecins syndiqués.

Dr Diverneresse.

La question n'étant pas à l'ordre du jour, son examen a été renvoyé à une séance ultérieure.

REPORTAGE MÉDICAL

Leçons sur les traitements anciens et récents de la syphilis. — Le docteur Leredde commencera, le lundi 21 novembre, à six heures du soir, un cours sur les traitements anciens et récents de la syphilis et il le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure. Ce cours aura lieu à sa maison de santé, 31 rue la Boëtie.

Le nombre des auditeurs étant limité, prière de se faire inscrire, même par correspondance.

1re Leçon : Caractères cliniques et évolution de la syphilis.

2e Leçon : Les bases du traitement. L'immunité dans la syphilis.

Réaction de Wassermann. Traitement des accidents. Traitement de l'infection.

3e Leçon : Le traitement mercuriel, normal et intensif. L'intoxication mercurielle. Technique du traitement.

4e Leçon : Le traitement arsenical. L'intoxication arsenicale. Atoxyl. Hecline. Arsénobenzol (606). Technique du traitement.

5e Leçon : Le traitement arsenical (fin). Le traitement iodopotassique. Intoxication iodopotassique.

6e Leçon : Traitement général des accidents syphilitiques.

7e Leçon : Traitement de l'infection.

8e Leçon : Traitement de l'infection (fin).

9e Leçon : Syphilis de la femme enceinte. Syphilis du nouveau-né.

10e Leçon : Traitement des affections parasyphilitiques.

Le secret professionnel. — Une personnalité parisienne, compromise dans un scandale financier, se suicide. A cette occasion, une interview est prise à son médecin, le Dr Petrovitch, qui s'empresse de donner les détails les plus complets sur la mentalité du défunt.

M. Ruau, ministre de l'agriculture, est en traitement dans l'Ain. Là encore interview de son médecin, le Dr Ballet, qui, tout en se retranchant derrière le secret professionnel, donne un diagnostic : état aigu de surmenage et un pronostic : guérison pleine et entière.

Qu'aurait dit le Dr Ballet, dans le cas où il aurait considéré cette guérison comme impossible ? Rien, évidemment, et son silence même eût été une réponse indirecte.

Il n'est d'ailleurs pas nécessaire d'aller à Divonne pour savoir de quelle maladie est atteint M. Ruau.

Considérez la gymnastique intensive et continue à laquelle a dû se livrer l'illustre malade pour se maintenir en place aussi longtemps et dans des conditions parfois précaires et vous arriverez à la seule conclusion possible.

Il est fatigué, tout simplement, et il se repose.

(*Gaz. des Hôp. de Toulouse*)

Société d'hygiène de l'enfance. — La Société d'hygiène de l'enfance met au concours la question suivante pour 1910 : « Du séjour temporaire des enfants hors de leur famille, tant en France qu'à l'étranger. »

Les manuscrits seront reçus jusqu'au 31 décembre 1910. Passé cette date, aucun mémoire ne sera admis.

Adresser les mémoires avant le 31 décembre 1910, au président de la Société d'hygiène de l'enfance 10, rue Saint-Antoine, Paris, IVe.

Style municipal. — Encore une décision de Conseil municipal, qui ne manque pas de saveur locale. Elle fut prise, il y a quelque temps, par le maire d'une modeste commune de Savoie.

« ARRÊTÉ

au sujet de la maladie des pommes de terre.

« I. — Vu que les pommes de terre sont gâtées dans ce pays comme dans la France, la Hollande et autres ;

« II. — Attendu que la misère est grande et que ladite maladie des pommes de terre est un grand malheur, vu que le blé est cher et le sarrasin pas grainé ;

« III. — Considérant que, dans l'intérêt de tout le monde, j'en ai nourri mes cochons pendant toute une semaine, et que j'en ai mangé moi-même pour savoir, et que nous n'avons pas été incommodés ni les uns ni les autres.

« IV. — Considérant que si la génisse de M. Prichard est morte, elle n'avait cependant pas mangé de pommes de terre gâtées, vu que je m'en suis assuré ;

« V. — Vu que l'Académie de Lyon l'a dit dans le journal que je reçois ; vu aussi que le pharmacien de Chambéry s'est nourri de pommes de terre gâtées et qu'il n'a eu de mal qu'une fois ;

« VI. — Attendu tout cela, que les pommes de terre gâtées ne sont pas malsaines ;

« Ordonnons à tous les habitants, vaches, bœufs, chevaux et cochons de la présente commune de manger des pommes de terre gâtées, car elles ne nuisent pas.

« THIREUIL, maire ».

(*Rev. de l'ens. prim. sup.*)

Le ventre de New-York. — Veut-on savoir ce que dévore la plus grande ville du monde civilisé, New-York ? En un an, pendant 1909, on a mangé 624 millions de livres de bœuf ; 310 millions de livres de porc ; 210.600.000 livres de mouton ; 37.440.000 livres de veau ; 49.590.000 livres de volaille ; 181.954.920 douzaines d'œufs ; 134.723.618 livres de beurre ; 33.708.517 livres de fromage ; 4.112.841 sacs de farine ; 6 millions de sacs de blé ; 3 millions et demi de sacs de pommes de terre et un milliard de litres de lait.

En une semaine, New-York consomme 28 millions d'œufs. (*Gaz. méd. de Paris.*)

La dépopulation. — La natalité française s'abaisse avec une rapidité effrayante.

La moyenne des naissances était :

En 1873 de.....	953.000
En 1883 de.....	923.000
En 1893 de.....	858.000
En 1904 de.....	818.000
En 1909 de.....	770.800

L'augmentation de la population a été en 1909 :

En France de.....	13.500
En Allemagne de.....	905.000
En Autriche de.....	509.000
En Angleterre de.....	404.000
En Italie de.....	374.000

Vers latins. — Un de nos jeunes maîtres dont la verve est connue et appréciée de tous a relevé dans un édicule proche de sa maison le quatrain suivant, qu'il a bien voulu me communiquer. Au moment où le latin cède aux coups répétés de nos primaires, ledit quatrain rappellera à beaucoup d'entre nous les années de collège. Il montre aussi que la langue de Virgile avait du bon puisqu'elle pouvait servir à abréger le temps d'une miction laborieuse. Quoi qu'il en soit, voici :

Inter crura est fissura
Lata, longa et obscura ;
Crines habet sed non dentes
Unde oriuntur gentes !...

(*Rev. Mod.*).

NÉCROLOGIE

Le Dr Armand TROUSSEAU

Nos lecteurs ont appris, par la grande presse, la fin tragique du Dr Trousseau. L'oculiste distingué des Quinze-Vingts et de la Fondation Rothschild était, non seulement pour nous le rédacteur qui pendant quinze années signa les articles d'« Ophthalmologie du praticien », mais surtout le défenseur des idées de ce journal, et il en fit la preuve retentissante quand la Fondation Rothschild eut à fixer le règlement des admissions. C'est lui qui voulut et maintint autant que possible la limitation de celle-ci aux seuls indigents.

Au camarade d'école, au membre dévoué du « Concours Médical », nous disons un adieu ému et nous tenons à nous associer sans tarder au deuil de tous les siens.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 46 Dimanche 13 NOVEMBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Avis
Assemblées générales du 20 novembre..... 979
Association amicale des médecins français
Rapports..... 980
Caisse des pensions de retraites du corps médical français
Rapports..... 983
Propos du jour
Encore les conflits médico-mutualistes..... 988
Otologie
Traitement des corps étrangers du conduit auditif externe..... 989
La semaine médicale
Traitement abortif de la syphilis. — L'anesthésie par le chlorure d'éthyle.— Rétroflexion primitive de l'utérus 991
Médecine pratique
Sur la fluxion de poitrine (Diagnostic et traitement)... 992
Chronique de l'enseignement médical
Conseil médical supérieur..... 993
Chronique de la Prévoyance
Les retraites de la vieillesse médicale. — Lettre ouverte à M. le secrétaire général de l'assemblée générale..... 994
Reportage médical..... 998
Formule d' adhésion..... 999

AVIS

Assemblées générales de l'« Union des Syndicats médicaux de France », du « Concours Médical » et de ses filiales (19 et 20 novembre 1910).

Les Assemblées générales annuelles auront lieu dans l'ordre suivant :

Samedi 19, *dix heures du matin*, hôtel des Sociétés Savantes, 18, rue Serpente, réunion du Conseil de l'Union des Syndicats.

A *trois heures précises de l'après-midi*, Assemblée générale dans la même salle que les années précédentes, 1er étage de l'hôtel des Sociétés savantes.

Dimanche 20 novembre, salons du restaurant Marguery, 36, boulevard Bonne-Nouvelle :

A 9 *heures du matin*, réunion des *Correspondants* du Concours ;

A 10 *heures du matin*, Assemblée générale extraordinaire du **Patronage médical** (Élection d'un commissaire de surveillance de la liquidation en remplacement du Dr Angelby, décédé) ;

A 10 *heures et demie du matin*, successivement, Assemblées générales de l'**Amicale** et de la **Caisse des Pensions.**

A 3 *heures précises de l'après-midi*, Assemblée générale du **Concours Médical** ;

A 4 *heures et demie*, Assemblée générale du **Sou Médical.**

Le *Banquet*, commun à toutes les Sociétés, aura lieu, à 7 heures, au restaurant Marguery. La cotisation, payable à l'entrée, est de **15 francs**, la Société civile du Concours prend à sa charge le supplément des frais, qui augmentent rapidement d'année en année.

Prière d'aviser de sa présence, autant que possible, avant le 18 novembre, en vue des dispositions à prendre.

✦

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

Accidents, Maladie, Retraites, Pension aux Veuves

Séance du Conseil d'Administration préparatoire de l'Assemblée Générale (19 Octobre 1910).

Présents : MM. Maurat, Cézilly, Gassot, Mignon et Jeanne, membres ;

MM. Jacquot et Delpeut, contrôleurs de l'Amicale, et Darras, contrôleur de l'Association générale.

Le Conseil fixe l'Assemblée générale au dimanche 20 novembre 1910, salons du restaurant Marguery, à dix heures et demie précises.

Il approuve les comptes de l'exercice 1909 qui sont ensuite soumis à la vérification des contrôleurs.

Il entend et approuve le rapport du secrétaire général, M. le Dr Mignon, qu'il remercie une fois de plus de son zèle dans la propagande et de son tact personnel au cours des petits litiges provenant de l'ignorance de certains sociétaires touchant leurs droits et leurs devoirs.

Le Conseil décide que tous documents à publier avant l'Assemblée générale paraîtront au n° 46 du journal et que l'ordre du jour de cette assemblée est ainsi fixé :

1° Allocution du Président ;
2° Rapport du secrétaire général ;
3° Comptes de l'année 1909 ;
4° Rapport des contrôleurs ;
5° Contrat avec la Caisse des Pensions ;
6° Renouvellement du Bureau ;
7° Election d'un contrôleur ;
8° Questions diverses.

Le Secrétaire des séances, Dr JEANNE. — *Le Président,* Dr MAURAT.

Rapport du Secrétaire général.

Mes chers confrères,

Cette année, mon rapport sera court.

L'exercice, qui vient de s'écouler, ne présente aucun fait saillant digne de retenir longtemps votre attention. Votre Conseil n'a aucune modification importante des statuts à vous proposer, aucune combinaison nouvelle à vous faire étudier et la tâche de votre secrétaire général s'en trouve singulièrement écourtée. Sa besogne journalière devient d'ailleurs de plus en plus facile, et il n'a, à ce sujet, qu'à vous adresser à tous ses plus sincères remerciements, car jamais année ne fut plus calme, sans récriminations, sans réclamations, sans erreurs graves ; jamais nos statuts ne furent plus régulièrement observés, et seuls, deux ou trois cas nécessitèrent l'intervention effective de votre Bureau.

Nous avons dû refuser à un confrère l'indemnité qu'il réclamait, parce que son incapacité n'était que partielle et lui permettait de faire la plupart de ses visites ordinaires. Un autre de nos sociétaires s'est vu infliger l'amende statutaire pour un retard prolongé apporté à sa déclaration de maladie. Aucun d'eux, d'ailleurs, n'a, jusqu'à présent, fait appel de nos décisions devant vous. Le troisième cas litigieux que nous avons eu à étudier, mérite de retenir davantage votre attention et nous y reviendrons tout à l'heure.

Pour le moment, permettez-moi de vous féliciter tous de la bonne marche de notre Association. Vous voyez, par le compte rendu de notre trésorier, que nos finances sont prospères. Notre recrutement est satisfaisant, puisque depuis l'an dernier nous comptons 131 adhésions nouvelles. A vrai dire, sur ce point, je ne serai jamais content et votre Bureau ne peut comprendre comment une société comme la nôtre n'a pas déjà réuni 3 à 4.000 membres, depuis 15 ans qu'elle existe ; et j'ai peur que ni vous ni nous ne fassions assez de propagande, assez de réclame en faveur de notre chère Amicale. Et pourtant, non seulement, notre situation est prospère, les services rendus sont connus et appréciés de tous ceux qui nous connaissent, mais encore, malgré les pronostics pessimistes, nos relations avec l'Association générale restent excellentes.

Les quelques difficultés rencontrées l'an dernier se sont vite aplanies. Ceux des nôtres, qui avaient négligé de régulariser leur situation vis-à-vis de leurs sociétés locales, se sont empressés de le faire à notre appel. D'autre part, les Sociétés locales ont à peu près complètement levé l'interdit pesant sur les très honorables confrères dont nous leur adressions la candidature ; et si tout conflit n'est pas encore complètement effacé, sachez que, de part et d'autre, on fait le nécessaire pour le régler dans l'intérêt de tous, et que vous pouvez compter plus que jamais pour cela sur le Conseil général de l'Association générale.

A vous donc, chers sociétaires, à vous tous de ne pas oublier le recrutement de notre Amicale, d'en parler partout, d'en faire connaître à la fois l'existence, l'intérêt, la nécessité, et aussi la forte organisation et de nous amener de tous côtés de nombreux candidats.

Et pour arriver à ce but, laissez-moi vous indiquer, à côté de tous les moyens de propagande que vous connaissez déjà, une façon de faire qui me paraît devoir donner un résultat considérable ; je veux parler de la propagande par la presse médicale de province.

C'est, en effet, surtout en province que nous sommes peu connus ; c'est dans les coins reculés de la France que nous avons le moins d'action ; c'est hors des grands centres que notre appel se fait le moins entendre, là où nous pourrions faire le plus de bien.

Nos principaux foyers d'activité sont Paris et sa banlieue, Lille, Angers, Nantes, Lyon, Marseille, Bordeaux, le Languedoc, Nice et la Savoie. Partout ailleurs, nous sommes trop peu connus, nous avons vraiment trop peu d'adhérents.

Un confrère de Limoges, le Dr Simonin, qui n'est pas encore des nôtres, mais qui a l'âme propagandiste (et je l'en remercie bien vivement au nom de tous), a eu l'idée de publier, dans un journal médical du Limousin, une série de courts articles concernant nos œuvres de prévoyance. Il nous a envoyé un projet d'article très bien fait, court, précis, complet, sur l'Amicale ; je n'ai eu que quelques chiffres à y ajouter, et je le lui ai retourné avec prière d'insérer, en m'excusant du retard très grand apporté à ma réponse,et dont la faute incombe à la période des vacances.

Cet exemple mérite d'être suivi. Beaucoup d'entre vous, chers confrères, doivent avoir d'excellentes relations avec les camarades qui rédigent les journaux provinciaux.

Demandez-leur quatre fois par an, de préférence en février, en mai, en août et en novembre, une demi-colonne, et profitez-en pour battre le rappel en faveur de l'Amicale. Vous trouverez le schéma de vos articles dans la notice imprimée au dos des feuilles d'adhésion qui composent les carnets dont sont pourvus tous nos correspondants ; ceux d'entre vous qui n'ont pas ces carnets n'ont qu'à les demander aux bureaux du *Concours*, où on se fera un plaisir de les leur envoyer. Et si l'un quelconque d'entre vous a quelque renseignement complémentaire à nous demander, n'oubliez pas que je suis à la disposition de tous pour vous aider dans votre œuvre de propagande et de solidarité.

On pourrait m'objecter que le journal le *Concours* est là pour accomplir cette œuvre de propagande.

Mais le *Concours* a tant à faire pour la lutte professionnelle et pour l'étude de toutes les grosses questions toujours à l'ordre du jour, qu'il est bien obligé de laisser un peu de côté parfois les grandes filles bien portantes qui demandent moins sa sollicitude, que les enfants plus chétifs,plus délicats, qui réclament davantage tous ses soins, et nous, Amicale, nous ne pouvons pas songer à encombrer en permanence ses colonnes déjà trop surchargées. D'ailleurs, dans bien des cas, le *Concours* est lu moins attentivement par beaucoup (nous en avons la preuve tous les jours) que la petite feuille médicale locale. C'est pourquoi nous pensons que l'idée du confrère Simonin peut donner les résultats les meilleurs, que beaucoup d'entre vous peuvent la mettre en pratique, et je ne doute pas du résultat si tous ceux d'entre vous qui peuvent le faire, se donnent tant soit peu la peine d'imiter le Dr Simonin.

Vous savez, chers confrères, avec quel soin vos statuts ont été établis ; vous savez les précisions et les améliorations que vos Assemblées générales y ont apportées. Quoi qu'il en soit, comme il est impossible de prévoir tous les cas, votre Conseil s'est trouvé, cette année, embarrassé pour statuer sur la demande d'un sociétaire, et il a décidé de vous soumettre aujourd'hui la question et de vous demander dans quel sens nous devrons la solutionner.

Le Sociétaire dont il s'agit a 71 ans. Il est membre de l'Amicale depuis 15 ans. Il n'a été malade que deux fois depuis son admission.

A l'heure actuelle, il est arrêté depuis la fin de l'hiver dernier. Le confrère qui l'a soigné est un des piliers de notre Association dans sa région et jouit de l'estime de tous ceux qui le connaissent. Il nous apprend dans un rapport très motivé que notre Sociétaire est devenu un chronique incapable définitivement d'exercer et de vivre de sa profession.

Mais le malade n'a plus aucune famille en France. Les deux seuls parents qui peuvent s'occuper de lui sont depuis quelques années à Tananarive, où ils ont un emploi leur permettant de gagner leur vie, et notre confrère n'a plus aujourd'hui aucune autre ressource que d'aller leur demander asile et les soins que nécessite son état.

Il a donc quitté la France pour Madagascar depuis le 20 mai dernier, et votre Conseil, lui appliquant l'article 12 des statuts, a suspendu à cette date le versement de l'indemnité, se réservant de vous soumettre la question.

Cet article 12 dit que tout confrère qui quitte la France, l'Algérie ou la Tunisie, perd momentanément ses droits à l'indemnité pendant son absence.

Devons-nous, en toute équité, faire application de l'article 12 au cas présent ? Notre confrère ne quitte la France que par force majeure, alors qu'il est déjà malade, qu'il est en cours d'indemnité légitime, qu'il est absolument seul, dénué de toute assistance en France, et obligé de s'expatrier du seul fait de sa maladie. N'y-a-t-il pas quelque injustice à l'assimiler au confrère bien portant qui part pour les colonies ou l'Etranger, à la recherche d'une situation meilleure que celle qu'il trouve en France ?

N'y a-t-il pas quelque chose d'un peu révoltant à supprimer brusquement toute indemnité à notre confrère parce que, seul et malade, il n'a plus d'autre ressource que de rejoindre les siens à Madagascar ?

Telle est la question que vous pose votre Conseil, et nous sollicitons votre décision pour répondre à notre confrère,qui attend anxieusement, je vous l'assure, votre délibération.

Je ne voudrais pas terminer mon rapport sans accorder un souvenir ému à la mémoire des sociétaires que nous avons perdus. Et je suis enfin l'interprète de votre bureau tout entier pour adresser nos plus chaleureux remerciements à la phalange toujours compacte de nos si dévoués correspondants ; je ne les nomme pas, ce sont toujours les mêmes, ardents et convaincus propagandistes. Ils nous ont habitués à compter sur leur zèle et leur dévouement. En les remerciant bien sincèrement, nous leur disons : « Chers amis, nous continuons à compter sur vous ».

Dr MIGNON.

Rapport du Trésorier.

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de notre Association Amicale pour l'année 1909.

Au 31 décembre 1908, nous étions 1374. Au cours de l'année 1909, votre Conseil d'Administration a prononcé 131 admissions ; mais, d'autre part, nous avons perdu 32 membres, savoir 14 par décès, 11 par démission, 4 par radiation, 3 par départ hors d'Europe, de telle sorte que nous restons 1473 au 31 décembre 1909, savoir :

863 membres inscrits à la Combinaison A ;
137 membres inscrits à la Combinaison AC ;
4 membres inscrits à la Combinaison 1/2 A.
1 membre inscrit à la Combinaison 1/2 AC.
458 membres inscrits à la Combinaison B.
10 membres inscrits à la Combinaison 1/2 B.
1473

Douze de ces membres avaient adhéré à la combinaison D, donnant comme répartition :

6 membres inscrits à la Combinaison AD.
5 membres inscrits à la Combinaison ACD.
1 membre inscrit à la Combinaison BD.

Vous voyez que le nombre de nos sociétaires continue à s'accroître normalement, sinon très vite ; que la combinaison AC est en pleine faveur et que nos confrères commencent à se préoccuper sérieusement des avantages offerts par la combinaison D.

Voici l'exposé des comptes pour l'année 1909 :

Recettes.

Les recettes se sont élevées à 148.597 fr. 29, savoir :

Cotisations		136.800 50
Intérêts		9.501 39
Recouvrements et rappels		1.269 45
Dons		527 20
Remboursements de valeurs		498 75
		148.597 29

Dépenses.

Les dépenses, pendant le même exercice, se sont élevées à 130.585 fr., savoir :

Frais de poste	598 10	
Timbres quittances	327 50	
Frais de recouvrements et rappels	285 60	
Frais de trésorerie	78 30	
Frais de bureau et indemnités	3.200 »	
Frais de déplacement	25 »	
Matériel	64 15	
Impressions	289 »	4.867 65
Indemnités maladie		95.191 45
Versements par la Caisse auxiliaire		100 »
		100.159 10
Plus pour ordre :		
Versements à la Caisse des Pensions. Combinaison C		28.150 50
Versements à la combinaison D		2.194 40
Remboursements pour ristournes		81 »
		130.585 »

Balance des comptes

Si au total des recettes de l'exercice		148.597 29
on ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1908	13.780 82	
moins ce qui était dû au trésorier à la même époque	4.501 73	9.279 09
On obtient		157.876 38
et si l'on retranche les dépenses		130.585 »
Il reste un excédent de		27.291 38

Dont l'emploi a été fait de la manière suivante :

1° Achat de valeurs :		
12 obligations Ch. de fer Orléans anciennes	5.393 70	
20 Obl. Ch. de fer du Bourbonnais	8.748 66	14.142 36
2° Espèces :		
A la Société générale	33.860 70	
Moins dû au trésorier	20.711 68	13.149 02
Total égal		27.291 38

Combinaison C

Vous savez, Messieurs, que nous avons chargé la *Caisse des Pensions de retraite du Corps médical Français* de gérer notre combinaison C ; nous lui versons les cotisations que nous encaissons et ne servons que d'intermédiaires entre nos sociétaires et la Caisse.

Combinaison D.

Elle constitue un compte à part auquel nous versons ce qui lui revient soit des cotisations, soit des intérêts des valeurs.

Ouverte avec 6 sociétaires, elle en comptait 12 au 31 décembre 1909.

Ses recettes ont été de :

Cotisations	2.473 »
Intérêts	67 27
	2.560 27

Sa participation dans les dépenses de la Société a été de 43 fr. 12.

Si au total de ses recettes		2.560 27
on ajoute les espèces qu'elle possédait au 31 décembre 1908		445 59
On obtient		3.005 86
et si on retranche les dépenses		43 12
Il reste		2.962 74

employés de la manière suivante :

1° Achats de valeurs :		
3 Obl. Ouest nouvelles	1.333 30	
2 Obl. Ouest anciennes	871 10	2.204 40
2° Espèces		758 34
Total égal		2.962 74

La combinaison D possède au 31 décembre 1909 :

5 Obl. Ouest nouvelles	2.221 25	
2 Obl. Ouest anciennes	871 10	3.092 35
Espèces		758 34
		3.850 69

Caisse auxiliaire.

Elle possédait au 31 décembre 1908...	4.252 90
Nous lui avons versé le montant des dons	527 20
	4.780 10
Mais elle a dépensé (souscription Gille).	100 »
Elle possède donc au 31 décembre 1909	4.680 10

Avoir de l'Association au 31 décembre 1909.

La moins-value sur nos valeurs en portefeuille va en s'atténuant ; elle existe pourtant toujours comme le montre le tableau ci-dessous, mais comme nous n'avons aucunement besoin de réaliser, comme nous attendons tranquillement le remboursement de nos titres, cette moins-value n'a pour nous aucune importance.

Quoi qu'il en soit, voilà le résumé de notre avoir :

1° Portefeuille	Au prix d'achat	Au cours du 31 déc. 1909
600 fr. de Rente Française 3 %.....	21.120 35	19.730 »
39 Obl. tunisiennes 3 %. 1892	18.435 06	18.252 »
40 Obl. Gouv. Gén. de l'Algérie 1902.....	18.200 »	18.240 »
10 Obl. Gouv. Gén de Madagascar..	4.637 50	4.800 »
19 Obl. Départ. de l'Aude 3,44 % 1898.....	9.388 76	9.334 »
20 Obl. Ville de Paris 2 % 1899	8.220 25	8.240 »
30 Obl. Ch. de fer Est 3 % anciennes	14.028 53	13.335 »
10 Obl. Ch. de fer Est 3 % nouvelles	4.683 41	4.480 »
40 Obl. Ch. de fer P. L. M. 3 % anciennes.....	19.140 25	18.000 »
19 Obl. Ch. de fer P. L. M. 3 % nouvelles.....	8.925 92	8.483 50
20 Obl. Ch. de fer du Bourbonnais 3 %.....	8.748 06	8.965 »
A reporter.....	135.528 09	131.859 »
Report.....	135.528 09	131.859
29 Obl. Ch. de fer du Midi 3 % anciennes.....	13.374 37	13.021 »
20 Obl. Ch. de fer du Midi 3 % nouvelles.....	8.708 60	8.955 »
32 Obl. Ch. de fer Orléans 3 % anciennes.....	14.257 60	14.432 »
20 Obl. Ch. de fer Orléans 3 % nouvelles...	8.547 85	8.920 »
60 Obl. Ch de fer Grand Central 3 %.....	27.714 02	26.820 »
19 Obl. Ch. de fer Ouest 3 % anciennes.....	8.044 70	8.550 »
20 Obl. Ch. de fer Ouest 3 % nouvelles.....	8.708 60	8.930 »
120 Obl. Ch. de fer Ouest 2,5 %.....	49.320 »	47.790 »
30 Obl. Ch. de fer Est Algérien 3 %.....	13.037 35	13.177 50
30 Obl. Ch. de fer Ouest Algérien 3 %.....	12.900 »	13.095 »
15 Obl. Banque Hypothécaire 3 % 1880.....	8.493 »	8.775 »
20 Obl. Foncières 1883..	9.190 40	8.850 »
	317.833 38	313.075 »

2° Espèces			
A la Société générale ..	33.860 70		
Moins dû au trésorier ..	20.711 68		
Moins dû à combinaison D	13.149 02		
	758 3		
	12.390 68	12.390 68	12.390 68
Totaux		330.224 06	325.465 61

Plus la Combinaison D.

Vous reconnaîtrez, Messieurs, que notre situation est absolument solide et prospère et vous voudrez bien donner au Conseil d'administration l'approbation définitive qu'il vous demande pour ces comptes de l'année 1909.

Le Trésorier :
A. Gassot.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Séance du Conseil pour la préparation de l'Assemblée générale.
(19 octobre 1910)

Présents : MM. Lande, Gassot, Delefosse, Maurat, Mignon et Jeanne : Darras, contrôleur de l'A. G.

Excusés : MM. Verdalle, de Ranse.

Le Conseil entend la lecture des rapports du secrétaire général et du trésorier ; il les approuve et en décide la publication au n° 46 du *Concours médical* dont l'envoi sera fait à tous les sociétaires pour convocation à l'Assemblée. Celle-ci sera tenue le 20 novembre à 10 heures et demie du matin, au Restaurant Marguery, avec l'ordre du jour suivant :

Allocution du Président ;
Communication du secrétaire général ;
Comptes de 1909 (rapports du trésorier et des censeurs) ;
Résultats de l'inventaire quinquennal par M. Fleury ;
Proposition de modification aux statuts pour création de retraites de types très multiples (Dr Gassot) ;

Renouvellements de mandats dans les Comités.

Le Secrétaire,
Dr MAURAT.

Rapport du Secrétaire général

L'Assemblée générale de 1910 présente une importance plus grande encore que celles des années précédentes.

D'abord M. l'actuaire doit vous exposer les résultats du premier inventaire entrepris après l'établissement, il y a cinq ans, des nouveaux tarifs. Ensuite les propositions discutées au sein du Comité de l'A. G. au sujet de l'établissement de nouvelles combinaisons pour la retraite ont forcément un retentissement sur vos statuts établis.

Ce serait à votre secrétaire général qu'incomberait le devoir de vous entretenir de ces deux points d'où découle notre vitalité. Mais vous aurez plus de profit à écouter des voix plus autorisées que la mienne sur ces sujets. Notre excellent actuaire, M. Fleury, si dévoué à la Caisse des pensions et que je tiens à remercier ici de l'affabilité et de la bonne grâce, avec lesquelles il veut bien se mettre toujours à ma disposition, pour résoudre les cas litigieux que me soumettent les adhérents, vous dira où nous en sommes, quelle est notre situation après cinq ans d'exercice et les résolutions qu'il a jugé convenable de soumettre à votre Comité. Notre cher vice-président Gassot, qui a pris à cœur d'étudier à fond les desiderata des médecins pour la création de nouvelles combinaisons, vous soumettra le fruit de ses veilles et de ses calculs. Si j'ajoute que ce qu'il y a de plus important à connaître pour vous, c'est-à-dire l'état pécuniaire annuel de notre Caisse des retraites, va vous être exposé, avec sa compétence et sa clarté habituelle, par notre cher trésorier, il me restera bien peu de choses dont je puisse vous entretenir.

Cependant, il se présente à ma pensée pas mal de questions qui, si elles sont d'un ordre général, n'en demandent pas moins une solution en ce qui concerne notre fonctionnement.

Les grandes Compagnies d'assurances ont, pour leur recrutement, un courant inépuisable et sans cesse en circulation. Elles n'ont à redouter que la concurrence de leurs courtiers. Chez nous, il n'en est pas de même.

Ne pouvant prendre que des adhérents médecins, le nombre est forcément très limité, et, à cet obstacle contre lequel on ne peut rien, s'en sont ajouté d'autres, facultatifs, tels que la création de caisses similaires, etc. ; dans ces conditions, il est donc forcé d'avoir un recrutement limité.

Ajoutons à cela la cherté des primes qui, par le temps actuel, n'est pas une faible barrière opposée à notre recrutement. Contre ce dernier obstacle nous ne pourrons rien non plus, tant que l'Etat maintiendra la nécessité d'avoir en portefeuille des valeurs déterminées qui ne rapportent que des intérêts minimes. Notre encaisse ne provient que de deux sources : les primes et les intérêts des capitaux accumulés ; si l'une baisse, l'autre augmente ; il y a toujours un des niveaux qui est plus élevé que l'autre.

Il est regrettable que celui qui est le plus haut ne puisse jamais être celui des intérêts des capitaux et cependant il ne manque pas de valeurs de tout repos, en dehors de celles indiquées par les pouvoirs publics, qui donneraient un taux d'intérêt plus rémunérateur. Je ne sais si je serai assez heureux de voir cette petite révolution s'accomplir, révolution qui est demandée par bien des Compagnies d'assurances et des gens compétents en la matière.

Depuis notre dernière Assemblée générale, j'ai fait établir des feuilles d'adhésion qui résument tout ce que doit faire le médecin qui désire devenir adhérent ; je vous demande la permission de vous en distribuer quelques exemplaires à titre de propagande.

Je vais passer en revue, comme tous les ans, les demandes ou réflexions d'intérêt général, faites par les médecins désirant entrer dans la Caisse.

Un médecin m'écrit : « Je vais choisir le tableau B, bien que ce mode ne me paraisse pas très avantageux à cause du risque de mort, dont il n'est pas tenu compte, ce me semble, dans une assez large mesure ».

Vous retrouvez là, la grande préoccupation des médecins et qui se traduit par cette simple réflexion : à quoi bon s'assurer, nous n'atteindrons pas l'âge de la retraite : très peu de médecins vont jusqu'à 60 ans ?

Cette erreur de vitalité, si l'on peut s'exprimer ainsi, doit être combattue ; les médecins vivent en moyenne aussi longtemps que les autres mortels : les chiffres de mortalité relevés n'indiquent pas cette soi-disant tare professionnelle.

Un autre confrère me demande si l'adhésion à l'A. G. est aussi nécessaire pour la femme. L'art. 3 est ainsi libellé : Les femmes des médecins faisant partie de la Société sont assimilées aux médecins et peuvent être admises *aux mêmes conditions*, diplôme excepté... et l'art. 8 définit ces conditions, entre autres celle d'appartenir à l'Association générale des médecins de France : donc pas d'erreur.

Est-on dans l'obligation de ne plus exercer à 60 ans d'âge lorsqu'on touche sa retraite ? Certainement non ; la pratique de la médecine n'a rien à voir dans notre Caisse. Vous vous êtes assuré, vous avez payé vos primes réglementaires, vous avez 60 ans d'âge et 15 ans de participation, vous êtes en règle pour toucher votre retraite. Cette combinaison qui, je crois, existe dans d'autres caisses, ne peut s'appliquer qu'à des médecins ayant au moins de l'aisance. Et encore, un médecin dans l'aisance au moment de son adhésion peut subir des risques de fortune dans le cours de sa carrière et être pauvre à 60 ans.

S'il n'a que sa retraite, c'est quelque chose, mais juste suffisant.

La retraite n'est pas reversible en totalité ou en partie sur la tête de la femme. Elle s'éteint au décès du titulaire.

Un confrère m'écrit : j'ai 55 ans, je voudrais bien entrer dans la Caisse, mais pour avoir une retraite à 60 ans, il faut faire des versements pendant 15 ans. Si, cependant, je versais d'un coup à votre société les 10 années d'arrérages (intérêts compris) ne pourrais-je dans 5 ans, c'est-à-dire à

60 ans, m'assurer la retraite indiquée après 15 ans de participation ?

Cette demande prouve d'abord une chose, c'est que notre collègue, comme beaucoup, ne se rend pas bien compte du jeu des assurances en général. Il n'y a pas à faire du sentiment avec les chiffres. Or, ces derniers sont basés sur la mortalité probable. Pendant les 10 ans que M. X. n'a pas fait de versement, il aurait pu mourir ; s'il avait été adhérent et avait fourni quelques primes, ces primes étaient utilisées au paiement des retraites, et, c'est d'ailleurs le seul moyen qui permette de donner une retraite viagère de 1.200 fr. pour 5.425 versés à 25 ans en 35 primes, et c'est ce qui explique aussi le jeu des contre-assurances.

M. Y. m'écrit : « Si l'on ne verse pas ces 15 annuités, sont-elles perdues en totalité ou remboursées à 60 ans, avec déduction bien entendu ?» Cette question m'arrête, car il peut arriver que pour une raison ou pour une autre : maladie, concurrence, etc., on se trouve dans l'impossibilité de continuer les versements.

J'ai répondu : à moins de contre-assurance, les primes versées restent acquises à la Caisse ; mais à l'inverse des compagnies d'assurances (et c'est un avantage de la Caisse), si vous êtes obligé de suspendre vos paiements, ils ne sont pas perdus pour cela. Votre droit à la retraite après 60 ans, reste toujours formel ; il vous suffira d'avoir à cette époque au plus tard fait 15 versements ; à ce moment, il vous sera délivré une retraite proportionnelle à ces versements.

Enfin, pour ne pas a longer indéfiniment ce rapport, je vous rapporterai en terminant la demande suivante d'un adhérent de l'Amicale, combinaison D. Notre confrère demandait s'il ne pourrait pas, tout en conservant la combinaison D de la Caisse des pensions, en choisir une autre qui lui donnerait déjà la retraite à 60 ans, en tenant compte des versements déjà effectués. Le Comité a résolu cette question par l'affirmative et notre actuaire a bien voulu calculer la prime annuelle à verser en sus de la prime de l'Amicale.

Ces quelques exemples vous prouvent combien nos statuts, malgré leur clarté, prêtent à des interprétations diverses.

Votre comité en fait son profit, car ces questions lui permettent de mettre au point certains paragraphes qui, à la lecture, paraissaient très clairs.

D'après les statuts, trois membres de votre comité directeur et trois membres de votre comité des censeurs sont arrivés au terme de leur mandat.

Vous avez à procéder à leur réélection ou à leur remplacement.

Ce sont, pour le comité directeur : MM. Lande, Jeanne et Delefosse pour une nouvelle période de cinq ans.

Pour le comité des censeurs : MM. Baronnet, Hiblot, Barada pour une période de 3 ans.

Le secrétaire général,

Dr DELEFOSSE.

Rapport du Trésorier

Messieurs et chers collègues,

Le bilan que j'ai l'honneur de vous présenter se solde par le chiffre de fr. 1.076.834,17 contre fr. 951.679,13, total du bilan de l'exercice 1908, soit une différence en plus de fr. 125.155,04.

C'est vous dire, en un mot, que la Caisse des pensions de retraite du corps médical français est toujours en bonne situation.

Elle a payé cependant en 1909 pour 35.407 francs de retraites et, comme vous le verrez par les pièces annexes, le total des versements pour retraites s'est élevé depuis 1894 à la somme imposante de 388.276,50.

Nous continuons, malgré ces fortes dépenses, à mettre de côté tous les ans et, pendant l'exercice 1909, nous avons acheté une obligation Paris-Lyon-Méditerranée (pour remploi) deux obligations de la Banque hypothécaire de France (pour remploi) et 150 obligations du chemin de fer de l'Ouest ; le tout pour un total de fr. 67.902,20.

Par contre les cotisations ont produit la somme totale de fr. 77. 411,65 et les revenus du portefeuille se sont élevés à fr. 30.086,77.

Le total des recettes a donc été en gros de 110.042,39 et celui des dépenses de 108.026,40 : telles sont les grandes lignes de la marche de la Caisse ; nous en examinerons le détail tout à l'heure.

Exercice 1909

Recettes.

La caisse a reçu :	
pour cotisations encaissées en 1909.	77.411 65
en don (abandon du montant de sa retraite par M. le Dr Lereboullet)..	142 00
Total.....	77.553 65
Les intérêts du portefeuille se sont élevés à la somme de.....	30.086 77
Savoir :	
Intérêts de la rente 3 % amortissable.....	3.525 00
Obligations du Midi.....	4.399 20
Obligations Paris-Lyon-Méditerranée	4.874 40
Obligations Paris-Orléans.....	3.261 60
Obligations foncières 1883.....	2.174 40
Obligations Banque hypothécaire 1880.....	7.235 28
Obligations banque hypothécaire 1881.	993 60
Obligations chemin de fer de l'Est.	1.872 » »
Obligations chemin de fer de l'Ouest.	1.751 29
Total.....	30.086 77

De plus, trois obligations ont été remboursées savoir :

Une obligation Banque hypothécaire de 1880 pour fr.....	975 00
Deux obligations Paris-Lyon-Méditerranée.....	983 92
Total.....	1.958 92

Enfin les fonds déposés dans les diverses banques ont produit un intérêt de 443 05

Si nous additionnons ces divers totaux, nous arrivons au total général des recettes de 110.042 39 décomposé comme suit :

Cotisations et dons.....	77.553 65
Revenus du portefeuille.....	30.086 77
Amortissement et remboursements.	1.958 92
Intérêts dans les banques.....	443 05
Total général	110.042 39

Détail des dépenses :

Le total des dépenses se décompose ainsi qu'il suit :

Pour achat de valeurs	67.902 20
Savoir :	
Une obligation Paris-Lyon-Méditerranée (en remploi).....	443 25
Deux obligations de la Banque hypothécaire de France (en remploi).	1.152 20
150 obligations du chemin de fer de l'Ouest.....	66.306 75
Total.....	67.902 20
Les frais généraux s'élèvent au total de.....	4.717 20
Savoir :	
Pour frais de bureau et impression..	952 35
Pour indemnités (secrétariat ; trésorerie, déplacements).	3.200 00
Frais de banques	564 85
Total	4.717 20

Enfin le paiement des retraites a absorbé la somme de..... 35.407 00

Soit le tableau suivant :

Achat de valeurs.....	67.902 20
Frais généraux	4.717 20
Retraites	35.407 00
Total général.	108.026 40

Résumé. — L'histoire de la Caisse des pensions pour l'exercice 1909 peut se résumer en quelques lignes :

Cotisations. — A la Caisse des pensions se sont inscrits, en 1909, 13 adhérents nouveaux, qui ont versé en cotisations la somme totale de 4,398 francs ;

Sur cette somme, un arrérage pour 1.489 francs.

La Caisse des pensions a en outre reçu les cotisations de 37 membres nouveaux de l'Association amicale (combinaison C).

Ces 37 membres nouveaux ont versé la somme totale de 6.750 francs.

Le total des cotisations versées tant par les membres nouveaux de la Caisse des pensions proprement dite que par ceux de l'Association amicale s'élève donc pour l'exercice 1909 à fr. 12.457.

Un membre de l'Association amicale, M. le Dr D...(combinaison C) est décédé en 1909 ; sa cotisation était de 205 francs ; il lui a été remboursé la somme de 185 francs, soit sa cotisation contre-assurée, moins une somme de 20 fr. suivant le règlement que portent les statuts.

Retraites. — Le total des retraites payées en 1909 a été de 35,407 fr.; il n'était que de 30,635 fr. en 1908.

Quatre de nos retraités sont décédés en 1908 ; ils absorbaient la somme de 2.005 francs ; par contre, 7 nouveaux retraités ont été inscrits pour la somme totale de 4.002, 50.

Nous avons eu le regret d'enregistrer pour 1909 la mort de quatre de nos retraités ; ils absorbaient la somme totale de 2.375 francs.

Ne quittons pas ce chapitre des retraites sans souligner la générosité chronique d'un de nos pensionnaires, notre aimé président de l'Association générale, M. Lereboullet ; comme tous les ans, il a abandonné à l'œuvre le montant de sa retraite. Vous associerez, de grand cœur, mes chers collègues, vos remerciements aux miens et vous enverrez à M. Lereboullet l'expression de notre vive reconnaissance.

Telle est, Messieurs et chers collègues, l'histoire financière de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français pour l'exercice 1909. Vous voyez que j'avais raison au début de cette étude de vous dire que la situation est bonne ; sagement et rigoureusement administrée, la Caisse poursuit sa marche en avant d'un pas assuré ; la route est droite et libre ; nul doute que l'inventaire que va dresser cette année notre distingué contrôleur actuaire, M. Fleury, ne vous donne des espérances tout à fait rassurantes.

Il me reste à vous remercier, Messieurs et chers collègues, de la confiance que vous avez bien voulu me continuer ; je continuerai moi-même, vous pouvez en être certains, à faire tous mes efforts pour m'en montrer toujours digne.

H. VERDALLE.

Pièces annexes

Bilan au 31 décembre 1909.

Caisse.....	51.234 14	
Obligations du chemin de fer du Midi	153.466 75	
Rente 3 % amortissable	116.560 00	
Obligations foncière 1883.....	63.742 00	
Obligations du chemin de fer Paris Orléans	96.690 00	
Obligations Paris-Lyon - Méditerranée fusion anc.	143.000 33	
Obligations du chemin de fer de l'Est (nouvelles).	58.240 00	
Obligations de la Banque hypothécaire 1881 ..	30.153 »	
Obligations de la banque hypothécaire (1880).	294.432 20	
Obligations du chemin de fer de l'Ouest(nouvelles)	66.306.75	
A capital		1.076.834 17
	1.076.834 17	1.076.834 17

Certifié le bilan ci-dessus conforme aux écritures du journal et du Grand-Livre, arrêté à l'actif et au passif à la somme de un million soixante seize mille huit cent trente-quatre francs, dix-sept centimes.

Le Trésorier,

Dr VERDALLE.

Compte de profits et pertes (31 décembre 1909).

A frais généraux, pour balance...		4.274 15
Solde ou excédent de recette, porté au compte capital.....		125.155 04
Total égal.....		129.429 19

Par caisse : coupons et intérêts encaissés en 1909 :

Rente 3 % amortissable.....	3.525 00	
Obligat. du Midi..	4.399 20	
Obligations Paris-Lyon-Méditerranée.....	4.874 40	
Obligations Paris-Orléans	3.261 60	
Obligations foncières 1883.....	2.174 40	
Obligations banque hypothéc. 1881.	993.60	
Obligations banque hypothéc. 1880.	7.235.28	
Obligations chemin de fer de l'Est..	1.872 00	
Obligations chemin de fer de l'Ouest.	1.751 29	
		30.086 77

Par divers pour plus-value sur les valeurs du portefeuille :

Par obligations Midi	5.809 77	
Par obligations foncières 1883	2.557 50	
Par rente 3 % amortissable	2.943 95	
Par oblig. banque hypothéc. 1880.	25.925 95	
Par obligat. banque hypothécaire 1881.....	1.245 93	
Par obligations Paris-Orléans.....	11.837 75	
Par obligations Paris-Lyon-Méditer.	6.012 42	
Par obligations Est nouvelles	862 50	
		57.195 77
Par Caisse des pensions, sa balance, soit la partie disponible des recettes au 31 décembre, savoir la différence entre les cotisations reçues et les retraites payées ...		42.146 65
Total égal.....		129.429 19

Tableau des retraites.

MM.	Francs		Francs
M. C.....	2.400	Report	21.410
Madame G ..	1.600	M.....	400
M. M.....	800	O.....	800
B.....	800	P.....	800
B.....	800	P.....	1.600
B.....	800	P.....	1.200
B.....	800	P.....	372
B.....	800	P.....	199
B.....	452	R.....	130
A.....	600	R.....	800
C.....	323	R.....	557
C.....	800	R et Madame R.....	366
F.....	800	R.....	73
G.....	309	V.....	800
G.....	151	L.....	800
G.....	400	Madame G..	800
Madame G ..	400	C.....	479
H	800	L.....	217
H.....	800	H.....	337
J.....	1.600	B.....	163
L.....	400	G J.....	1.600
Madame L ..	400	C.....	141
M.....	752	L.....	400
M.....	800	S.....	800
M.....	400	D.....	221
M.....	800	L.....	142
Madame M..	623		
A reporter..	21.410	Total.....	35.407

Rappel du chiffre des cotisations.

Cotisations encaissées du 1er janvier 1884 au 31 décembre 1908.	1.256.370 86
En 1909.....	77.411 65
Total.....	1.333.782 51

Rappel du chiffre des retraites payées :

De 1894 à 1908 (inclus)...	352.869 50
En 1909	35.407 »
Total.....	388.276 50

Rappel du chiffre des revenus du portefeuille :

De 1889 à 1908 (inclus)	400.012 67
En 1909.....	30.086 77
Total.....	430.099 44

Capital.

Compte créditeur au 31 décembre 1908.....	951 679 13
Le capital a été augmenté au 31 décembre 1909 de l'excédent disponible des recettes du 31 décembre 1908 au 31 décembre 1909, soit de la somme de.	125.155 04
Le capital est donc créditeur au 31 décembre 1909 de.....	1.076.834 17
L'actif est représenté par les valeurs du portefeuille au 31 décembre 1909, au cours de la bourse de Paris à la date de ce jour.....	1.025 600.03
Et des espèces en caisse au 31 décembre 1909, ci.....	51.234 14
Total égal.....	1.076 834 17

31 *décembre* 1909.

Portefeuille.

269 obligations du chemin de fer du Midi, anciennes ;
73 obligat ons du chemin de fer du Midi, nouvelles.
3.525 francs de rente 3 % amortissable ;
190 obligations du chemin de fer Paris-Orléans ;
319 obligations du chemin de fer Paris-Lyon-Méditerranée (fusion ancienne) ;
130 obligations du chemin de fer de l'Est ; (nouvelles).
503 obligations de la Banque hypothécaire de France 1880 ;
69 obligations de la Banque hypothécaire de France 1881 ;
151 obligations foncières 1883 ;
150 obligations du chemin de fer de l'Ouest (nouvelles).

Modification proposée aux statuts.

ARTICLE II. — Addition entre les §§ 6 et 7:

« Il leur est en outre permis de se constituer « une retraite restreinte de un, deux, trois, qua- « tre ou cinq douzièmes de la retraite type, soit « 100 fr. 200 fr. 300 fr. 400 fr. ou 500 fr. en ver- « sant annuellement un, deux, trois, quatre ou « cinq douzièmes de la cotisation ».

PROPOS DU JOUR

Encore les Conflits médico-mutualistes.

Nous lisons dans le *Bulletin officiel du Collège des médecins de l'agglomération bruxelloise* le manifeste suivant :

Le Cercle médical d'Anvers et faubourgs, U. P. R., aux médecins belges

Confrères !

Une société de secours mutuels « La Liberale Ziekenbeurs » (1) d'Anvers, se trouvant en délicatesse avec le « Cercle Médical d'Anvers et faubourgs », Union professionnelle reconnue, se propose de renvoyer les quatre médecins qui assurent actuellement son service parce que ceux-ci restent fidèles au pacte de solidarité qu'ils ont conclu avec le « Cercle Médical » U. P. R.

Nous apprenons, de sources différentes, que la direction de la « Liberale Ziekenbeurs » d'Anvers, n'ayant pas trouvé de traître dans le corps médical anversois, cherche, dans diverses régions du pays, à embaucher des médecins pour assurer le service de ses membres malades et lui permettre ainsi de chasser des confrères qui, pendant plusieurs années, lui ont rendu d'honnêtes et loyaux services.

Nous prions les médecins, au nom de la solidarité qui doit unir tous les membres du Corps Médical Belge, de repousser les propositions qui leur seraient faites par la « Liberale Ziekenbeurs » d'Anvers.

Ceux qui remplaceraient les quatre praticiens actuellement en fonctions dans cette société, commettraient une mauvaise action que le Corps Médical Anversois, uni en un faisceau compact, ne leur pardonnerait jamais !

Ils seraient mis au ban du Corps Médical du Pays entier, car nous n'hésiterons pas à faire tous les sacrifices nécessaires pour protéger et défendre les droits de nos confrères actuellement en fonctions à la « Liberale Ziekenbeurs » d'Anvers.

Nous osons espérer qu'il ne se trouvera, parmi les médecins de Belgique, aucun traître, aucun renard, pour prendre le pain de confrères qui veulent rester fidèles aux engagements qu'ils ont pris vis-à-vis de leur union professionnelle.

Au nom du Cercle Médical d'Anvers et faubourgs, Union Professionnelle Reconnue.

Le Secrétaire,
Dr R. BRANDLIGT.

Le Président du Comité Mixte Médico-Pharmaceutique,
Dr Emile VAN DE VORST.

Le Président du Cercle Médical,
Dr Edouard d'HAENENS.

(1) Cette société prend quelquefois aussi le titre de « Liberale Bakkerij ».

En Belgique comme en France, les conflits médico-mutualistes se multiplient. En Belgique comme en France, sous les couleurs de la mutualité, les politiciens de tous les partis font aux dépens de médecins naïfs une propagande hypocrite et à bon marché.

La *Liberale Ziekenbeurs*, en effet, pour attirer à elle des médecins à tout faire, n'a pas hésité à annoncer qu'elle était toute puissante au Conseil communal d'Anvers et pourrait obtenir des postes officiels à ceux qui trahiraient leurs confrères. Mais il lui faut compter avec l'énergie du *Cercle médical d'Anvers* qui, lui aussi, a son influence et ses défenseurs dans les trois partis qui se partagent le Conseil de la ville.

Nous souhaitons de tout cœur que nos confrères anversois triomphent dans cette lutte et qu'il ne se trouve pas chez eux, comme chez nos compatriotes de Millau et de La Rochelle, des diplômés capables de se plier dans de telles conditions aux exigences mutualistes.

Rappelons qu'à Millau de jeunes docteurs en médecine, auxquels nous ne ferons pas l'honneur de donner le nom de confrères, ni même de médecins, vinrent assurer le service mutualiste et essayer de mettre en échec l'action modérée

et plus que légitime du Corps médical Millavois.

Rappelons qu'à La Rochelle, des diplômés d'origines diverses jouent actuellement le même rôle.

Nous savons qu'à Millau, chaque famille mutualiste (père, mère, enfants, ascendants et autres personnes vivant sous le même toit) paye un abonnement de *huit* francs pour le médecin. On ne nous a pas dit à combien de deniers les sociétés de La Rochelle estimaient les services des trois diplômés, qu'elles ont fini par découvrir en France, et cela non sans annonces ni sans peine.

A nos syndicats de fixer la nature des rapports qui doivent s'établir entre nos confrères et les adeptes de cette médecine néo-mutualiste. Il est de leur devoir d'étudier promptement la solution de ces genres de conflits, puis d'agir avec méthode et énergie, et de prendre les mesures les plus sérieuses pour faire respecter leurs décisions, sans sortir des limites du droit syndical que les lois de 1884 et de 1892 octroient aux médedecins praticiens.

J. NOIR.

OTOLOGIE

Traitement des corps étrangers du conduit auditif externe,

Par le Dr Maurice PATEL,
Agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

Il n'est pas rare, même à l'heure actuelle, de voir survenir, à la suite des corps étrangers du conduit auditif externe, des accidents graves, voire même mortels ; il peut paraître singulier de dire que ces derniers sont toujours dus à des manœuvres d'extraction intempestives ou maladroites.

Le corps étranger en effet, abandonné à lui-même, ne cause aucun dommage sérieux ; tout au plus voit-on survenir quelques phénomènes réflexes (toux, vomissements) ou bien une altération de l'ouïe, à la suite d'un englobement par le cérumen. C'est ainsi que je viens d'observer une balle de revolver logée depuis plus de deux ans dans le conduit auditif ; le blessé, qui ne l'avait jamais touché, s'est décidé à l'extraction uniquement parce qu'il ne pouvait nettoyer suffisamment son oreille. A-t-il été, au contraire, l'objet de manœuvres aveugles ? Le conduit auditif saigne, le tympan peut être perforé, les osselets peuvent être détruits, la porte est ouverte à l'infection ; c'est ainsi que s'installe l'otite purulente moyenne, avec ses complications particulièrement fréquentes dans ce cas (mastoïdite, phlébite des veines, méningite, abcès du cerveau).

Le praticien doit et peut tout éviter, en ayant soin de suivre des règles immuables.

Deux circonstances peuvent être envisagées :

1° L'accident est récent ;

2° L'accident remonte à plusieurs jours.

I. L'ACCIDENT EST RÉCENT.

Un enfant, plus souvent qu'un adulte, vient de s'introduire par mégarde dans l'oreille une perle, un pois, un haricot, un fragment de crayon, un bouton de bottine ; sa mère vous l'amène précipitamment. Commencez par la rassurer en demandant tous les renseignements concernant l'accident. Observez rigoureusement les règles suivantes :

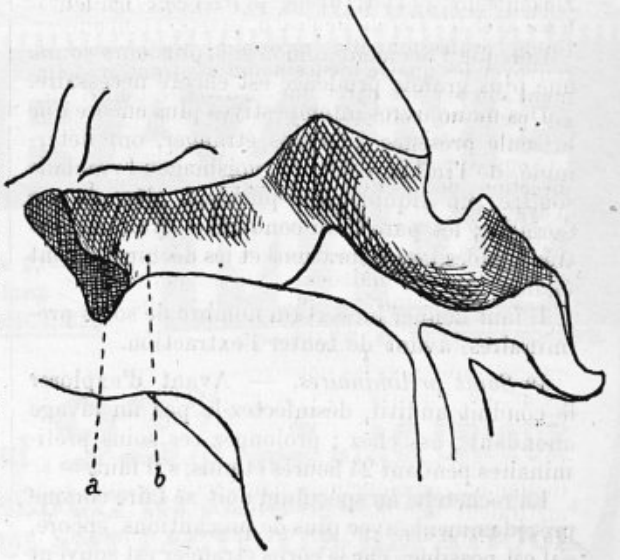
1° Voir le corps étranger ;

2° Utiliser le lavage du conduit auditif ;

3° Se servir exceptionnellement d'instruments.

1° *Voir le corps étranger.* — Cette recherche est indispensable ; le corps étranger peut ne plus exister. *Il faut voir.* Parfois, on l'aperçoit en déplaçant en haut et en arrière le pavillon de l'oreille. Plus souvent, il est invisible.

Faites asseoir l'enfant sur les genoux d'un aide, qui lui fixera en même temps la tête. Prenez le spéculum, et cherchez au moyen d'un foyer lumineux et d'une glace de fortune. Le spéculum doit être introduit doucement, en se rappelant l'anatomie du conduit auditif externe ; son rétrécissement médian ; sa concavité dirigée en bas, et son double coude sur une coupe horizontale (voir figure). Vous verrez ainsi le corps du délit,



Direction du conduit auditif externe (coupe horizontale)
a) Sinus hypotympanique. — b) Sinus prétympanique.

sa forme, son volume, sa situation, l'état des parois du conduit.

Ces notions bien acquises, vous êtes en général maître de la situation.

2° *Utiliser le lavage du conduit auditif.* — C'est la première et la seule manœuvre qu'il faille faire, lorsque le corps étranger a franchi le rétrécissement du conduit et est tombé dans le sinus prétympanique.

Préparez de l'eau bouillie *tiède* (l'eau froide lancée contre le tympan provoquerait fatalement la syncope) ; prenez une seringue à hydrocèle ; garnir l'extrémité de l'embout d'un petit tuyau de caoutchouc pour éviter toute blessure du conduit.

Faites étendre le sujet, afin d'éviter la syncope ; de la main gauche, portez le pavillon de l'oreille en haut et en avant ; de la main droite, dirigez le jet de la seringue, non pas dans l'axe du conduit, mais contre la paroi postéro-supérieure. En poussant l'injection avec une certaine force, il est rare qu'à la deuxième seringue, le corps étranger ne soit expulsé.

Cependant, vous pouvez échouer ; sachez résister à la tentation de prendre un instrument métallique, ou à la pression de l'entourage : le corps étranger n'est pas dangereux par son séjour. Placez dans l'oreille un tampon imbibé de glycérine ; le lendemain, renouvelez l'injection ; votre victoire est certaine.

II. L'ACCIDENT DATE DE PLUSIEURS JOURS.

Lorsque l'accident remonte à plusieurs jours, une plus grande prudence est encore nécessaire.

Des manœuvres intempestives plus encore que la seule présence du corps étranger, ont déterminé de l'inflammation de voisinage ; le malade souffre, un liquide séro-purulent s'écoule par l'oreille ; les parois du conduit, le tympan, sont très friables, les perforations et les déchirures sont faciles.

Il faut donner un certain nombre de soins préiminaires, avant de tenter l'extraction.

1° *Soins préliminaires.* — Avant d'explorer le conduit auditif, désinfectez-le par un lavage abondant ; asséchez ; prolongez ces soins préliminaires pendant 24 heures et plus, s'il faut.

La recherche au spéculum doit se faire comme précédemment, avec plus de précautions encore, s'il est possible, car le corps étranger est souvent enchâssé dans les replis d'une paroi épaissie.

Lorsque sa présence et son siège auront été découverts, il faut l'extraire.

2° *Extraction.* — *a*) Le *lavage* est la première manœuvre à utiliser ; répétez-le en laissant dans l'intervalle un tampon imbibé de glycérine. Le succès est fréquent, mais non constant.

b) C'est alors, mais alors seulement, qu'il faut tenter l'*extraction instrumentale* ; quelques auteurs vont jusqu'à dire qu'il ne faut y recourir qu'en cas d'accidents locaux ou généraux persistants.

Vous trouverez décrits un nombre considérable d'instruments piquants, de crochets, de pinces, de leviers ; laissez de côté, par principe tout instrument dangereux, pouvant au cours des manœuvres, amener une blessure des parties molles.

Le stylet boutonné, que vous couderez à volonté, est le meilleur extracteur.

Placez alors le speculum, pour bien mettre en évidence le corps du délit ; introduisez lentement le crochet, *sans le perdre de vue* ; cherchez, et vous trouverez un interstice entre la paroi du conduit et le corps étranger. Vous pouvez ainsi le doubler, le mobiliser et l'extraire. S'il lâche, n'insistez pas, s'il devient mobile, l'injection forcée fera le reste.

La variété des corps étrangers oblige parfois à des artifices qu'il faut connaître. Les mines de crayon seront retirées avec un petit morceau de bois enduit de glu ; il suffira de laisser sécher pendant une heure. Les boutons de bottine seront retirés avec un petit crochet introduit dans l'œillet, si celui-ci se présente. S'il s'agit d'une perle, dont le trou occupe l'axe du conduit, on peut introduire une petite laminaire qui se gonflera et permettra une prise solide.

Toutes ces manœuvres seront très prudentes et réduites au minimum ; il ne faut à aucun prix faire le plus petit délabrement. Si rien ne presse, les tampons imbibés de glycérine, laissés pendant 24 heures, faciliteront la besogne ; une injection de quelques gouttes d'alcool ou de solution de cocaïne à 1/100, amèneront une rétraction de la paroi.

3° L'*intervention chirurgicale.* — C'est seulement dans les cas rebelles, dans les cas anciens avec phénomènes infectieux graves, que le cas relève de la chirurgie. On aura recours aussi à l'intervention s'il s'agit de balles de revolver encastrées solidement dans le conduit.

Le principe de l'intervention est d'aborder le corps étranger par sa face interne, et de faire une extraction de dedans en dehors. Elle comprend les temps suivants :

a) Une incision est pratiquée dans le sillon rétro-auriculaire, plus en avant que pour une mastoïdite ; seules, quelques branches de l'auriculaire postérieure saignent.

b) Décollement de la face postérieure du conduit auditif ; il s'exécute avec une rugine, le plus loin possible ; on arrive ainsi, chez l'enfant, au niveau du tympan.

c) Incision du conduit auditif, sur la face postérieure ; on met à découvert le corps étranger, et il est facile, avec une sonde cannelée, de le mobiliser et de l'extraire.



Ecrire pour Echantillon : **6, rue Guillaume-Tell, PARIS.**

PIPÉRAZINE MIDY

Le PLUS ACTIF des remèdes à prescrire dans toutes les manifestations de l'ARTHRITISME et de l'URICÉMIE

GRANULÉE ◉ EFFERVESCENTE

SEULE ELLE dissout **92%** des composés de l'**AC. URIQUE** et **RÉDUIT les déchets uratiques en STIMULANT l'ACTIVITÉ HÉPATIQUE.**

(Par le Citrate de soude à l'état naissant).

La Publicité de la PIPÉRAZINE MIDY est exclusivement médicale.

CLICHÉ ATLAS

ÉCHANTILLONS :
Pharmacie MIDY,
140, faubourg Saint-Honoré,
PARIS

COMME PRÉVENTIF :
2 à 3 mesures par jour 10 jours par mois.

CRISES AIGUËS :
4 à 6 mesures par jour, dissoutes dans un verre d'eau à distance des repas.

Chaque mesure (cuillerée à café) = 0.20 gr. Pip. pure.

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

tificat médical puisqu'il constate la nature de la blessure.

L'article 9 lui est donc applicable ; c'est-à-dire qu'il doit être tarifé 2 fr. (et non 1 fr. 50 comme vous le dites à tort), s'il est sommaire et 5 fr. « en cas de blessures multiples, ou bien de contusions ou brûlures, portant sur le thorax, l'abdomen ou la tête ». C'est le cas dans l'espèce que vous nous soumettez, l'ouvrier ayant été écrasé entre deux blocs de pierre. Vous pouvez compter 5 francs votre certificat, plus le prix de la visite.

Dr O., à P. A., à « Sou médical ». — Il y a quelques mois, à ma demande de renseignements, le Dr Jeanne avait l'amabilité de me répondre très longuement.

Il y a quelques jours, à une nouvelle demande, c'était le « Sou médical » qui m'adressait les renseignements les plus précis.

En même temps que mes remerciements les plus sincères, j'adresse au bénéfice de vos œuvres un mandat-poste de 10 francs.

Dr X., à T. à *Concours*. — Voudriez-vous avoir l'obligeance, pour un prochain numéro du *Concours*, de bien vouloir me dire, au sujet des accidents du travail, quelle est la limite qui sépare le pansement aseptique compté dans le prix de la visite et le pansement antiseptique compté 2 visites ?

J'ai soigné dernièrement un accidenté du travail pour un écrasement du doigt — pansé avec des bains antiseptiques et des substances antiseptiques — l'assurance prétend qu'il s'agit là d'un petit pansement sans importance et ne veut payer que le prix de la visite.

Est-elle dans son droit ? et comment dois-je rédiger ma note d'honoraires? Je crois qu'un petit article du *Concours* éclairerait pas mal de confrères à ce sujet.

Réponse. — Un pansement qui a nécessité l'emploi de bains antiseptiques et de substances antiseptiques est certainement, aux termes du tarif Dubief, un pansement antiseptique complet et nous ne pouvons que vous conseiller de le maintenir comme tel dans votre note et d'en exiger le paiement en sus du prix de la consultation ou visite.

Le pansement antiseptique n'est pas caractérisé seulement par l'emploi de l'antiseptique ou par la puissance de l'antiseptique

Suite page XIV.

BORNYVAL SÉDATIF DE Premier CHOIX
(Isovalérianate de Bornéol)

dans toutes les névroses des appareils circulatoire et digestif et du système nerveux central.
Présente l'action spécifique de la valériane au plus haut degré sans aucune action secondaire désagréable.

INDICATIONS SPÉCIALES : ***Névroses du Cœur et des Vaisseaux, Hystérie, Hypochondrie, Neurasthénie, Insomnie nerveuse et Céphalalgie, Troubles menstruels, Asthme nerveux, Atonie gastro-intestinale.***

En boîte d'origine de 25 perles. Dose : généralement une perle 3 ou 4 fois par jour.
Echantillons et Notices gratuitement à la disposition de MM. les Médecins.

G. SEVIN, Pharmacien, Médaille d'Or des Hôpitaux de Paris — **4, Rue Meslay, Paris**

CONSTIPATION
LAXATIF-PURGATIF
. Délicieux, Inoffensif.
. Exclus. Végétal.
Pas d'Accoutumance.
. Conservation parfaite.
FRANGYLÈNE
AU RHAMNUS FRANGULA
Labor. L. THEVENON
Pharmacien
Chimiste Analyste de l'Institut Pasteur.
2f.50 LE FLACON
INFANTILE
OULLINS (Rhône)
Echant. Méd. Gratuit avec Brochure

BUSSANG
RECONSTITUANTE
DIGESTIVE
DIURÉTIQUE

AU VÉSINET
Etablissement hydrothérapique et Maison de Convalescence de la Villa des Pages
MALADIES NERVEUSES ET RHUMATISMALES
TRAITEMENT SPÉCIAL DE LA NEURASTHÉNIE
Parc de 3 hectares.
Dix chalets séparés facilitent les cures d'isolement.
Maison de premier ordre.— Prix de pension de **600** fr. à **800** fr. par mois.
Médecins-Directeurs : Dr RAFFEGEAU et Dr MIGNON.

CONTREXEVILLE GREAT SOURCE
GOUTTE GRAVELLE, Voies Urinaires, Régularisatrice de la Digestion
Société des Meilleures Eaux Minérales : Contréxéville Great Source à Contrexéville (Vosge)

ALIMENT "ESSENTIEL" AU CACAO
Ne contient que des phosphates organiques; ACIDE Phosphorique du FROMENT et du LAIT
Maladies de l'Estomac et de l'Intestin, Maladies du Cœur et des Vaisseaux. Obésité, Albuminurie, Diabète, Alimentation des Enfants, Régime Lacto-Végétarien,
"MOFÉOL"
Préparation caféïforme n'ayant aucun des inconvénients du café
PRODUITS DE RÉGIME Ch. HEUDEBERT, *120, Faubourg St-Honoré, Paris.* Téléphone 583-52

d) Suture de la plaie ; mèche de gaze dans le conduit laissée 24 heures. Quelques insufflations boriquées ultérieurement.

En cas d'accidents plus sérieux (mastoïdite, abcès du cerveau), il faut nécessairement faire plus ; l'intervention est complexe.

Telles sont les différentes étapes du traitement d'un corps étranger du conduit auditif externe ; la dernière ne devrait jamais être franchie si la première est exécutée à temps et correctement.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement abortif de la syphilis.

D'après les plus récentes recherches de M. le Dr Hallopeau, un traitement local intensif,, mis en œuvre à partir des vingt premiers jours, d'une syphilis à sa période primaire, et combiné avec un traitement général, également très actif, en enraye complètement l'évolution : 14 observations en font foi, sans aucun fait négatif ; on peut employer à cet effet, soit l'hectine à la dose quotidienne de 0,20 centigr., soit le cyanure de mercure à celle de 0,0025 à 0,0050 décimilligrammes, soit, l'hectargyre, qui est une combinaison des deux composés précédents ; il y aura lieu de comparer ces trois produits au point de vue de la tolérance. Les injections d'hectine ne sont plus que modérément douloureuses depuis que l'on fait usage d'une préparation neutralisée.

Ce traitement doit être institué dès que le diagnostic a pu être formulé après examen à l'ultra-microscope ; il est encore efficace quand on ne le commence qu'au vingtième jour.

Il y a lieu de lui associer un traitement général par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure et l'iodure de potassium, dans le but de compléter l'action sur les rares tréponèmes, qui ont pu émigrer loin du foyer initial et qui sont déjà attaqués par les produits résorbés des injections locales.

On fera bien de continuer le plus souvent, par prudence, ce traitement pendant 30 jours ; cependant, dans un cas, 20 jours ont suffi, et deux fois M. Fouquet a obtenu des résultats favorables avec des doses moitié moindres et beaucoup moins fréquentes ; il y aura de nouvelles recherches à faire dans cette direction ; *on peut espérer qu'un traitement de 15 jours sera suffisant.*

Etant donné que les injections locales d'hectine et de cyanure de mercure employées isolément ont eu la même action abortive, il est indiqué de leur substituer, si elle est suffisamment tolérée, une des combinaisons de ces deux composés que M. Mouneyrat a dénommée l'hectargyre, celle qui contient 0,10 centigr. d'hectine et 0,002 milligr. de cyanure de mercure ; on réduirait ainsi avantageusement la proportion d'hectine introduite dans l'organisme ; ces questions de pratique sont encore à l'étude.

Il est inutile de procéder ultérieurement à toute médication spécifique ; la maladie a été tuée dans l'œuf.

Le même traitement pratiqué dans une partie qui a eu chance d'être contaminée peut exercer une action préventive.

Ce traitement diffère des médications intensives usuelles par l'accumulation locale en quantités des milliers de fois plus considérables de médicament spécifique dans la région contaminée elle-même et consécutivement par l'absence complète d'infection générale par les tréponèmes pâles.

Il permet de guérir en un mois toute syphilis attaquée dans les 25 premiers jours de son évolution, si le chancre est accessible aux injections, ce qui n'a pas lieu quand il siège dans une cavité telle que la bouche, le vagin ou le rectum.

Il y a là un important progrès social, car, du jour où ces faits seront vulgarisés, les cas de contamination diminueront dans d'énormes proportions, et l'on peut prévoir dès à présent le jour où la syphilis deviendra une rareté pathologique comme il en est advenu dans nos contrées pour la lèpre, qui en a été si longtemps le fléau. (Dr Darier).

L'anesthésie par le chlorure d'éthyle

M. le Dr A. Malherbe, de Paris, a fait personnellement plus de 5.250 anesthésies générales au chlorure d'éthyle. Il a récemment exposé dans le *Bull. Méd.* les détails de la technique qu'il préconise et les remarquables résultats qu'il obtient par cette méthode.

Il se sert d'une compresse pliée en quatre épaisseurs ou simplement d'un mouchoir.

La compresse tapissant l'intérieur de la main droite, fortement creusée, de façon à éviter une trop grande surface d'évaporation, on dirige dans le creux de cette compresse le jet tube automatique spécial, construit pour ce genre de narcose ; mais, il faut savoir qu'à défaut de ces tubes, on peut très bien se servir de deux ou trois tubes ordinaires de chlorure d'éthyle, tubes qui servent à l'anesthésie locale, ou même d'ampoules fermées à la lampe. Ainsi donc, avec une simple compresse et un simple tube de chloréthyle, il est possible de faire une anesthésie sans aucune complication.

Suivant l'âge et aussi suivant le degré d'anesthésie que l'on veut obtenir, on projette de 2 à 5 centimètres cubes du liquide, qui, grâce à la forme donnée à la compresse, n'a pas de tendance à s'évaporer.

Sans perdre de temps, on applique la compresse, toujours disposée en cornet et recouverte par la face palmaire de la main droite, sur le nez et la bouche du patient, en l'invitant à faire des inspirations profondes. De la main gauche, on maintient la tête et la mâchoire inférieure.

Il est absolument nécessaire de ne pas laisser respirer d'air.

Lorsque les malades font de grandes inspirations ou lorsqu'il s'agit d'enfants qui poussent

des cris,il arrive qu'ils sont sidérés avec une rapidité étonnante : *dix à quinze secondes*. Mais on voit aussi certains malades, dès que l'on applique la compresse, retenir leur respiration,soit volontairement,soit par crainte ; il suffit dans ces cas, de soulever légèrement la compresse, puis de la réappliquer aussitôt, pour les voir immédiatement faire une inspiration profonde, suivie d'autres inspirations régulières, et, *en trente à quarante secondes*, l'anesthésie est complète,sans qu'il soit nécessaire d'employer une nouvelle quantité de liquide.

Si l'opération est un peu longue,et pour éviter le réveil, on verse de nouveau sur la compresse, de la même façon que la première fois,une nouvelle quantité de chlorure d'éthyle et même une troisième et une quatrième, si cela est nécessaire. Il faut avoir soin de ne pas attendre le réveil pour procéder à l'administration de nouvelles doses. En espaçant ainsi ces doses, on atteint à peine 15 centimètres cubes de liquide et cette quantité permet largement de pratiquer bon nombre de petites opérations pouvant durer de quinze à vingt minutes.

Lorsqu'il s'agit,au contraire, d'opérations devant durer un certain temps, dès que le malade est dans la résolution, nous remplaçons la compresse de chlorure par une autre compresse imbibée de chloroforme et nous l'appliquons vivement sur le nez et la bouche du patient, sans lui laisser respirer d'air. Nous continuons ensuite la narcose au chloroforme par le procédé des petites doses, sans air.

Mais il faut savoir aussi que, même pour des opérations de longue durée, le chlorure d'éthyle est susceptible d'être seul employé. Nul doute qu'un jour il ne prenne rang,comme anesthésique général, à côté du chloroforme et de l'éther, et ne tende même à remplacer ces deux derniers, grâce à sa grande innocuité.

Le chlorure d'éthyle provoque une diminution de la tension artérielle, pendant tout le temps que dure l'anesthésie. Il n'agit pas nettement sur le tube digestif, mais, il provoque des vomissements lorsque le sujet n'est pas à jeun. Cet anesthésique qui, chez l'homme sain, n'exerce aucune influence irritative sur le larynx et les bronches ou, d'une façon générale, sur l'arbre respiratoire,détermine parfois,chez les bronchitiques, des accès de toux gênants, parce qu'ils peuvent s'accompagner, rarement il est vrai, de spasme glottique. Ce sont là, d'ailleurs des phénomènes extrêmement passagers.

L'enfant de quelques mois supporte le chlorure d'éthyle comme les grandes personnes ou comme le vieillard. Il va de soi que les doses doivent être différentes dans ces divers cas.

En résumé, le chlorure d'éthyle est un anesthésique qui réalise un grand nombre de desiderata.

Rétroflexion primitive de l'utérus.

M. le Dr *Jean Deroye* a consacré sa thèse à l'étude d'une infirmité primitive de l'utérus qui paraît encore peu connue, la rétroflexion congénitale ne relevant d'aucun élément infectieux.

Cette rétroflexion est souvent d'ordre congénital, qu'elle existe dès le moment de la naissance ou qu'elle ne se produise qu'à la puberté. De nombreuses causes occasionnelles favorisent l'accentuation de la lésion : les compressions de la vessie trop rarement vidée, du rectum continuellement bourré de matières fécales, la longueur exagérée du col, la brièveté du vagin, la laxité des ligaments, la congestion utérine trop fréquemment répétée, etc.

Cliniquement, la rétroflexion utérine se produit par un ensemble de caractères qui peuvent permettre de la différencier des rétrodéviations secondaires.

Cliniquement, elle est susceptible d'entraîner des troubles : pendant la vie de la jeune fille surtout au moment de la puberté ; — et dans les premiers temps de la vie conjugale.

Elle peut enfin être la cause de complications multiples dont la principale est la stérilité qu'elle peut produire soit par la gêne qu'elle apporte à la fécondation, soit par la fréquence des avortements qu'elle est susceptible de déterminer dans les premiers temps de la grossesse.

MÉDECINE PRATIQUE

Sur la fluxion de poitrine (diagnostic et traitement) ;

Par le Dr Jean Lardières.

Les auteurs classiques, à part Dieulafoy,Grasset et l'école de Montpellier, ne consacrent que quelques lignes à peine à la fluxion de poitrine. Les praticiens, au contraire, emploient volontiers cette dénomination clinique dans la clientèle, et les malades à leur tour parlent aisément de la fluxion de poitrine.

Que faut-il entendre exactement par cette maladie respiratoire, quels sont ses signes, quel est son diagnostic ? Voilà un sujet intéressant à étudier, à « débrouiller » si l'on peut ainsi dire.

En réalité, la fluxion de poitrine n'est pas autre chose que cette *congestion pleuro-pulmonaire*, appelée par Woillez *congestion-maladie*, e qui, affection spéciale et primitive, autonome, du poumon, est uniquement caractérisée par de la congestion pulmonaire.

Cette maladie est assez commune dans l'enfance et souvent on la confond alors avec une pleurodynie.

Elle débute par des frissons ou par un seul frisson. La fièvre est vive, le pouls fréquent, le point de côté très violent, la dyspnée considérable, la toux est brève, pénible. L'expectoration se fait par des crachats visqueux, parfois striés de sang.

Ces signes physiques sont nombreux. Woillez insiste sur l'augmentation de volume du côté malade.

Les vibrations vocales sont normales ou diminuées. Il y a submatité, et cette submatité n'a pas de limites précises ; elle occupe la moitié ou les deux tiers du côté affecté.

A l'auscultation il existe de l'affaiblissement du murmure vésiculaire, parfois du silence, mais plus tard une respiration rude et du souffle bronchique. Au niveau du foyer congestif peuvent exister des râles sous-crépitants fins ou vraiment crépitants.

Enfin, il faut savoir que la plèvre participe souvent au processus fluxionnaire ainsi que les muscles de la paroi thoracique qui sont très douloureux.

Tous les plans superposés de la poitrine semblent atteints et c'est pourquoi, au dire de Dieulafoy, la dénomination de *fluxion de poitrine* est logique.

Cette maladie peut se terminer tantôt en 2 à 5 jours, brusquement, tantôt en un temps beaucoup plus long, très long, et la défervescence se fait en lysis.

A l'énoncé de ces symptômes, on voit combien doit être difficile le diagnostic de la fluxion de poitrine, et, d'emblée, on songe à la pneumonie qui prendrait, il est vrai, ainsi présentée, une forme incomplète ou anormale.

Cependant, dans la pneumonie, la matité est complète, les vibrations thoraciques *exagérées*, les râles sont d'abord crépitants, puis surviennent le souffle tubaire et les râles crépitants de retour, les crachats sont colorés, la défervescence brusque.

Dans la congestion pulmonaire aiguë, fluxion de poitrine, il y a submatité, diminution des vibrations, pas de râle crépitant initial ni de retour, souffle d'emblée doux et diffus et aussi crépitation pleurale très fine, très sèche, très superficielle. Les crachats sont blancs comme de la gomme et la défervescence est progressive habituellement.

En vérité, le diagnostic est des plus difficiles entre la maladie de Woillez et la pneumonie *anormale*, et l'on ne trouve pas dans l'étiologie un moyen sérieux de diagnostic puisque fluxion de poitrine et pneumonie reconnaissent toutes deux pour cause surtout le froid et la grippe.

Il y a cependant un signe donné par Grasset et Dieulafoy qui permettrait d'établir le diagnostic. Tous les plans de la poitrine sont pris dans la maladie-fluxion et le point de côté extrêmement douloureux se réveille à la palpation.

De plus, il existe des râles sibilants et ronflants en même temps que le souffle doux et les râles pleuraux signalés...

Quel sera le traitement de cette affection ? D'abord il faut user largement des révulsifs et s'adresser surtout aux ventouses sèches ou scarifiées. Dès le début aussi, il faut amener la sudation avec l'acétate d'ammoniaque (5 à 8 gr.) et diminuer l'infection locale par les comprimés Roche de thiocol (6 par jour) ou le sirop Roche chez l'enfant (2 à 6 cuillerées à café).

Ce médicament aura encore l'avantage de stimuler les défenses locales phagocytaires, de diminuer la fièvre, et de faciliter l'expectoration. Il empêche en outre les complications et favorise une évolution rapide et bénigne de la maladie.

Plus tard, quand les symptômes sont en décroissance, on se trouvera bien de la poudre de Dower à raison de 0,50 centigr. par jour.

Il ne faut pas utiliser l'antipyrine, les pyramidons, la phénacétine à cause de leur action dépressive. Ce ne sera que s'il existe des céphalées intenses qu'on y aura recours.

Les antimoniaux aussi doivent être évités.

Mais si les comprimés Roche de thiocol ou le sirop Roche ont, à faible dose, une action réellement favorable sur l'expectoration, ils rendent aussi des services pour modérer et tarir cette expectoration trop abondante. Il suffit pour cela d'augmenter la dose journalière.

Enfin il faut surveiller le cœur et ne pas attendre les défaillances cardiaques pour injecter préventivement 1 ou 2 c.c. d'huile camphrée ou 1 ou 2 c. c. de digalène.

Et, pour achever la convalescence, on se trouvera bien des préparations arsenicales et d'un séjour à la campagne dans un endroit sec ou dans une station d'altitude de 500 à 800 mètres, bien abritée des vents.

CHRONIQUE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Le Conseil médical supérieur.

Mon cher Jeanne,

Ce que devient le vieux praticien ? — Mais il est aussi surmené que jadis : on ne se figure pas ce que font les gens qui n'ont plus rien à faire ! Eh bien ! il reprend sa collaboration... irrégulière pour vous féliciter de ce que vous avez écrit dans le rapport du Conseil de Direction.

Oui, le *Concours* reste fidèle à son programme, ses engagements, aux décisions de ses assemblées générales, et c'est ce qui fait sa force, ce qui justifie la confiance que nous avons mise en lui. Il ne faut pas être grand clerc pour voir qu'il a suscité de la jalousie et que certains ne seraient pas fâchés de le voir décliner quelque peu — c'est humain, mais absolument injuste ; qui donc a fait par ailleurs ce qu'a fait le *Concours* ? quels hommes ont donné la somme de travail qu'ont fournie ses rédacteurs ? quels ont apporté le dévouement de ses Directeurs ?

Par les temps troublés que nous traversons, bien des choses sont matière à longues méditations, et, pour peu qu'on s'arrête un instant à réfléchir, on voit que notre monde médical est en proie aux mêmes agitations que la société tout entière. Chez nous, comme ailleurs, il y a les détracteurs systématiques ; chez nous, comme ailleurs, la surenchère — et le résultat de ces efforts divergents est trop souvent, comme ailleurs, l'insuccès.

Quand donc les médecins comprendront-ils la nécessité de l'union ? la nécessité de marcher coude à coude contre les ennemis sans cesse renaissants qu'ils trouvent devant eux ?

Mais assez de dissertation, cela nous mènerait trop loin sans risquer davantage de nous faire aboutir.

N'avez-vous pas remarqué que les idées qui deviennent en faveur sont celles d'organes mixtes chargés d'apaiser les conflits et de donner des solutions acceptables pour les problèmes qui se posent devant eux ? Et ne pensez-vous pas que nous devrions profiter de cette tendance pour en bénéficier, nous aussi ?

Vous vous souvenez de cette proposition du conseil supérieur des études médicales soulevée par Gassot, lors du premier Congrès des Praticiens, reprise par la commission de réforme de l'enseignement supérieur et, grâce à vous, adoptée avec une modification légère. Je sais que ce projet avait été sur le point d'aboutir, que le décret était préparé..... Je sais, hélas ! aussi, que des revendications de surenchère l'ont fait écarter : que diriez-vous si je vous proposais de reprendre la question à la prochaine assemblée du *Concours* ?

Je ne sais pourquoi, mais il me semble que le moment serait favorable, que les idées qui flottent dans l'air poussent en ce sens et que nous aurions quelque chance de renouer des négociations malencontreusement interrompues.

Qu'il y ait au sein de ce Conseil plus ou moins de praticiens, peu importe : l'essentiel est que le Conseil existe et qu'en face des officiels, les praticiens y aient place. Les praticiens étaient peu nombreux à la commission de revision, cela les a-t-il empêchés d'y faire bonne figure et d'y être écoutés ?

Je sais toute l'importance qu'au *Concours* vous attachiez à l'existence de ce Conseil, je sais tout ce que vous en attendiez pour le bien du corps médical : si d'autres ont — oh ! sans le vouloir, j'en suis convaincu — retardé sa réalisation, il vous appartient, à vous les vieux champions de la bonne cause, de reprendre la question et de la faire aboutir.

Une fois de plus vous aurez bien mérité du corps médical.

Un vieux praticien.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Les retraites de la Vieillesse Médicale.

« Que deviennent donc les retraites de 360 francs, m'écrit un confrère ; on n'en entend plus parler : est-ce qu'encore une fois la question va tomber à l'eau ? »

D'un autre côté, le Dr Morisset, président du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Mayenne, me transmet les vœux de ses confrères: « Fusion de toutes les associations médicales en vue d'une retraite de droit à 60 ans et, en cas d'impossibilité de cette fusion, création d'un groupement unique de tous les médecins de France en vue de la retraite de droit ».

La question, on le voit, est toujours à l'ordre du jour et sa solution s'impose.

Aussi bien ne nous en sommes-nous pas désintéressés et avons-nous continué notre étude.

L'Association Générale ne pouvant, avec son organisation actuelle, créer la retraite que nous avions rêvée, et ne pouvant la faire créer par ses Sociétés agrégées, nous sommes revenus à la seconde des solutions que nous avions envisagées, c'est-à-dire à la création par la Caisse des Pensions de retraites du corps médical français.

Nous disions que c'était un pis-aller, car nous pensions, voulant une retraite constituée sur le modèle de la retraite ouvrière, pouvoir jouir de la subvention de l'Etat et de la bonification d'intérêt à 4,5 %. Maintenant que nous savons que nous ne jouirons jamais de ces deux avantages, nous pensons que cette dernière solution est la meilleure, parce qu'elle est d'une réalisation immédiate, et parce qu'elle dispense de la création d'une organisation nouvelle.

La situation de l'Association générale pourra-t-elle être modifiée dans l'avenir ? La chose est à souhaiter, car nous ne pouvons rester éternellement emprisonnés dans une organisation qui n'est pas adéquate à nos besoins ; mais il faut bien savoir que la transformation sera longue, difficile et onéreuse, et que les générations actuelles seraient privées du bienfait de la retraite si nous n'avions sous la main un autre moyen de la réaliser.

Aussi la Caisse des Pensions de retraite du corps médical français, qui, jusqu'à présent, ne servait pas de retraite de ce type, va-t-elle, si l'Assemblée générale du 20 novembre ratifie les propositions du Comité Directeur, admettre les médecins à s'assurer, à soixante ans, des retraites de 100, 200, 300, 400 et 500 fr. moyennant le versement de primes correspondantes, soit à capital aliéné, soit à capital contre-assuré, de telle sorte que, si l'adhérent venait à mourir avant d'avoir touché sa première pension, les sommes par lui versées soient restituées à ses ayants-droit.

Mais alors, la question reste en dehors de l'Association générale, et celle-ci va encore se désintéresser !

Non, si les Sociétés locales renvoient un avis favorable aux propositions du Conseil général : celui-ci a pensé en effet que l'A. G. devait aider à la création de ces modestes retraites et cela non pas par un secours éventuel que devraient réclamer les intéressés, mais par une contribution de droit à tous les versements.

Dans quelle mesure cette contribution viendra-t-elle diminuer les primes annuelles ? La chose sera réglée ultérieurement ; ce qu'il importe de savoir actuellement, c'est que l'A. G. ne se désintéresse pas et qu'elle interviendra, non pas dans la majoration de retraites auxquelles tous ne parviendront pas, mais dans le paiement des cotisations annuelles qui constituent le sacrifice immédiat et souvent difficile.

La question est soumise aux Sociétés locales et le Conseil général leur demande pour cela de verser à la caisse des fonds généraux une cotisation

de 2 francs par membre au lieu des 1 fr. 20 actuellement versés, étant entendu que le supplément de 0 fr. 80 sera exclusivement réservé aux retraites de droit.

Certains trouveront peut-être que c'est bien peu de chose ; ils éprouveront une désillusion comme nous en avons éprouvé nous-mêmes — il faut pourtant bien se contenter du possible, — il faut surtout faire ce possible en attendant qu'on puisse faire mieux.

Réalisons ce progrès si faible qu'il nous paraisse : s'il nous permet de rendre service à quelques confrères, nous n'aurons pas perdu notre temps, et cela ne nous empêchera pas de continuer à poursuivre les réformes qui paraîtront nécessaires dans le fonctionnement de l'A. G.

A. Gassot.

Lettre ouverte à M. le Secrétaire général de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins de France

Par le Dr Prunet.

Monsieur le Secrétaire général
et très honoré Confrère,

Le *Bulletin* de l'A. G. du 31 juillet dernier contient le compte rendu des discussions auxquelles a donné lieu, pendant les séances du C. G. des 16 juin et 21 juillet 1910, le vœu de la Société locale du Cher, sur la *modification de la composition du Conseil général dans le sens d'une représentation plus nombreuse des Sociétés de province.*

Je vous prie de permettre à l'auteur du vœu de donner quelques explications, de fournir quelques précisions. Elles sont nécessaires, car le C. G. auquel la Société locale du Cher n'est pas représentée, doit, après étude de sa commission des vœux, soumettre un rapport sur ce vœu à l'Assemblée générale de 1911.

Mais finissons-en d'abord avec un malentendu. Vous avez protesté, Monsieur le Secrétaire général, contre l'épithète de Société de Bienfaisance donnée à l'A. G., et vous avez établi, entre les Sociétés de bienfaisance et les Sociétés de secours Mutuels, une distinction que, plus soucieux de réalisations pratiques que de satisfactions verbales et désireux de faire cesser une vaine querelle de mots, je suis tout prêt à accepter. Officiellement, avez-vous dit, l'A. G. est une Union de Sociétés de Secours mutuels.

C'est entendu. *Mais qu'elle ne soit que cela.*

***

Et nous voici en présence des deux conceptions entre lesquelles le C. G. d'abord, l'Assemblée générale ensuite doivent se prononcer. *Le vœu du Cher, sous le prétexte de modifier la composition du C. G. vise en réalité le rôle, le but même de l'A. G. et de ses Sociétés locales.*

Pour les uns, l'A. G. et les Sociétés locales peuvent et doivent suffire à la fois aux œuvres de prévoyance et de charité du corps médical et à sa défense professionnelle.

Pour les autres, l'A. G. et les Sociétés locales doivent s'en tenir exclusivement à ces œuvres de prévoyance et de charité, et laisser aux syndicats et à leur Union la charge de la défense professionnelle.

Quant à vous, Monsieur le Secrétaire général, que l'on aurait pu croire de l'autre côté de la barricade avec la plupart de vos collègues de l'ancien Conseil général, je vous vois avec plaisir mais sans trop de surprise presque au milieu de nous : « Il est certain, dites-vous, que dans les « départements où il y a un Syndicat, le rôle de la « Société locale ira en se restreignant au point « de vue des questions professionnelles, et, com- « me le Conseil général est l'émanation des So- « ciétés locales, ces questions professionnelles « disparaîtront peu à peu du champ d'action de « l'A. G. ».

On ne saurait mieux dire. La seule question du *moment* de cette transformation nous sépare.

C'est la moindre concession que vous puissiez faire à ceux qui, venus de la Société centrale ou d'ailleurs tout imbus des traditions des « anciens », vous considéraient il n'y a pas longtemps comme l'un des « modernes » les plus avisés et les plus militants. Il convient que, évoluant encore et bien éclairé sur les besoins et les aspirations des « jeunes », dont beaucoup, hélas ! ont des cheveux, blancs, qui forment la grande majorité de l'A. G., vous vous fassiez au C. G. leur porte-parole et le défenseur de leurs idées.

Après votre opinion très autorisée, après tout ce qui a déjà été dit et écrit sur ce sujet et la constatation faite qu'un Syndicat médical vient d'être créé en Eure-et-Loir — le seul département français qui n'en eût pas encore — mon argumentation sera brève pour défendre le vœu du Cher. Je me bornerai à une citation dont je tirerai les déductions qu'elle comporte.

A la page 307 du même *Bulletin*, au cours d'une discussion sur les médecins des bureaux de Bienfaisance, notre confrère Jeanne dit : « La « question ..... a été soulevée à l'Union des « Syndicats qui doit faire une démarche auprès « du Ministre de l'Intérieur ..... *Il y aurait « peut-être lieu pour l'A. G. et l'Union des Syndi- « cats de ne pas diverger dans la façon d'agir au- « près du Ministre* ».

Eh ! oui, il y a intérêt à ne pas diverger : tout l'avenir de l'action et de la défense professionnelle, toute la question syndicale, tiennent dans ces quelques paroles, dont la forme volontairement modérée laisse clairement transparaître les craintes de notre prudent confrère. Il faut craindre avec lui et tâcher d'éviter ces divergences qui se produiront fatalement si deux Associations de but et d'esprit différents s'occupent de la même question, si l'A. G. ne laisse pas à l'Union le soin exclusif des affaires professionnelles.

***

Mais il y a le passé, il y a les services rendus par l'A. G., le rôle glorieux qu'elle a joué jadis.

De ce passé, de ces services, de ce rôle glorieux, le corps médical, qui ne veut ni détruire, ni même diminuer l'A. G. a gardé le souvenir reconnaissant. Mais la société médicale, comme tous les autres sociétés, a évolué : ses organes de défense et de protection se sont multipliés et développés avec le temps et surtout avec les difficultés de la lutte pour l'existence. Seule jadis et suffisante à tous, l'A. G. a vu se constituer à côté de ses Sociétés locales des Syndicats, rares d'abord et bien modestes, puis de plus en plus nombreux et puissants, qui groupent aujourd'hui près de 13.000 médecins, dont 9.000 sont affiliés à l'Union.

Or, que feraient ces Syndicats, que ferait cette Union, *sinon de la défense professionnelle en vue de laquelle ils ont été créés*, et qu'ils ont su assurer d'une manière satisfaisante ? Et pourquoi l'A. G. et ses Sociétés locales ne leur abandonneraient-elles pas sans regret la charge de cette défense qu'elles n'avaient dû assumer jadis que parce qu'*elles étaient les seules Associations médicales organisées* ?

Il y a bien le paragraphe de l'article 5 des statuts généraux qui assigne à l'A. G. le but de « maintenir par son influence moralisatrice « l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien « public et conformes à la dignité de la profes- « sion ». Mais il faut étrangement torturer ce texte pour en exprimer tout ce qu'on en veut tirer au sujet de la défense professionnelle.

L' « influence moralisatrice » de l'A. G. n'a que faire dans la plupart des questions qui sont à l'ordre du jour des préoccupations du corps médical : la limitation, le relèvement des honoraires, la réforme de l'enseignement, la modification de la loi de 1902, etc.

Et qu'arriverait-il, si, dans ces questions, l'opinion de l'A. G. n'était pas celle des autres organisations professionnelles, exclusivement créées en vue d'en poursuivre l'étude et la réalisation ? Ces organisations devraient donc s'incliner devant l'A. G. qui détient ou prétend de tenir le monopole de la sauvegarde du « bien public » et de la « dignité de la profession » et lui laisser carte blanche ? Allons donc ! Ce sont là prétention excessive et formules creuses qui n'ont plus cours.

Il faut plus et mieux qu'une organisation discrète et incompétente pour réaliser les desiderata du corps médical et le défendre contre les collectivités qui le menacent et veulent l'opprimer. Il faut l'action énergique, soutenue et concentrée d'une organisation de combat, créée pour cette action, et qui ne s'embarrasse pas des impedimenta d'une œuvre de prévoyance, voire même de charité. Cette organisation, c'est l'Union des Syndicats.

Quant à l'A. G., dont le but essentiel est la mutualité et l'assistance, elle ne peut ni ne doit risquer de compromettre dans des luttes étrangères à ce but les intérêts sacrés dont elle a la garde.

***

D'ailleurs, un vaste champ s'ouvre à l'activité, au dévouement des dirigeants de l'A. G., il reste tout à faire dans le domaine de la prévoyance et de la charité. Le nouveau Conseil général l'a bien compris, et il s'est mis d'arrache-pied à l'étude de nouvelles œuvres ou combinaisons : retraites de droit, Sociétés de femmes de médecins, etc. Voilà la bonne voie dans laquelle il doit continuer à diriger l'A. G. A vouloir faire de la déontologie, de la défense professionnelle, il ferait fausse route ; une récente affaire le démontre manifestement.

Le désir d'étendre les attributions de l'A. G. et des Sociétés locales qu'elle dirige, la crainte de paraître déchoir en laissant diminuer le rôle de ces organisations, et aussi la conviction de bien faire et peut-être d'être seuls à pouvoir bien faire, sont les sentiments très humains qui poussent certains membres de ces Associations à vouloir qu'elles cumulent les deux fonctions de prévoyance et de défense professionnelles. Ces sentiment excusables, mais qui ne sont que la manifestation d'un amour-propre exagéré ou d'une excessive confiance en soi, doivent céder le pas à un autre sentiment d'un ordre plus élevé : le *souci du bien commun*.

Au-dessus de l'A. G., au dessus de l'Union, au-dessus de toutes les Associations médicales professionnelles, il y a la grande famille médicale, dont la prospérité est faite, non pas seulement de la prospérité particulière de quelques-unes de ces Associations, mais encore, mais surtout de leur parfaite harmonie.

Le souci de cette harmonie, la compréhension de l'évolution de la société médicale, la conscience de leur responsabilité font un devoir aux membres du Conseil général, de renoncer au double rôle joué jusqu'à maintenant par cette Assemblée. Ils le doivent, non pas comme vous le laissez entendre, Monsieur le Secrétaire général, dans la crainte mesquine d'une concurrence possible des Syndicats sur le terrain de la Mutualité, mais uniquement dans l'intérêt supérieur du corps médical, qui ne tarderait pas à être engagé et compromis dans des luttes fratricides : l'Union contre l'A. G., les Sociétés locales contre les Syndicats. Ce serait la guerre entre nos plus puissantes et nos plus utiles organisations professionnelles ; ce serait à bref délai la désunion, la division, la débandade du corps médical.

Dans l'avenir, dans la Cité médicale future que j'entrevois, le but, le rôle, les moyens d'action des diverses associations professionnelles seront soigneusement délimités.

Et si quelques rares Sociétés locales ne veulent pas admettre le nouvel état de choses, elles pourront presque sans inconvénients jouer au Syndicat au petit pied et même transmettre au Conseil général des propositions ou vœux d'ordre professionnel. De deux choses l'un, en effet : ou bien il existera un Syndicat à côté de la Société locale, et alors le Conseil général invitera celle-ci à ne pas empiéter sur les attributions de celui-là, ou bien il n'existera pas de syndicat — éventualité bien rare — et alors le C. G. demandera à l Union un avis qu'elle transmettra à la Société locale.

Il n'y aura là ni subordination de la Société locale au Syndicat, ni sujétion de l'A. G. à l'U-

nion. Il y aura simplement l'application du principe fondamental dans toute Société organisée de la division du travail, de la séparation des pouvoirs :

A l'A. G. et aux Sociétés locales, la prévoyance, l'assistance (1) ;

A l'Union et aux Syndicats, la déontologie, la défense des intérêts matériels et moraux du corps médical.

Et ainsi réalisé le vieil adage : A chacun son métier, ... les médecins seront bien gardés.

***

Malheureusement,et je partage votre avis sur ce point, les adversaires nombreux et puissants des Syndicats ne voudront jamais laisser « décapiter l'A. G. » en consentant à ce que peu à peu elle ne s'occupe « plus des questions professionnelles ». Ils ont tort.

Et c'est pourquoi, dans un très grand esprit d'équité et de modération, mais aussi avec l'inflexible volonté d'aboutir à la démarcation des attributions de l'A. G. et de l'Union, la Société locale du Cher, presque exclusivement composée de membres du Syndicat départemental, comme la plupart des Sociétés locales — a voté son vœu du 14 mars dernier.

Mais ce vœu est irréalisable, disent ses adversaires ; les statuts s'y opposent, et surtout la géographie.

Nous verrons qu'il est facile de modifier des statuts plus que cinquantenaires, et comment il importe de les modifier. Quant à la géographie, nous n'en sommes plus à l'époque des diligences et des premiers chemins de fer.

Aussi, je ne m'attarderai pas à faire la critique du fameux § 5 de l'article 9 des statuts qui,en attribuant les deux tiers des sièges du C. G. à des membres de l'A. G. résidant à Paris, assure la maîtrise du C. G. à la Société centrale ; je ne relèverai pas le ton de plaisante ironie avec lequel vous parlez de la « grande latitude » qu'ont les délégués à l'Assemblée générale pour les élections du C. G. qui « peut être en entier composé de membres ne faisant pas partie de la Société centrale » ; enfin, je n'insisterai pas autrement sur ce qu'il y a d'illogique et d'excessif dans la prépondérance d'un élément aussi secondaire que la résidence dans les conditions d'éligibilité d'une Assemblée comme le C. G.

Je me bornerai simplement à constater que, jusqu'aux dernières élections, le C. G. se composait en grande majorité de médecins parisiens, la plupart membres de la Société centrale, les autres appartenant à des Sociétés de province, mais presque tous pourvus d'une brillante situation pécuniaire ou professionnelle et n'ayant ni l'esprit, ni les besoins, ni les intérêts de la très grande majorité des membres de l'A. G.,modestes praticiens de Paris et surtout de province.

(1) Je ne dis pas *toute* la prévoyance ....., de même que je ne dis pas plus bas : *toute* la déontologie, *toute* la défense..... J'estime en effet qu'il y a place pour d'autres organisations à côté de celles dont nous nous occupons.

J'en conclus qu'il faut modifier un état de choses qui, par la désaffection croissante de la grande masse des membres de l'A. G. pour une organisation centrale qui ne les représente pas, ne tarderait pas à amener un divorce pour incompatibilité d'intérêts, c'est-à-dire la ruine, la dissolution, de l'A. G.

***

L'un des nouveaux conseillers, le Dr Zipfel, de Dijon, émettait à l'une des dernières séances du C. G. cette opinion : « Tout conseil se compose de membres zélés et de membres non zélés », et constatait : « Il y a des membres parisiens que « je n'ai pas encore vus, tandis que d'autres, de « province, ont fait acte de présence ».

Le vrai critérium, le voilà : c'est le zèle des conseillers, c'est leur présence aux séances ; et nous voyons que la qualité de Parisien ne confère pas le don d'assiduité. Les délégués à l'Assemblée générale sauront choisir des conseillers exacts et dévoués, parisiens ou provinciaux, et éliminer les candidats, provinciaux ou parisiens, qui ne pourront remplir ou n'auront pas rempli leur mandat avec zèle et assiduité.

Je trouve seulement le Dr Zipfel trop timide quand il dit : « « On ne ferait peut-être pas mal « d'essayer de faire entrer au C. G. deux ou trois « membres de plus, représentant les Sociétés dé« partementales ».

Ce n'est pas deux ou trois membres de plus que nous voulons : c'est, sinon une représentation exactement proportionnelle au nombre des membres de chacune des Sociétés qui composent l'A. G., la chose est impossible, car il faudrait augmenter considérablement le nombre des Conseillers pour assurer la représentation de *toutes* les Sociétés locales, du moins une représentation dans laquelle les médecins parisiens, et en fait la Société centrale, ne détiennent pas une place prépondérante.

Et alors deux manières de modifier le § 5 de l'art. 9 : ou bien partager les sièges du C. G. entre la Société centrale et les Sociétés locales, au prorata du nombre de leurs membres : un cinquième à la Société centrale qui compte, je crois,1500 membres, quatre cinquièmes aux Sociétés locales qui en comptent 6.500 ;

Ou bien supprimer la restriction concernant la résidence des candidats, et laisser toute latitude aux délégués à l'Assemblée générale de choisir les Conseillers généraux où et comme bon leur semble.

Je préfère le second système ; il est plus large, plus libéral, plus conforme aux habitudes ; il ne paraît pas, comme le premier, vouloir tenir en suspicion, comme mettre en quarantaine, la Société centrale, par l'accaparement du même C. G. par les Sociétés locales. Enfin, il évite les difficultés qui pourraient surgir dans la distribution entre les Sociétés locales des sièges de conseillers qui leur sont réservés.

Je dois cependant déclarer que le premier système paraît, mieux que le second, répondre au sens strict du vœu du Cher, et que mon opinion personnelle n'engage nullement celle de mes ca-

marades qui ont voté le vœu sans préciser leurs préférences.

***

Enfin une dernière objection, le dernier carré de la garde : « Il est impossible à des conseillers provinciaux d'assister aux séances mensuelles du C. G. »

Mais pourquoi des séances mensuelles ? Pourquoi des réunions aussi fréquentes ? Il n'est pas impossible de diminuer le nombre de ces réunions en augmentant leur durée, s'il est nécessaire. Des séances trimestrielles, par exemple, pourraient suffire, et les Conseillers provinciaux ne manqueraient pas d'y assister, surtout si ces séances coïncidaient avec d'autres réunions, professionnelles ou scientifiques.

Et si cette intersession de trois mois paraissait trop longue, si certaines mesures, certaines décisions ne peuvent vraiment rester si longtemps en souffrance, pourquoi ne pas créer une *commission permanente* (1),équivalente de la commission départementale des Conseils généraux politiques, qui se réunissant plus souvent, tous les mois par exemple, — assurerait, dans l'intervalle des sessions du C. G., la continuité de son action, sans empiéter jamais sur ses attributions ?

Les membres de cette Commission permanente habiteraient Paris ou la province, peu importe ; ils seraient seulement les plus zélés parmi les zélés. Et même, s'ils étaient tous parisiens, ils refléteraient l'esprit et les opinions du C. G., qui, lui-même, grâce à la modification du mode d'élection que nous avons proposé, *ne serait plus l'émanation de la seule Société centrale, mais la représentation exacte de toutes les Sociétés qui composent l'A. G.*

***

Tels sont le sens et la portée du vœu que, dans son assemblée générale annuelle du 14 mars dernier, la Société locale du Cher a voté, et sur lequel, après avis du C. G., l'Assemblée générale de l'A. G. de 1911 aura à se prononcer souverainement.

Il a pour but la séparation des pouvoirs, la délimitation des attributions de l'A. G. et des Sociétés locales d'une part, de l'Union des Syndicats et des Syndicats d'autre part ; et pour moyen : la décentralisation du Comité directeur de l'A. G. par l'accès de la démocratie médicale de province au C. G.

(1) Cette lettre était déjà écrite au moment où a paru dans le *Concours* l'article du Dr Noir sur la réorganisation du Conseil d'administration de l'Union des Syndicats ; ceci pour me défendre de l'accusation de plagiat qui pourrait m'être adressée, car mon projet de *commission permanente* se rapproche de beaucoup du projet de *commission exécutive* du Dr Noir. Il n'y a dans cette coïncidence que la preuve évidente de la nécessité de modifier des organismes trop vieux qui ne s'adaptent plus aux besoins actuels : c'est le cas du Conseil d'administration de l'Union des Syndicats comme c'est celui du Conseil général de l'Association générale.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le secrétaire général et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels.

Dr PRUNET,
de Jars (Cher).

REPORTAGE MÉDICAL

L'incendie de la faculté de médecine de Toulouse — La Faculté de médecine représentée par son éminent doyen, le professeur Jeannel, a donné l'hospitalité la plus cordiale au récent Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. Et voici que ces amphithéâtres où les séances ont eu lieu, et les salles qui abritaient les services annexes, presse, poste, etc., sont devenues la proie des flammes. C'est un désastre, car il y avait là des collections d'un prix inestimable, des manuscrits du moyen âge aux riches et précieuses enluminures, des planches anatomiques uniques, des ouvrages de médecine et de science qu'il sera impossible de retrouver.

« La bibliothèque, dit *le Temps*, était riche de 60,000 volumes, sans compter les collections de thèses et de plaquettes. En ce moment, elle était au complet, tous les ouvrages empruntés au cours de l'année scolaire par les professeurs et les étudiants ayant été restitués. Un catalogue méthodique en avait été publié en 1900. L'Université avait assuré les livres et le mobilier pour une somme de 500.000 francs. L'ensemble des constructions avait coûté près de 900.000 francs. »

Heureusement que l'on a pu mettre en lieu sûr une partie des archives et les dossiers personnels des étudiants en médecine. De la sorte, la rentrée des élèves, fixée au 3 novembre, pourra se faire quand même, et les cours reprendront normalement aux dates établies. Le mal, tout en étant considérable, n'atteindra donc pas l'irréparable, et le fonctionnement de la Faculté ne sera pas compromis. Il est consolant de le constater.

(*Bull. méd.*)

Saignées. — Nous extrayons du recueil *Guy Patin*, que vient de publier Pierre Pic, le passage suivant :

25 mars 1657.

» M. le Premier président est ici fort malade : il a été saigné pour la sixième et septième fois ; au commencement, il ne le voulait point être, mais de présent il ne demande pas mieux, et dit qu'il voit bien qu'il ne peut guérir que par là. *Tandem bona causa triumphat.*

» M. le Premier président fut encore saigné hier pour la dixième fois (!). Les médecins qui l'entourent et l'obsèdent délibèrent de lui donner quelque petit purgatif, se sentant parvenus au huitième jour. Enfin ils lui en donnèrent un qu'on dit être casse, sené et manne. *A quo longe deternis habuit*, de sorte qu'il a fallu le ressaigner cette nuit *ne suffocaret.....* »

Onze saignées en huit jours ! Ce Premier président avait une riche nature !

Vieille maxime française

Quand vous avez la goutte, vous êtes à plaindre,
Quand vous ne l'avez pas, vous êtes à craindre.

(*La Clinique.*)

Inspecteurs de l'Assistance publique. — L'ouverture des concours de 1910 pour une place d'inspecteur et huit places de sous-inspecteur de l'Assis-

tance publique est fixée au mercredi 14 décembre 1910.

La commission des concours est composée de M. de Mouy, conseiller d'État, président ; de MM. Félix Voisin, Alcindor, Sauzet, docteur Jules Renault, Mathieu et de la Tailhède, secrétaire.

Les docteurs en madecine sont admis à concourir pour les places de sous-inspecteur.

Congrès français de chirurgie. — Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du prochain Congrès (Paris, 1911) :

1° Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique. Rapporteurs : MM. Silhol (de Marseille) et Walther (de Paris) :

2° Traitement des péritonites. Rapporteurs: MM. Témoin (de Bourges) et Hartmann (de Paris) ;

3° Traitement sanglant des fractures du témur. Rapporteurs : MM. Bérard (de Lyon) et Alglave (de Paris).

Vice-président pour 1911 (président pour 1912) : M. Delorme.

Médecins stagiaires de l'assistance médicale de l'Indochine. — ART. 1er. — Un examen pour l'admission à l'emploi stagiaire de l'assistance médicale en Indo-Chine s'ouvrira à Paris le 12 décembre 1910.

Les candidats sont invités à se faire inscrire au Ministère des colonies (direction du personnel), en joignant à leur demande d'admission les pièces énumérées aux articles 3 et 4 de l'arrêté du 23 décembre 1909.

La liste d'inscription sera close le 12 novembre au soir.

ART. 2. — Un avis adressé aux candidats admis à subir les épreuves, dans les huit jours qui précèdent la date fixée pour l'examen, leur fera connaître le lieu où ils doivent se réunir et l'heure à laquelle commenceront les épreuves.

ART. 3. — Les candidats réunissant les conditions requises pour bénéficier de la majoration de points prévue à l'article 9 de l'arrêté précité du 23 décembre devront joindre à leur demande un certificat dûment légalisé ou un diplôme justifiant leurs titres.

Hôpital Lariboisière. Conférences de Pratique médicale (1910-1911). *Thérapeutique usuelle et déontologie.*— M. le Dr Paul Le Gendre reprendra ses conférences à l'amphithéâtre le samedi 12 novembre, à 10 h. 1/2 du matin, et les continuera les samedis suivants.

Première conférence ; L'étudiant en médecine.

Les conférences sur la déontologie (le premier samedi de chaque mois) auront pour sujet général : Le médecin et son milieu : médecin d'hôpital, médecin des écoles, des villes et des campagnes, de la marine et des colonies, le médecin et les arts, le médecin et la politique.

Les conférences de thérapeutique usuelle traiteront des affections de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition.

Tous les matins, conférences à 9 h. 1/2, au lit des malades (salles Grisolle et Bernutz), les élèves du service sont exercés à formuler les indications thérapeutiques.

Le traitement « 00 ». On lit dans *Les Nouvelles* : M. le Docteur Alcide TREILLE, ancien sénateur de l'Algérie, fera, le vendredi soir, 21 octobre, à la Société médicale des praticiens (Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente), une communication sur l'avarie chez les Arabes, et les guérisons réalisées sans médication. Le docteur TREILLE insistera sur « les bienfaits de la cure d'air, de lumière et de soleil, et du régime de Mahomet » dans le traitement de l'avarie, traitement qu'il nomme le « 00 ».

Il y a des paradoxes infiniment séduisants. Si le « 00 » en est un, il nous plaît doublement, d'abord parce qu'il émane d'un ami et ensuite parce qu'il répond spirituellement aux indiscrètes fanfares germaniques, trop promptes selon nous à exalter une méthode fortement discutée.

BULLETIN D'ABONNEMENT & D'ADHÉSION

à la Société Civile du « CONCOURS MÉDICAL »

donnant droit à l'*Agenda-Memento du Praticien* (voir au dos).

Je soussigné (nom, prénoms, et qualité) _____

_____ *demeurant à* _____

*arrondissement d*_____ *département d*_____

*né le*_____ *reçu le*_____ *devant la Faculté de*_____

déclare m'abonner au journal le « CONCOURS MÉDICAL » à partir du 1er décembre 1910, demande en outre à faire partie de la **Société civile du Concours Médical** *dont j'accepte les statuts.*

*A*_____ *le*_____ *190* . SIGNATURE

Membre de (1)_____

ou présenté par M. le Dr_____

(1) Les membres d'une Association médicale n'ont pas à se faire présenter par un parrain.

L'abonnement qui est de 10 fr. part du 1er de chaque mois. — *On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.* Joindre un mandat au présent bulletin, mais à défaut, l'abonnement sera recouvré par la poste.

Retourner ce bulletin à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque, PARIS.

Hospice des Quinze-Vingts.— Les médecins de la Clinique Nationale Ophtalmologique des Quinze-Vingts commenceront, le mardi 15 novembre, des leçons de clinique qui se poursuivront pendant la période scolaire.

Les leçons seront faites, alternativement, tous les mardis à 1 h. 15 par MM. les docteurs Chevallereau, Valude et Kalt.

Renseignements bibliographiques. — La Royal Society of Medicine, qui comprend dix-sept Sociétés médicales de Londres, a récemment pris une décision qui mérite d'être signalée et surtout d'être imitée.

Vu les grandes difficultés qu'éprouvent ceux de ses membres qui séjournent à l'étranger à se procurer les renseignements bibliographiques dont ils peuvent avoir besoin pour leurs études ou pour la rédaction de leur travaux scientifiques, la Royal Society of Medicine s'est chargée de rechercher et de vérifier tous renvois à la littérature médicale, et même de fournir de brèves analyses des articles parus ou des livres publiés sur un sujet quelconque du domaine des sciences médicales, le tout *gratuitement*.

La Royal Society of Medicine, dont le secrétariat est confié à l'infatigable M. J. Y. W. Macalister, a affecté à ce service tout son personnel de bibliothécaires qui, en se répartissant la besogne, peuvent consacrer aux recherches bibliographiques un temps beaucoup plus long que ne pourrait le faire l'auteur le plus actif et le plus habitué à ce genre de travaux. (*Prov. médic.*)

La soif européenne. — La *Strassburger Post* consacre une étude statistique à la soif comparée des Etats de l'Europe. Il est difficile de classer ces Etats dans un ordre rigoureux, parce que les boissons varient d'une nation à l'autre et qu'on manque de facteurs communs. Mais voici quelques chiffres. Le Danois, en moyenne, boit chaque année, 104 litres de bière, presque pas de vin, mais 24 litres d'eau-de-vie. Le Suédois, 56 litres de bière et 9 litres d'alcool. La Norvège, contenue par des lois de tempérance, est devenue l'un des pays les plus sobres du septentrion ; elle ne consomme plus que 31 litres de bière et 3 d'eau-de-vie par tête d'habitant. En Russie, la consommation de la bière et celle de la vodka sont exactement égales, soit 5 litres par tête. Le Français, éclectique, ne méprise aucune sorte d'ivresse ; il boit de tout : 32 litres de bière, 10 litres de « goutte », 108 litres de petit bleu. L'Anglais consomme 6 litres de whisky ou de gin ; il boit peu de claret (2 litres), mais il se rattrape sur la bière (ale et stout : 152 litres). Le Hollandais se contente avec 38 litres de bière et 8 litres 5 d'eau-de-vie. A son voisin le Belge, il faut 221 litres de bière et 9 litres d'alcool. L'Autrichien et le Hongrois absorbent l'un et l'autre la même quantité de schnaps (11 litres 4) et le même cube de vin (16 litres), mais le premier y ajoute 80 litres de bière, tandis que 11 suffisent au second. De tous les habitants de l'Europe, l'Italien est celui qui boit le moins de bière (2 litres) et le moins d'alcool (1 litre 3) ; il consomme 98 litres de vin. Pour l'Allemagne, il serait presque injuste de parler de moyenne. Si l'on envisage tout l'étendue du Zollverein (y compris le Luxembourg), la consommation par tête ressort à 118 ou 125 litres pour la bière, 7 pour le vin, 6 1/2 pour l'alcool ; mais si l'on considère chaque pays séparé, on voit que l'Allemand du Nord et l'Alsacien se satisfont avec 98 litres de bière, tandis qu'il en faut 158 au Badois, 169 au Wurtembergeois, 240 au Bavarois. Enfin, en comparant entre elles « les grandes villes de bières », on constate que Berlin boit 201 litres par tête d'habitant. Nuremberg, 325, Francfort 432 et Munich 570 ; c'est le record ; saluons !

(*Journal des Débats*).

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

AVIS - PRIME A NOS ABONNÉS

Les 300 premiers lecteurs, non encore abonnés, qui nous retourneront le bulletin d'abonnement d'autre part, auront droit, à titre de prime, à l'Agenda-Memento du Praticien, dont l'envoi commencera à partir de la deuxième quinzaine de novembre.

(Tous nos abonnés actuels recevront notre prime sans avoir à nous la demander).

Que va contenir l'*Agenda-Memento du Praticien ?*

L'AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN, qui forme un volume de plus de 700 pages in-8° raisin soigneusement relié, sera divisé en deux parties :

La première, l'AGENDA, contiendra une page pour chacun des jours de l'année sur laquelle nos confrères pourront inscrire leurs visites journalières ou en faire leur registre journal.

La seconde partie forme le MEMENTO. On trouvera là toutes les questions d'ordre professionnel que le praticien doit connaître **lois, décrets, arrêtés, règlements d'administration publique, jugements** et **arrêts** par lesquels les tribunaux ont fixé sur de nombreux points nos droits et nos devoirs ;

Tous usages, toutes pratiques, tous règlements qui président à la **fixation de nos honoraires, à l'établissement de nos notes, à leur recouvrement** amiable ou judiciaire, à la **responsabilité** de ceux qui doivent les payer, à la **prescription** qui peut les atteindre, etc., etc.

Toutes indications et recommandations précises sur ce que nous pouvons dire et écrire et sur ce que nous devons faire dans nos interventions en matière de **médecine publique**, et sur la forme même à donner alors à nos **déclarations, certificats, rapports d'experts, dépositions**, etc., pour rester en règle avec notre conscience, avec la prudence professionnelle, avec le **secret médical** ;

Tous renseignements sur les carrières de **médecins fonctionnaires** (recrutement, solde, avantages, obligations) ; et de même sur le rôle du praticien dans les **services publics** auxquels il participe tout en se livrant à la clientèle ordinaire

Tout ce que le médecin doit savoir au sujet des Sociétés professionnelles qui le couvrent, ainsi que les siens, par l'**assurance**, la **mutualité**, la **prévoyance**, contre la gêne de la maladie, de la vieillesse, du décès, ou qui assurent sa défense individuelle, ou par solidarité collective, etc., etc.

Trente-deuxième année. N° 47 Dimanche 20 NOVEMBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Avis
Assemblées générales du 29 novembre..... 1001
Propos du jour
La réorganisation de l'Union des syndicats médicaux de France à l'assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine..... 1002
Clinique médicale
L'hérédité syphilitique maternelle et paternelle 1004
La semaine médicale
Les nombreuses indications du salicylate de soude en médecine et en chirurgie. — Emploi rationnel de l'ibogaïne..... 1006
Revue des sociétés savantes
Le « 606 ». Réponse de M. Hallopeau à M. Ehrlich. — La tuberculose infantile sur le littoral méditerranéen..... 1007
Revue des Congrès
Congrès d'urologie — Traitement de la blennorrhagie. — Rétrécissements non blennorrhagiques de l'urètre. — Troubles fonctionnels dans l'hypertrophie prostatique. Traitement de la tuberculose vésicale. — Tuberculoses génitales prétendues primitives... 1008
Formulaire raisonné
L'atropine..... 1010
Ophtalmologie du praticien
Les taies de la cornée..... 1010
Sou médical
Une proposition..... 1012
La défense du libre choix en France et à l'étranger..... 1013
Chronique syndicale
La réorganisation de l'Union au Syndicat de la Vallée du Rhône..... 1016
Correspondance
La réorganisation des Syndicats médicaux. — Qu'est-ce qu'un incurable? — Le médecin promoteur d'exercice illégal. — A propos du diagnostic de la mort réelle par la phlyctène gazeuse..... 1017
Bibliographie..... 1019
Reportage médical..... 1019

AVIS

Assemblées générales de l'« Union des Syndicats médicaux de France », du « Concours Médical » et de ses filiales (19 et 20 novembre 1910).

Les Assemblées générales annuelles auront lieu dans l'ordre suivant :

Samedi 19, *neuf heures 1/2 du matin*, hôtel des Sociétés Savantes, 18, rue Serpente, réunion du Conseil de l'Union des Syndicats.

A *deux heures 1/2 de l'après-midi*, Assemblée générale dans la même salle que les années précédentes, 1er étage de l'hôtel des Sociétés savantes.

Dimanche 20 novembre, salons du restaurant Marguery, 36, boulevard Bonne-Nouvelle :

A 9 *heures du matin*, réunion des *Correspondants* du Concours ;

A 10 *heures du matin*, Assemblée générale extraordinaire du **Patronage médical** (Élection d'un commissaire de surveillance de la liquidation en remplacement du Dr Angelby, décédé) ;

A 10 *heures et demie du matin*, successivement, Assemblées générales de l'**Amicale** et de la **Caisse des Pensions**.

A 3 *heures précises de l'après-midi*, Assemblée générale du **Concours Médical** ;

A 4 *heures et demie*, Assemblée générale du **Sou Médical**.

Le *Banquet*, commun à toutes les Sociétés, aura lieu, à 7 heures, au restaurant Marguery. La cotisation, payable à l'entrée, est de **15 francs**, la Société civile du Concours prend à sa charge le supplément des frais, qui augmentent rapidement d'année en année.

Prière d'aviser de sa présence, autant que possible, avant le 18 novembre, en vue des dispositions à prendre.

PROPOS DU JOUR

La Réorganisation de l'Union des Syndicats médicaux de France à l'Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine.

A la demande de vingt membres du Syndicat, la question de la réorganisation de l'Union des Syndicats médicaux avait été mise à l'ordre du jour de l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine. Je m'étais empressé de mettre mon nom à la tête de cette liste : d'abord parce que je croyais indispensable que notre groupement qui, à lui seul, forme à peu près le sixième du contingent de l'Union, donnât son avis sur une réforme de cette importance ; en second lieu parce que, tant comme Président de notre Syndicat que comme Secrétaire général de l'Union, j'avais le devoir de mettre quelque précision à cette question assez complexe pour ceux, et ils sont nombreux, qui n'ont pas suivi pas à pas l'œuvre de notre Fédération nationale.

Le Dr Lévy-Bram, rapporteur, exposa d'abord les deux courants d'opinions qui s'étaient manifestés dans les discussions sur ce sujet au Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine. L'une de ces opinions avait été défendue par notre collègue Leredde : elle subordonnait toute l'action syndicale à l'activité consciente de la masse qui dicterait ses volontés à ses mandataires du Conseil de l'Union.

La seconde opinion était la mienne, qui, en trouvant parfaite, en théorie, la proposition du Dr Leredde, constatait, en se basant sur des faits, qu'à l'heure actuelle, l'activité consciente de la masse était restreinte et qu'en attendant ce réveil, auquel personne ne pourra me reprocher de n'avoir pas travaillé de toutes mes forces, nous devions prendre la force syndicale où elle se trouvait, selon les régions et les circonstances.

Le Dr Lévy-Bram ne concluait pas.

Cédant la présidence au Dr Bellencontre, je crus nécessaire d'ouvrir moi-même la discussion.

Plusieurs de nos collègues du Conseil avaient craint que cette controverse ne fût décousue et confuse, interrompue sans cesse et sans résultat utile. Je dois rendre cet hommage aux trois cents confrères du Syndicat qui assistèrent à la séance, c'est qu'ils écoutèrent avec un silence religieux et un intérêt qui ne faiblit pas.

Après un rapide aperçu du rôle de l'Union, de son Conseil, de son Secrétariat, je n'eus aucune peine à faire comprendre la nécessité du groupement fédératif, pour permettre l'envoi au Conseil de l'Union de délégués nommés par des groupes de Syndicats et les représentant effectivement.

Je montrais la nécessité d'assister le Secrétaire général, qui ne doit pas être seul responsable et tout-puissant, d'un Comité permanent pour le conseiller et le seconder dans l'expédition des affaires courantes et urgentes. Ce Comité sera élu comme on le voudra, il portera le nom de Bureau ou de Comité exécutif, peu importe, pourvu qu'il existe et qu'il fasse corps avec le Conseil, pour qu'il y ait unité dans l'action.

Là, ai-je dit, se borne en substance la réforme que je réclame et, si l'on y réfléchit bien, les divergences de vue chez tous ceux qui se sont occupés de la question sont plus apparentes que réelles.

En poussant à l'extrême les deux conceptions de l'action syndicale, on arriverait à deux organisations absolument dissemblables et toutes deux mauvaises.

Dans l'une, les médecins, fortement encadrés, et pour ainsi dire militarisés, devraient servilement obéir aux ordres des Etats-majors. Ces derniers s'efforceraient, en échange de cette obéissance passive, d'améliorer leur sort. Ce serait le système qu'appliquèrent avec un succès plus apparent que réel les Jésuites dans les Etats du Paraguay.

Eh bien ! ce système ne saurait être le nôtre. Ceux qui ont consacré tous leurs efforts à faire l'éducation professionnelle de leurs confrères ne veulent pas les réduire à l'état de cadavres.

Le second système, absolument inverse, provoquerait des courants d'opinions dans le monde médical et ces courants d'opinions seraient des ordres dictés par la masse aux mandataires des Syndicats qui s'efforceraient de les coordonner et de les satisfaire.

Or, nous savons tous les variations de l'opinion quand elle se manifeste un peu au hasard et sans étude suffisante sur des questions qui, incomplètement connues, laissent indifférente une grosse majorité. Nous avons assisté à des changements brusques, nous avons vu le lendemain protester avec énergie contre ce que la veille on avait adopté d'enthousiasme. Ce système en politique s'est épanoui dans un certain nombre de républiques de la Grèce antique, il les a fait sombrer de la démagogie dans la tyrannie. Appliqué au syndicalisme médical, ce système amènerait très vite l'impuissance et l'anarchie.

Ce que nous désirons simplement, c'est, tout en nous efforçant de donner le plus de vie possible au Syndicat, de tirer le meilleur parti de la situation actuelle, de nous efforcer tous loyalement, en faisant abstraction de toute question de personnalités, de constituer un ensemble de Syndicats les mieux organisés possible et dont la convergence des efforts pourra seule permettre une action utile.

D'ailleurs, fis-je remarquer, ce n'est pas le Syndicat des médecins de la Seine, ni même la prochaine Assemblée générale de l'Union qui résoudront vraisemblablement une question de cette importance.

J'espère qu'une Commission très étendue sera nommée où toutes les opinions pourront librement se produire et qui sera chargée de rédiger les nouveaux statuts de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Quant aux Congrès des Praticiens, je les crois utiles, mais il faut qu'ils soient réellement organisés.

Il faut que leur ordre du jour soit assez restreint pour permettre d'épuiser la discussion des questions à l'étude ; il faut encore et surtout que seuls les délégués des Syndicats prennent part au vote et qu'ils disposent d'un nombre de voix égal au chiffre des syndiqués qu'ils représentent. Il ne faut pas que des décisions graves soient votées à mains levées et que le vote d'un non-syndiqué, venu au Congrès dans un but d'obstruction, contrebalance le vote d'un représentant de 200 praticiens.

J'avais exprimé le regret de l'absence du Dr Leredde qui, sans doute, aurait convenu que nos deux conceptions du syndicalisme médical n'étaient pas si éloignées qu'elles l'apparaissent.

Retenu à l'étranger, il avait tenu à m'avertir de son absence par une lettre amicale.

Ce fut le Dr Lafontaine qui, avec sa franchise habituelle, prit la parole. Il insista sur la nécessité de faire participer tous les médecine à la vie syndicale.

Il reconnut qu'une réforme de l'importance de celle de notre syndicalisme ne pouvait être opérée à la hâte et conclut en demandant, qu'elle ne fût pas élaborée par le Conseil de l'Union.

A cela, je répliquai que j'étais heureux de constater la concordance absolue des vues du Dr Lafontaine et des miennes.

Je rappelais que si l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux prenait mes projets en considération, il serait procédé de la façon suivante :

Une Commission serait nommée pour élaborer un projet de réorganisation, condensé sous forme de statuts de l'Union des Syndicats médicaux.

Ces statuts seraient communiqués à chaque Syndicat en le priant de les discuter en Assemblée générale extraordinaire et d'adresser aussitôt à la Commission de réorganisation ses observations et ses amendements.

La Commission se remettrait au travail et relaterait toutes ces observations et en dernier lieu l'Assemblée des délégués des Syndicats, représentés proportionnellement à leurs adhérents, voterait la nouvelle constitution de l'Union.

Cette discussion se termina par le vote de deux ordres du jour, un signé de Lauradour, et l'autre de Lafontaine et Noir, émettant les vœux que l'organisation de l'Union fût faite dans un sens de décentralisation, et que le soin de cette réforme ne fût pas laissé au Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux.

L'Assemblée générale se continua par d'intéressants débats sur la nécessité de motiver, en cas de demande, les décisions prises dans les Commissions d'arbitrage du Syndicat et des Compagnies d'assurances.

A ce sujet, des protestations s'élevèrent contre la nomination par le ministre d'un représentant des médecins à la Commission de revision du tarif Dubief, choisi hors de la liste proposée par le Conseil de l'Union et un ordre du jour présenté par Diverneresse fut voté déclarant que les membres de la Commission d'arbitrage *non proposés par l'Union des Syndicats médicaux* ne pourraient, par esprit de discipline, accepter de faire partie de la Commission de revision.

Comme ma conduite avait été critiquée tant pour mes efforts de conciliation avec les divers groupes médicaux parisiens, que pour la part que je crus devoir prendre à l'action contre l'agrégation, à la fin d'une présidence qui, selon le désir que j'ai en maintes circonstances affirmé, se trouve ainsi terminée, j'eus la satisfaction de voir ma conduite approuvée par ma réélection comme membre du Conseil le premier sur la liste, et d'applaudir à l'élection du Dr Lafontaine, dont la candidature avait été posée en signe de protestation contre l'arrestation et la condamnation dont il avait été victime, qui me suivit de près sur la liste avec une forte majorité.

J. Noir.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le professeur GAUCHER.

L'hérédité syphilitique maternelle et paternelle.

Dans une précédente leçon, nous avons étudié l'hérédité syphilitique en général. Quand la syphilis des parents est bien traitée, vous ai-je dit, il y a toutes chances pour que les enfants naissent indemnes. Après la leçon, un de mes auditeurs est venu me présenter l'observation suivante : « Ne serait il pas plus simple, pour savoir si un syphilitique est guéri et apte au mariage, de faire un séro-diagnostic ? » Cette remarque est assez conforme avec ce que vous demanderont les malades. Eh bien ! le résultat de l'examen du sang ne prouve rien d'absolu, et je ne crois pas qu'on puisse se baser sur la réaction de Wassermann pour autoriser ou défendre le mariage. Il peut y avoir des réactions négatives chez des sujets non guéris, et on voit des enfants sains naître de générateurs chez lesquels la réaction est positive. Je connais des personnes ayant une réaction positive et dont les enfants déjà grands n'ont jamais rien eu. Il est impossible de se fonder sur la réaction de Wassermann pour permettre ou non le mariage. Faites cette recherche, néanmoins. Si elle est négative, c'est un argument — non infaillible, je le répète —, qui fera plaisir à votre client. Si elle est positive, n'y attachez pas une importance exagérée en l'espèce. Autoriser le mariage seulement au cas de réaction négative équivaudrait presque à une interdiction du mariage chez les syphilitiques.

Je reviens à l'hérédité syphilitique. Elle peut provenir, nous l'avons vu, de l'un ou l'autre des générateurs. Il y a une hérédité d'origine maternelle et une hérédité d'origine paternelle. Cette dernière a été plus discutée.

L'hérédité d'origine maternelle peut dépendre d'une syphilis antérieure ou d'une syphilis contractée pendant la grossesse. S'il s'agit d'une syphilis antérieure à la fécondation, par quel mécanisme se produit l'hérédité ? Dans ces cas-là, c'est l'ovule qui est d'emblée syphilitique, comme tous les éléments anatomiques du sujet. Quand il s'agit d'une syphilis contractée dans le cours de la grossesse, le mécanisme est différent. L'embryon ou le fœtus est infecté par l'intermédiaire du placenta, de la circulation placentaire. Cette syphilis trans-placentaire, outre qu'elle paraît plus bénigne, n'est prouvée que pendant les sept et surtout les cinq premiers mois de la grossesse. Pendant les cinq premiers mois, la syphilis de l'enfant constitue la règle absolue. Pendant le sixième et le septième mois, elle est probable. Après le septième mois, c'est l'exception. Cependant, il est des observations d'enfants nés syphilitiques de mères ayant contracté la syphilis au 7e, 8e, 9e mois. Ces cas sont exceptionnels, mais authentiques. La conséquence, c'est que, quand une femme enceinte contracte la syphilis après le 7e mois, l'enfant naît généralement sain et ne doit pas être allaité par sa mère. D'autre part, comme il ne serait pas prudent de lui donner une nourrice, on s'adressera à l'allaitement artificiel.

Lorsque la contagion maternelle a eu lieu après le 5e mois, les précautions pour l'allaitement seront les mêmes. Toutefois, les chances de syphilis infantile sont inverses. L'enfant naît, alors, habituellement syphilitique et exceptionnellement sain.

Lorsque l'enfant naît d'une mère contagionnée avant le 5e mois, et plus sûrement d'une mère syphilitique antérieurement à sa grossesse, cet enfant est infecté et doit être allaité par sa mère. C'est ce que l'on appelle la *loi de Profeta*. Elle peut se formuler ainsi : une mère syphilitique n'infecte pas son enfant né sain en apparence. Celui-ci est vacciné, syphilisé. La loi de Profeta est vraie à condition d'être corrigée par les exceptions que je vous ai signalées. Elle cesse d'être applicable après le 7e mois et même après le 5e mois. L'enfant né dans ces conditions, chez une femme contagionnée après le 7e mois, peut contracter la syphilis s'il est allaité au sein par sa mère — il en existe des observations.

Cette hérédité maternelle est admise par tout le monde. Il est de première nécessité, dès lors, que toute mère syphilitique se traite. Le traitement de la femme enceinte syphilitique se règle de la manière suivante. La femme atteinte de syphilis avant la conception sera mise au traitement dès le début de la gestation. La femme enceinte qui contracte la syphilis sera traitée dès l'apparition des premiers accidents. Ceci est très important. Les résultats obtenus sont en rapport avec la précocité du traitement. En présence du mercure, la syphilis ne guérit pas sans doute, mais elle devient en quelque sorte muette, latente. Ce traitement mercuriel de la femme enceinte, je l'ai souvent formulé dans cet amphithéâtre ; je ne crois pas superflu de l'indiquer une fois de plus. Il se règle ainsi :

Trois semaines de cure par mois pendant toute la durée de la grossesse, soit :

Une injection de 2 centigr. de sel soluble (benzoate ou biiodure) chaque jour, pendant quinze jours.

Une pilule de sublimé de 1 centigr. pendant la semaine suivante — pour laisser reposer les fesses.

Repos d'une semaine, et ainsi de suite.

J'ouvre une parenthèse. Il est essentiel que le traitement soit fait avec des sels solubles. Vous

savez que, d'une manière générale, je réprouve les injections insolubles. Dans la grossesse, l'injection de sel insoluble est un véritable méfait. La grossesse comporte un danger : la néphrite gravidique. Si vous avez emmagasiné l'huile grise dans l'organisme et que survienne une néphrite, vous accentuerez cette néphrite et vous ne serez pas maîtres des progrès de l'aggravation. C'est donc uniquement aux sels solubles que vous aurez recours. Il ne faut les employer, d'ailleurs, qu'après avoir examiné les urines. Il ne faut pas donner de mercure à une femme enceinte albuminurique, quel que puisse être l'inconvénient qui en résulte pour l'enfant. Vous rechercherez l'albuminurie et le rapport azoturique. Si ce rapport est au-dessous de la normale, on ne continuera pas le mercure. Si, même avec un peu d'albuminurie, on a un rapport azoturique normal, on peut administrer le mercure, avec prudence toutefois, en continuant les analyses d'urine et en se tenant prêt à le cesser.

Quand vous aurez appliqué le traitement pendant la grossesse, quel sera le résultat ? Généralement, il est favorable. Je pourrais vous rapporter un grand nombre d'observations de syphilitiques ainsi traitées qui ont mis au monde des enfants sains. La condition principale est de prescrire la cure dès le début de la grossesse ou dès qu'elle est constatée.

Voilà pour l'hérédité d'origine maternelle. C'est la plus indiscutée. J'arrive à l'hérédité d'origine paternelle. Celle-ci est acceptée sans conteste aujourd'hui, mais il n'en a pas toujours été ainsi. Elle fut admise cependant par Paracelse en particulier, lors des premiers travaux faits sur la syphilis. Puis, on l'a mise en doute et on l'a niée. On disait : la mère a été contagionnée et l'enfant a hérité de sa mère. Cette opinion a fini par être abandonnée et l'on a admis l'hérédité paternelle. Les observations d'enfants sains nés de père syphilitique ne prouvent rien ; les faits négatifs ne démontrent rien en médecine. Je crois même que l'hérédité paternelle est beaucoup plus fréquente que l'hérédité maternelle.

L'hérédité d'origine paternelle offre une particularité. Elle se manifeste plus souvent par la mort du fœtus ou de l'enfant que par des accidents spécifiques. On observe des avortements, des morts de l'enfant dans les premiers jours, plutôt que des lésions d'hérédo-syphilis. L'hérédité paternelle — ainsi que Fournier l'a bien indiqué — tue l'enfant dans l'utérus beaucoup plus que l'hérédité maternelle.

Un père peut transmettre héréditairement la syphilis à son enfant sans contagionner la mère. Un homme peut être héréditaire sans être contagieux. L'hérédité maternelle se produit par un mécanisme simple dont je vous ai parlé : par l'ovule syphilitique ou par la circulation inter-placentaire. Le mécanisme de l'hérédité paternelle est plus difficile à préciser. La syphilis est alors transmise par la voie spermatique, en même temps que la fécondation. Comment se fait l'infection ovulaire ? Depuis la découverte du tréponème, on a trouvé deux fois le tréponème dans le sperme. En revanche, des examens bactériologiques nombreux du sperme sont restés infructueux. Peut-être le tréponème pénètre-t-il dans l'ovule. Peut-être aussi l'infection syphilitique de l'ovule dépend-elle de modifications du spermatozoïde. Quel que soit le mécanisme, le fait est prouvé. Il existe une hérédité paternelle analogue à l'hérédité tuberculeuse, cancéreuse, arthritique. Les maladies constitutionnelles des géniteurs se transmettent comme les ressemblances physiques, intellectuelles et morales.

Voilà donc un enfant syphilitique de par son père qui vit dans l'utérus de sa mère non contagionnée. Cette femme qui porte un fœtus syphilitique par hérédité paternelle va à son tour être infectée par l'embryon, du fait de la circulation inter-placentaire. Ceci nous conduit à la *loi de Colles-Beaumez*. Elle se formule ainsi : une mère dont l'enfant est syphilitique par le père ne contracte pas la syphilis en allaitant son enfant.

Pour prouver cette *syphilis conceptionnelle*, on a fait des expériences — pas en France, je tiens à le dire tout d'abord. On a inoculé la syphilis à des femmes d'apparence indemnes, ayant procréé un enfant syphilitique. Elles n'ont pas eu d'accident. Donc, d'une façon générale, la mère d'un nouveau-né syphilitique ne peut plus contracter la syphilis. Mais il y a des faits contraires. Parrot a signalé le cas d'une femme qui eut un chancre du sein en allaitant son propre enfant. Il existe une vingtaine d'observations analogues connues. Et alors, comment expliquer ces exceptions ? Pourquoi la femme échappe-t-elle quelquefois à cette contagion par le fœtus et pourquoi devient-elle syphilitique dans la grande majorité des cas ? Voici une explication qui en a été donnée. Le placenta, a-t-on dit, n'est normalement perméable qu'aux toxines, mais en fait, les villosités placentaires sont très fragiles. Théoriquement, les tréponèmes ne traversent pas le placenta. Pratiquement, en raison de la fragilité des villosités placentaires, il le traverse presque toujours. Quand, exceptionnellement, ces villosités ne se rompent pas (ce qui constitue l'état normal, exceptionnel bien que normal), la femme échappe à la contagion par le fœtus. Quand la rupture est précoce, la contagion donne lieu à une syphilis virulente, avec des accidents. Quand la rupture est tardive, la femme a eu le temps d'être immunisée par la pénétration des toxines et la syphilis conceptionnelle en question ne donne pas d'accident, est latente, pendant très longtemps parfois. Il est intéressant de pratiquer la séro-réaction.

Quand la femme n'a pas été infectée, elle doit être négative.

Eh bien ! cette infection conceptionnelle de la mère peut être telle, être tellement durable, que cette femme, infectée par l'enfant de son premier mari, est susceptible de transmettre la syphilis à un enfant de son deuxième mari, ce dernier non syphilitique. C'est ce qu'on a appelé la syphilis héréditaire par imprégnation. Elle n'est pas fréquente, mais elle existe. Fournier en a signalé des observations non douteuses. Ce qui se transmet, alors, ce n'est pas la syphilis en nature, ce sont des tares ; ce n'est pas le spirochète, c'est l'imprégnation humorale, l'intoxication syphilitique beaucoup plus que l'infection. On observe des dystrophies provenant de là syphilis, mais non directement des germes spécifiques.

Cela doit-il étonner ? Nullement ; vous savez qu'en dehors de tout état pathologique, le premier mâle marque une empreinte sur la femelle qu'il a fécondée, empreinte qui marquera sur les autres petits. Cela est vrai pour les chevaux de course, les chiens de chasse. Or, nous sommes des mammifères. Le premier mâle qui féconde une femelle imprime son cachet sur elle et sur sa descendance. On a contesté cette opinion. En dehors des faits de physiologie animale bien connus des éleveurs, il est des faits de physiologie humaine. J'ai vu, par exemple, le cas suivant : un homme laisse une femme avec un enfant. Il meurt et la femme se remarie. La femme et le second mari sont bruns. L'enfant qui naît de ce second mariage est roux comme le premier mari, et lui ressemble. Je persiste à croire à l'influence primordiale du premier fécondateur. Quand vous verrez des dystrophies chez un enfant né d'un second mariage, lorsque le père et la mère n'en présentent pas, pensez à l'imprégnation primitive.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Les nombreuses indications du salicylate de soude en médecine et en chirurgie

Le salicylate de soude est presque exclusivement réservé depuis longtemps au traitement du rhumatisme articulaire. Et cependant, fait remarquer M. le Dr Jules Meyer, médecin major (dans la *Province médicale*), le salicylate de soude est efficace pour bien d'autres affections. C'est, en effet, un antiseptique et un analgésique de premier ordre.

Ainsi, pour les angines, on peut employer le salicylate de soude en gargarismes 6 grammes pour 120 gr. d'eau, 1 cuiller à soupe dans un demi-verre d'eau très chaude ; six à huit gargarismes par jour.

Lorsque l'angine n'est pas traitée dès le début, que déjà elle est intense, que les ganglions cervicaux sont engorgés et que l'angine est fortement inflammatoire, le malade doit se gargariser plus fréquemment — une fois toutes les heures — et la quantité de gargarisme prescrit doit être augmentée (c'est une solution au 1/20).

On sait que les solutions de salicylate de soude sont instables et s'altèrent assez rapidement : aussi est-il préférable de ne faire préparer la solution que pour une journée seulement. On peut, pour plus de commodité, prescrire des paquets que le malade fait lui-même dissoudre ; mais, dans des paquets en papier, le salicylate de soude s'altère souvent, après quelques jours. Dans un flacon de verre jaune, la conservation est parfaite, et il suffit qu'une fois pour toutes, l'on se soit rendu compte du volume que représente 1 gramme. Ce sont là des détails utiles dans la pratique journalière. A noter également que l'on doit exclusivement se servir de salicylate de soude cristallisé.

La solution de salicylate de soude a un goût douceâtre, nullement désagréable, dont les malades ne se plaignent jamais ; il faut définitivement renoncer à l'aromatiser avec de la mellite ou des sirops de fruits.

Il n'y a aucun inconvénient, il est à peine besoin de le dire, si le malade en avale quelque peu : c'est précieux chez les enfants.

Employés dans les conditions indiquées ainsi, les gargarismes de salicylate de soude donnent des résultats surprenants et constants. La sensation douloureuse de constriction cesse rapidement ; aussitôt après les premiers gargarismes, le malade se sent mieux, la déglutition devient plus aisée. Souvent, les malades manifestent leur surprise et leur satisfaction de cette rapide amélioration ; c'est le phénomène qui les frappe le plus.

Dans les cas d'angine pultacée ou de pseudo-diphtérie, les fausses membranes disparaissent en vingt-quatre heures, mais l'usage du salicylate de soude doit être continué pendant quelques jours, sans quoi, on voit réapparaître les fausses membranes.

Dans les cas d'angines à répétition, par mesure de prophylaxie, il est très bon de se gargariser au salicylate de soude matin et soir.

Pour l'antisepsie de la bouche, le Dr Meyer trouve au salicylate de soude des propriétés aussi remarquables que pour le pharynx et les amygdales : il l'emploie contre la stomatite aphteuse, l'ulcération sublinguale de la coqueluche, les plaies des avulsions dentaires.

Le salicylate de soude employé en solution à 5 pour 100 est très efficace dans plusieurs affections cutanées, gerçures et crevasses des seins, engelures ulcérées, érythèmes, dermites, voire même eczémas.

« L'usage quotidien d'une solution de salicylate de soude, deux ou trois fois par jour, qu'on laisse sécher après le lavage des mains et, en particulier le soir en se couchant, protège et guérit l'épiderme palmaire de toutes les lésions super-

ficielles, gerçures et crevasses, si fréquentes en hiver, et remplace avantageusement les divers corps gras habituellement employés : glycérine ou vaseline. »

Le salicylate de soude en oculistique.— M. Meyer a eu des résultats surprenants par l'usage de la solution chaude de salicylate de soude dans la conjonctivite, et en particulier, dans le traitement des conjonctivites chroniques à répétition, de nature plus ou moins rhumatismale. On obtient des succès complets dans des cas ayant résisté à tous les agents médicamenteux les plus variés ; dans ces cas, l'usage des solutions de salicylate de soude doit être prolongé longtemps après la guérison apparente.

« Dans tous les lavages, pour toutes les irrigations chaudes de l'œil, comme pour tous les pansements humides, il y a grand avantage à employer le salicylate de soude et à le substituer en particulier, à l'acide borique.

Emploi chirurgical du salicylate de soude. — Dans toutes les plaies de la face, alors que la proximité d'organes sensibles ou de cavités contre-indique l'usage d'agents antiseptiques énergiques, les pansements avec le salicylate de soude se trouvent indiqués.

« Ces pansements conviennent également bien pour toutes les plaies des membres, en particulier, lorsqu'il s'agit de plaies enflammées qui ont été irritées par des agents antiseptiques.

« Le salicylate de soude, de par les recherches bactériologiques, est doué d'un pouvoir antiseptique relativement faible ; on peut attribuer les bons résultats qu'il donne, dans la pratique, à cette particularité que, s'il agit peu sur les agents microbiens et leurs toxines, il respecte certainement les cellules de l'organisme, leur venant en aide, loin de leur nuire, et facilite ainsi le travail de défense de l'organisme lui-même. On réalise, à l'égard des plaies suppurées, les heureux résultats que donne l'asepsie rigoureuse dans les plaies opératoires. »

Emploi rationnel de l'ibogaïne.

Au début, l'ibogaïne n'a pas toujours obtenu auprès du corps médical le succès qu'on était en droit d'attendre de son emploi méthodique. Mais, il est à remarquer que, depuis deux ans, un revirement complet s'est manifesté en sa faveur.

Nous avons recherché les causes de ce discrédit momentané. Le chlorhydrate d'ibogaïne est d'un prix relativement élevé ; pour cette raison, les doses nécessaires pour obtenir des résultats thérapeutiques étaient trop rarement employées. D'autre part, la difficulté que l'on éprouve à se procurer des racines d'iboga, par suite de la rareté de cette plante, ont encouragé certaines maisons étrangères à extraire de végétaux voisins du *Tabernanthe Iboga* des alcaloïdes ayant bien quelques vagues rapports avec l'ibogaïne, mais dont la toxicité beaucoup plus élevée était assez comparable à celle de la strychnine. On comprend alors les hésitations bien légitimes et la circonspection qu'ont montrée certains praticiens vis-à-vis de ces produits.

Il nous paraît nécessaire de rappeler que le plus sûr moyen d'obtenir une action prompte, d'éviter tout accident est de prescrire les dragées Nyrdahl dosées à 5 milligrammes de chlorhydrate d'ibogaïne. Leur action physiologique s'exerce sur le système nerveux, sur la circulation et sur la nutrition.

A doses faibles, l'ibogaïne augmente l'excitabilité nerveuse psychique et médullaire ; c'est un névrosthénique remarquable. C'est également un médicament cardiaque très efficace, dont l'action est un peu comparable à celle de la digitaline. C'est enfin un accélérateur des échanges nutritifs et respiratoires, favorisant le processus d'assimilation et de désassimilation.

La dose moyenne chez l'adulte est de 4 à 6 dragées par jour. Mais on peut sans inconvénient la dépasser. On obtient alors des résultats utiles dans les asthénies nerveuses et musculaires, dans le surmenage, dans les psychasthénies, les dépressions générales, les convalescences et même dans certaines affections du cœur, telles que la dilatation, la myocardite et la faiblesse de cet organe.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le 606 : réponse de M. Hallopeau à M. Ehrlich. — La tuberculose infantile sur le littoral méditerranéen.

M. HALLOPEAU répond, à la tribune de l'*Académie de médecine*, à la lettre d'Ehrlich sur *les dangers du* 606.

Dans sa dépêche, Ehrlich déclarait n'avoir vu se produire aucun cas d'amaurose sous l'influence du 606. M. Hallopeau montre que 3 cas de cécité ont été signalés par M. Isaac et M. Sputhoff. Les cas de mort (12 sur 8.000 injectés), quelle que soit l'explication qu'on en fournisse, indiquent bien qu'il s'agit d'un traitement dangereux.

Pour ce qui concerne l'hectine, l'auteur rappelle l'observation très intéressante, qu'il a déjà signalée au récent Congrès de médecine, du malade de M. Guiard. Le malade en question, soumis à la cure abortive par l'hectine, contracta un second chancre quatre mois après le premier, prouvant ainsi la guérison de la première syphilis.

Quant à la question de priorité de la découverte de l'hectine, M. Hallopeau laisse M. Mouneyrat répondre lui-même. « Dans sa dépêche du 11 octobre à l'Académie, M. Ehrlich, dit M. MOUNEYRAT, a réclamé pour l'Allemagne la paternité de l'hectine, en alléguant que la préparation de ce corps est contenue dans un brevet de la maison Speyer 1906. Or, j'ai lu attentivement ce brevet. Il protège 8 produits divers, mais il ne contient ni le nom chimique de l'hectine, ni sa préparation détaillée. Il y a plus. La maison Speyer, si elle avait fait breveter l'hectine, au-

rait dû déposer au Bureau officiel des brevets, à Berlin, un échantillon de benzosulfonearsinsaure (nom chimique, mis en allemand, de l'hectine). Or, il n'en est rien ».

M. Mouneyrat ajoute, non sans justesse, qu'une telle discussion, portant sur des brevets, ne peut guère intéresser que les tribunaux de commerce, et que nous ne sommes pas habitués, en France, à voir des questions de ce genre être discutées aux tribunes des Sociétés savantes.

— M. Debove présente à l'*Académie de médecine* un rapport sur un mémoire du Dr Nevillet (de Cannes) intitulé : le *traitement de la tuberculose infantile sur le littoral méditerranéen* par les cures marine et solaire.

Le littoral méditerranéen joint les avantages de la cure marine et de la cure solaire. A Cannes, par exemple, la température de la mer, qui est relativement élevée à cette époque de l'année (en moyenne 18 degrés), s'abaisse lentement à mesure que l'hiver s'accentue, jusqu'à 9 degrés et 8 degrés. Les enfants peuvent continuer à se baigner sans s'apercevoir de la baisse progressive de la température de l'eau. Les bains, d'ailleurs, sont toujours très courts. Les petits malades arrivent à prendre 200 à 220 bains de mer pendant leur saison de 240 jours.

Avant et après le bain, la plus grande partie de la journée est consacrée à l'héliothérapie, c'est-à-dire à l'exposition directe aux rayons solaires non modifiés. Les jours sans soleil sont si rares dans cet heureux climat que les malades peuvent faire de l'héliothérapie au moins 190 jours sur les 240 que dure leur saison climatérique.

Sous la triple influence de l'air marin, du bain de mer et du bain de lumière, la constitution se modifie rapidement. Les tuberculoses ganglionnaires, les tumeurs blanches (coxalgie, mal de Pott), la péritonite bacillaire, sont très heureusement influencées par la cure, ainsi qu'en témoignent les beaux résultats obtenus à l'asile Dollfus, de Cannes, où sont envoyés chaque année de nombreux enfants venus de Suisse, adressés par un Comité de philanthropes génevois.

M. Albert Robin estime que M. Debove accomplit un acte de justice en mettant en valeur les effets thérapeutiques de notre beau climat méditerranéen, injustement décrié dans des publications et dans des Congrès étrangers.

M. Bouchard remarque que si les Suisses ne laissent pas ignorer les avantages de leurs stations hivernales, ils connaissent aussi les bienfaits des plages méditerranéennes et ils en font profiter leurs petits compatriotes.

M. Landouzy s'associe aux observations de MM. Debove, Albert Robin et Bouchard, touchant les avantages d'une cure d'héliothérapie et de thalassothérapie faite sur notre Riviera par les enfants, à condition que cette cure soit longuement continuée. On ne saurait trop vanter — tant ils sont merveilleux — les résultats obtenus sur la Riviera chez toute cette catégorie de bacillaires lymphatiques auxquels profite la luminosité autant que l'air marin de nos plages, si bien abritées contre les vents de terre, qui s'échelonnent d'Hyères à Menton.

P. L.

REVUE DES CONGRÈS

Congrès d'Urologie.

Traitement de la blennorrhagie. — Rétrécissements non blennorrhagiques de l'urèthre. — Troubles fonctionnels dans l'hypertrophie prostatique. — Traitement de la tuberculose vésicale. — Tuberculoses génitales prétendues primitives.

Au *Congrès de l'Association française d'Urologie*, tenu en octobre à Paris, le *traitement de la blennorrhagie* a fait l'objet de plusieurs communications.

M. Moran (de Brest) a traité par le *procédé abortif d'Engelbreth* (de Copenhague) au nitrate d'argent, 8 cas de blennorrhagie et a, sans aucun accident, obtenu 50 % de succès. Chez les quatre malades qui en étaient à leur première blennorrhagie le traitement a échoué.

Engelbreth accuse 30 0/0 de succès chez les néophytes de la blennorrhagie, 85 0/0 chez les autres et 55 0/0 sur la totalité des cas. Sa méthode présente aux yeux de l'auteur l'avantage d'être véritablement abortive, principalement chez les habitués de la blennorrhagie. Elle a l'inconvénient de pouvoir être appliquée seulement dans les premières heures de l'éclosion de la maladie.

M. Janet parle du *traitement abortif de la blennorrhagie par l'argyrol*.

Quand on a l'occasion de traiter, dit-il, des blennorrhagies dans les 24 premières heures à partir du début de l'écoulement, surtout dans les 12 premières heures, l'argyrol donne de meilleurs résultats comme abortif que le permanganate de potasse.

Les doses proposées par les médecins américains qui ont préconisé cette préparation (injections à 20 0/0 toutes les trois heures) sont trop fortes. Elles provoquent de l'écoulement sanglant et de la desquamation. M. Janet a eu recours aux lavages de l'urèthre antérieur avec des solutions de 2 à 4 par 1000 (1/2 litre par lavage) et aux injections uréthrales de 5 à 20 pour 100, gardées de 2 à 5 minutes, répétées suivant la réaction qui s'ensuit.

Si les premières injections ne donnent pas de résultat, il vaut mieux abandonner l'argyrol pour revenir au permanganate qui semble bien supérieur à l'argyrol lorsque les gonocoques ont pénétré dans la muqueuse.

M. Moscu (de Bucarest) rapporte une dizaine d'observations d'uréthrite blennorrhagique aiguë traitée par la sérothérapie (injections de sérum de Wassermann).

Les injections furent faites dans la fesse, tous les deux jours, avec une quantité de 20 centimètres cubes.

Tous ces malades ont été complètement guéris, en une semaine ou deux, après quatre injections.

Toutefois, après la troisième et la quatrième injections, les malades ont eu des accidents sériques, les uns avec élévation de température, les autres avec des éruptions papuleuses cutanées et adénopathie ganglionnaire.

M. Strominger lit une note sur un cas de septicémie gonococcique guérie par les injections de sérum antigonococcique.

— M. Malherbe (Nantes) communique un travail sur les *rétrécissements de l'urèthre indépendants de la blennorhagie et du traumatisme.*

L'auteur pense qu'il est difficile d'édifier quant à présent un chapitre de pathologie sur ces rétrécissements. Il faut encore rassembler des faits avant de pouvoir conclure.

M. Malherbe a observé un assez grand nombre de rétrécissements du méat dus au chancre syphilitique. Ils se sont toujours résorbés et l'on n'a jamais eu besoin de recourir à un véritable acte chirurgical.

En dehors de la syphilis, l'auteur a vu des rétrécissements dans les cas suivants :

Rétrécissements congénitaux ;

Rétrécissements par accolement épithélial du méat ;

Enfin, rétrécissement tuberculeux.

Les rétrécissements congénitaux légers sont très communs. Ceux qui nécessitent une intervention, dilatation ou uréthrotomie, sont beaucoup plus rares.

Le rétrécissement du méat par accolememt épithélial est sans doute fort rare. C'est une curiosité d'anatomie pathologique plutôt qu'une affection chirurgicale sérieuse. Ce rétrécissement consiste dans un accolement de cellules malpighiennes des deux lèvres du méat, accolement que l'on ne peut vaincre qu'avec l'emploi d'un stylet et une légère effusion de sang.

Les rétrécissements tuberculeux semblent généralement déterminés par gonflement de la muqueuse ulcérée sans sténose fibreuse.

M. Cathelin montre qu'il n'y a pas de rétrécissement tuberculeux à proprement parler. Dans ces cas, il s'agit en réalité, non d'une sténose circulaire du canal, mais de bosselures de l'urèthre profond produites par des noyaux de tuberculose prostatique, d'où le saignement de ces canaux et la difficulté de la manœuvre sous-pubienne pour les instruments un peu forts.

Il peut y avoir association de tuberculose et de blennorrhagie et l'on assiste alors parfois à l'évolution de véritables blennorrhagies mortelles.

M. Pasteau estime que les rétrécissements tuberculeux sont peut-être moins rares qu'on ne l'admet. Il ne faut pas éliminer, en effet, les cas où il y a eu blennorrhagie antérieure, la tuberculose se développant plus facilement sur un urèthre préparé par la blennorrhagie.

— M. Loumeau (de Bordeaux) appelle l'attention sur le *défaut de parallélisme entre le volume et les troubles fonctionnels de l'hypertrophie prostatique.*

Les troubles fonctionnels de l'hypertrophie prostatique, loin d'être toujours proportionnés aux dimensions de la prostate hypertrophiée, peuvent manquer ou n'être que très tardifs chez des sujets à grosse prostate. On peut les voir, en revanche, chez les prostatiques jeunes, à prostate encore petite. Ceci s'explique par ce fait que, pour la vessie, comme pour d'autres cavités contractiles, c'est beaucoup moins la lésion orificielle qui crée l'impotence fonctionnelle de l'organe que la manière dont la paroi musculaire réagit en amont de l'obstacle.

— M. Rovsing (de Copenhague) fait une communication sur sa méthode de *traitement de la tuberculose vésicale par l'acide carbolique.*

Ce traitement consiste en injections d'une solution d'acide carbolique à 6 %. On introduit une sonde, avec laquelle on injecte 25 à 50 cent. cubes de liquide fraîchement préparé. Après deux ou trois minutes, on laisse sortir par la sonde le liquide, qui est alors opaque par coagulation de l'albumine. On renouvelle les injections jusqu'à ce que le liquide retourne clair et l'on fait sortir la dernière goutte de solution avant de retirer la sonde.

Le traitement est répété tous les 2 jours, puis 3 fois par semaine. Lorsque l'urine reste claire dans l'intervalle des interventions, on espace les injections. Un des inconvénients de la médication est la douleur parfois extrêmement vive, qu'elle provoque. On peut l'atténuer par une injection préalable de cocaïne.

L'auteur a ainsi guéri 27 malades. Deux étaient atteints de tuberculose vésicale primitive. Les 25 autres étaient des sujets ayant une tuberculose rénale primaire avec tuberculose secondaire de la vessie. Chez ces derniers, M. Rovsing avait d'abord extirpé le rein et attendu au moins un mois pour voir si la lésion vésicale ne disparaîtrait pas spontanément. Il n'instituait le traitement carbolique que si la tuberculose vésicale progressait.

— M. Desnos parle des *tuberculoses génitales prétendues primitives.* L'auteur a fréquemment observé des tuberculoses de l'épididyme et de la prostate paraissant primitives, aucun symptôme suspect n'étant relevé du côté des voies urinaires supérieures. Eh bien ! des examens minutieux, pratiqués avec tous les procédés dont dispose l'urologiste, lui ont plusieurs fois permis de constater, en pareils cas, des lésions rénales, urétérales, etc. On doit donc se montrer réservé sur la légitimité de ces tuberculoses génitales primitives, ce qui n'est pas sans intérêt pour le traitement.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

L'atropine,

Par le Dr André Lombard.

Elle est le principe actif de la belladone, et on l'emploie sous forme de sulfate, mais il s'en faut qu'elle puisse remplacer celle-ci dans tous les cas ; elle est douée, en effet, d'une très grande toxicité ; son usage, même à doses thérapeutiques, n'est pas dépourvu d'inconvénients, puisqu'on a observé des accidents après l'absorption d'un quart de milligr. ; cependant son emploi est quelquefois justifié, et le praticien qui s'en sert doit exercer sur son malade une surveillance plus attentive. On prescrit le sulfate d'atropine chez l'adulte à la dose quotidienne d'un demi-milligr. à un milligr. et demi ; chez l'enfant on s'abstient généralement de le donner avant 3 ans ; de 3 à 5 ans, on peut donner un quart de milligr. à un demi-milligr. par jour, et, de 5 à 10 ans, d'un demi-milligr. à un milligr. par jour. Chez l'enfant, comme chez l'adulte, on aura toujours soin de *fractionner* les doses pour cesser l'emploi au moindre signe d'intolérance. On le fait absorber en pilules, en potion ou en injection sous-cutanée.

Si l'on tient à employer cet alcaloïde dans la coqueluche, on fera préparer la solution suivante :

Sulfate d'atropine.....	un centigr.
Eau distillée.....	10 gr.

dont on donnera progressivement et selon l'âge dix à vingt gouttes par jour, jusqu'à effet (en moyenne une goutte trois fois par jour, par année d'âge). C'est le médicament que M. Méry préfère aux autres préparations de belladone et il prescrit la solution suivante :

Sulfate d'atropine.....	un centigr.
Eau distillée.....	250 gr.

dont une cuill. à café (5 gr.) renferme un cinquième de milligramme d'alcaloïde. Un enfant de 6 à 8 mois, dit-il, peut avaler une cuillerée à café de cette préparation, mais en plusieurs fois ; des érythèmes sont possibles.

Dans le coryza vaso-moteur, l'atropine agit heureusement sur l'hypersécrétion et aussi sur le système nerveux en général ; on fait prendre à chaque repas une cuillerée à soupe de :

Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 005
Sulfate de strychnine.....	0 gr. 02
Sirop d'écorces d'oranges amères.	300 gr.

(*A suivre.*)

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par le Dr F. Chabrut,

Taies de la cornée.

La taie de la cornée est, sauf rares exceptions (opacités cornéennes spontanées, arc sénile), le reliquat d'un ulcère ou mieux d'une lésion inflammatoire, le terme d'ulcère impliquant une perte de substance en surface, ce qui n'est pas vrai pour les kératites interstitielles ou parenchymateuses qui laissent la surface épithéliale indemne et qui s'accompagnent cependant de taie. La taie est donc la transformation d'exsudats inflammatoires en tissu fibreux opaque, et les ulcérations de surface en sont les causes les plus fréquentes.

La taie récente participe de l'ulcère par la déformation encore très nette de la surface, son aspect encore un peu infiltré et mat, et surtout par la présence des vaisseaux de régression. La taie ancienne, au contraire, est de surface miroitante, sinon lisse, de couleur blanche ou gris bleuâtre suivant qu'elle est plus ou moins opaque et dépourvue de vaisseaux. Encore peut-on souvent en découvrir à la loupe tant que la régression est possible, et cette régression dure quelquefois longtemps après que la taie paraît définitivement organisée et indélébile, chez les enfants par exemple. Mais en règle générale, une taie sans vaisseaux est fixe et ne s'éclaircit pas.

La recherche des vaisseaux a donc une grande importance pour le pronostic.

Les taies donnent lieu à des troubles de la vue assez paradoxaux en ce que ce ne sont pas toujours les plus opaques en apparence, les plus blanches, qui donnent la plus mauvaise vision.

Voici en effet ce qui se produit : les rayons qui traversent la cornée dans le voisinage immédiat des points opaques subissent une réfraction irrégulière à travers un milieu que l'inflammation a divisé en une infinité de petits îlots plus ou moins transparents, mais surtout, et c'est là l'important, d'un pouvoir réfringent très inégal. Ajoutons à cela les rayons qui dans l'épaisseur de la cornée se réfléchissent sur un de ces îlots opaques, et nous avons, au lieu d'un faisceau lumineux régulier et droit, entrant dans l'œil suivant les lois de la réfraction propre du milieu cornéen, une sorte de foyer de lumière diffuse fournie par la cornée elle-même et qui se substitue à lui. Alors il y a un véritable éblouissement rétinien qui déforme l'image qu'auraient pu former les rayons normaux et le malade voit la source lumineuse (la flamme d'une bougie par exemple) sous forme d'un halo lumineux, comme on voit un bec de gaz à travers un brouillard épais ou à travers

les vitres mouillées par la pluie. Pour la même raison, un objet sombre sur fond clair, ce qui est la condition la plus ordinaire de visibilité des objets en plein jour et en plein air, sera vu miroitant, ou même ne sera pas vu du tout s'il est petit. Son image sera alors complètement noyée dans le champ d'éblouissement de la rétine.

Un œil atteint de taie qui n'envahit pas tout le champ pupillaire a donc une vue mauvaise bien plus souvent par la mauvaise direction des rayons réfractés que par l'insuffisance de ces rayons. Cette diffusion des rayons lumineux produit les mêmes effets que l'astigmatisme dû aux irrégularités de surface qui accompagnent la plupart des taies, ces deux causes s'ajoutant pour un effet nuisible contre lequel le médecin est désarmé.

En principe, le trou sténopéïque, trou très fin, de la grosseur d'une grosse épingle environ, en limitant l'épaisseur du faisceau incident diminue l'étendue du faisceau réfracté et par suite la diffusion qui amène l'éblouissement.

Mais son emploi se heurte à deux obstacles matériels qui sont qu'un écran ainsi percé d'un trou ne saurait être mobile avec l'œil et que, d'autre part, il limite le faisceau lumineux d'un œil déjà insuffisamment éclairé bien qu'ébloui.

Les troubles de la vue ne sont pas les seuls inconvénients des taies de la cornée. Il en est d'autres plus graves qui menacent la vitalité de l'œil. Il s'agit des adhérences fréquentes de l'iris à la lésion cornéenne, vestige d'une ancienne perforation, par où l'iris, entraîné par la pression intraoculaire et par l'écoulement de l'humeur aqueuse, a fait hernie. Le plus souvent la hernie embrasse une partie minime de l'iris qui paraît comme un point noir dans l'entrebaillement des bords de la plaie, puis se confond avec elle en une cicatrice légèrement pigmentée, plate et solide. C'est la *synéchie antérieure* banale et la taie devient le *leucome adhérent* (fig. 1). Ce leucome adhérent, même plat et solide est néanmoins une cause possible d'hypertension, bien que ce ne soit pas la règle, car, comme nous le verrons plus tard, il existe là un élément de production d'un glaucome secondaire dans l'effacement de l'angle irido-cornéen du côté de la cicatrice et les troubles qui peuvent résulter de la circulation lymphatique en ce point. Ces risques sont d'autant plus sérieux que la synéchie est plus large et l'angle plus effacé. Mais le danger de glaucome secondaire est imminent, si le leucome adhérent s'accompagne d'une ectopie de la cicatrice, car alors ou bien cette ectasie est le premier symptôme de l'hypertension déjà déclarée et en voie de produire les dégâts du glaucome, ou bien elle prépare cette hypertension, en comblant plus ou moins la chambre antérieure. En effet, cette ectopie est surtout une ectopie, un *prolapsus de l'iris*, dont la cicatrice a cédé, qui peu à peu est entraîné ainsi presque complètement en dehors et efface absolument la chambre antérieure (fig. 2).



Fig. 1.

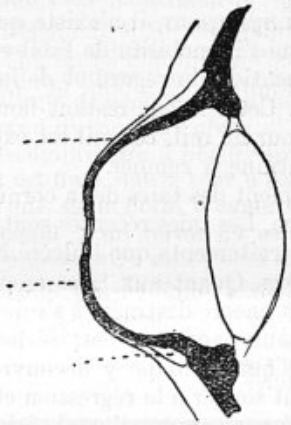


Fig. 2.

Les mêmes accidents sont possibles, mais moins menaçants avec une ectasie d'un leucome simple, non adhérent. Mais dans ces cas, il est vraisemblable que ce staphylome cornéen qui laisse à la chambre antérieure sa profondeur normale est non la cause mais bien l'effet d'une hypertension déjà produite, due à d'autres causes et qui n'est pas fatalement progressive.

Un autre gros risque des leucomes adhérents, c'est l'infection de la saillie irienne au moindre traumatisme et sa propagation sous forme d'irido-cyclite grave et même de panophtalmie. Il suffit d'une érosion de l'épiderme qui recouvre la cicatrice pour que l'iris chroniquement irrité par le mouvement des paupières réagisse violemment à l'arrivée des germes contenus dans les voies lacrymales et les lésions les plus banales des membranes externes ou venus du dehors. L'œil devient alors le siège d'une inflammation très intense qui en compromet rapidement la vitalité.

Les taies de la cornée s'accompagnent encore souvent de *myopie*. C'est une myopie apparente et sans vices de réfraction. Le malade rapproche

simplement les objets pour diminuer le trouble de l'image par son agrandissement.

Le *strabisme* est souvent lié aussi aux taies de la cornée. Voici comment il se produit : beaucoup d'yeux d'apparence normale sont atteints d'*asthénopie musculaire*, c'est-à-dire qu'il n'y a pas pour la convergence une parfaite *synergie* musculaire, mais au contraire celle-là n'est obtenue que par un effort cérébral qui a pour but de fusionner les deux images que l'asthénopie tend à dissocier, cet effort de fusion des deux images étant impérieux par nature, par gêne de la diplopie.

Mais si une de ces images est insuffisante et ne concourt pas à une vision binoculaire utile, la fusion est inutile et l'asthénopie persiste avec une diplopie insignifiante ou nulle suivant le degré d'imperfection ou la nullité de l'image fournie par l'œil malade. C'est le cas d'un œil porteur d'une taie.

Quant au *nystagmus*, il n'existe que chez l'enfant chez qui l'immobilité de l'œil est un résultat de l'éducation du regard et de la conscience des images. Cette image restant floue ou nulle, au moins pour un œil, cet œil est exclu de la vision et continue à remuer.

Le traitement des taies de la cornée varie suivant leur âge. Les taies récentes sont justiciables des mêmes traitements que l'ulcère. Nous n'y reviendrons pas. Quant aux taies anciennes, elles sont souvent encore destinées à s'éclaircir malgré leur blancheur nacrée et leur sécheresse apparente. Tant que la loupe y découvre des vaisseaux, il faut songer à la régression et traiter par les pommades, surtout à l'oxyde jaune de mercure, le massage, les bains chauds, le calomel, etc.

Pour les taies indélébiles, l'iridectomie interviendra en pratiquant une pupille artificielle en face d'une partie transparente de la cornée, surtout vers le haut, la paupière supérieure intervenant dans ce cas pour limiter cette pupille trop excentrique en arrêtant les rayons marginaux.

Le tatouage peut souvent aussi rendre le service de diminuer l'éblouissement. Quant aux leucomes adhérents, surtout ectatiques, éviter les traumatismes et les traitements intempestifs.

SOU MÉDICAL

Une proposition

Monsieur le Président du « Sou Médical ».

Depuis bien longtemps une idée me trottait par la tête. Je voulais la soumettre à votre méditation et par suite aux délibérations du Conseil du « Sou » ; mais j'avais peur d'être importun, de paraître encombrant et de me faire houspiller d'importance : je suis si timide d'habitude !

Cette idée m'obsède à tel point que je prends mon courage à deux mains pour vous l'exposer un peu longuement peut-être. Je ne sais pas comment mon idée sera accueillie ; en tout cas, j'aurai fait mon devoir et avec l'espoir que quelque chose dans ce genre devra être fait tôt ou tard.

Cette idée m'a été suggérée par la lecture si instructive de la Petite Correspondance du *Concours*.

A plusieurs reprises, j'avais déjà entretenu quelques confrères de cette question, et tous y trouvaient, avec quelques objections et critiques, une certaine utilité. Une lettre parue dernièrement dans le n° 42, page 905, du *Concours* et, d'autre part, l'ordre du jour de l'Assemblée générale du « Sou Médical » où je lis : « Modifications des statuts », me décident.

Je me serais bien gardé de soulever cette question en assemblée générale, bien que celle-ci soit toujours maîtresse de ses décisions, avant d'avoir, au préalabte soumis la question aux délibérations du Conseil, rendant un hommage légitime à son activité, à son dévouement au bien de tous ses affiliés.

Je n'ai pas besoin, il me semble, de faire l'historique du « Sou » ; vous le connaissez mieux que quiconque ; il a déjà un passé assez respectable. S'il a essuyé quelques échecs, ses victoires et ses succès ne se comptent plus ; une jurisprudence nouvelle s'est établie qui était inconnue jusqu'à lui, sans parler du prestige moral qu'il nous a fait gagner, grâce à son activité inlassable, à son influence dans le monde même extra-médical, à sa dent un peu dure que les assurances connaissent bien — c'est par centaines de mille francs qu'on peut chiffrer les sommes qu'il a contribué à faire rentrer dans nos poches et qui seraient restées dans celles des assurances — les malheureuses —, si le « Sou médical » n'était là pour soutenir toutes les revendications légitimes des confrères lésés.

Les services journellement rendus par le « Sou », œuvre admirable entre toutes et qui rendra immortels les noms de ses promoteurs entre autres : Gassot, Maurat, Jeanne et tant d'autres, sont incommensurables.

Etant donnée la propagande faite dans les journaux, les syndicats, les associations professionnelles de toute nature, il me semble qu'il y aurait lieu de se demander s'il peut exister en France un médecin qui l'ignore — cette hypothèse me paraît inadmissible.

Dans ces conditions, si nos confrères ne viennent pas à nous et en masse, c'est : qui, par négligence, qui, par nonchalance, qui, par je m'enfoutisme, et une partie, — la grande même — se disent probablement qu'ils ne sentent pas le besoin d'y adhérer, qu'ils se croient à l'abri des ennuis, qu'ils n'en auront jamais besoin et enfin un beau jour, *v'lan*, les voilà dans le pétrin, à la suite duquel on lit dans le *Concours* des lettres dans le genre de celle du Dr A.

Avez-vous remarqué cette phrase qu'on lit toujours la même, qui revient comme un refrain :

« j'ai toujours négligé de me faire inscrire au « Sou » et je suis le premier — je t'écoute — à avoir à regretter cette négligence » et comment ! — A cette lettre, une excellente et judicieuse réponse de notre ami Boudin — réponses qui sont toujours marquées au coin du bon sens — intervient et puis le confrère dans l'embarras envoie les 20 francs — il est du « Sou »; on y va des conseils demandés, on y ajoute au besoin des consultations de nos avocats conseils, de sorte que, pour 20 francs, il a eu tous les éléments nécessaires à sa défense et quelquefois, sinon toujours, il gagne son procès.

Alors, le « Sou » n'est plus une association professionnelle de défense et de solidarité — mais simplement une agence de renseignements spéciale dont les portes sont ouvertes à tout venant moyennant 20 francs, *comme au pesage*.

Eh bien ! il faut que cet état de choses cesse sous peine pour le « Sou » de péricliter, *oui péricliter*, et de perdre parmi nous beaucoup de sa valeur morale.

Mais, — saperlipopette — quel est l'avocat — même inconnu — qui dirigerait une affaire, qui donnerait des consultations souvent écrites et qui se contenterait de 20 francs d'honoraires ?

Le confrère, qui entre chez nous avec une affaire sur les bras et qui demande l'intervention même morale du « Sou », ne fait pas acte de solidarité et de prévoyance, mais simplement une spéculation, *oui, une spéculation*, et une économie. Dans les conditions actuelles, je ne vois pas bien l'intérêt d'un confrère d'adhérer au « Sou » — parbleu ! il a le temps — il rentrera quand il voudra, pour ses 4 thunes et encore on lui fera risette — par ce moyen, il aura sinon l'appui pécuniaire, tout au moins l'appui moral, et largement. Et qu'on ne s'y trompe pas — ce dernier a quelquefois une valeur bien supérieure à l'appui financier, d'autant qu'on peut faire sonner à grand cri l'appui que le « Sou médical » donne auprès de toutes les collectivités en lutte avec le corps médical.

Le « Sou » est une force considérable — c'est entendu — il faut qu'elle serve aux affiliés — aux prévoyants et non pas à ceux qui viennent à nous au moment d'une détresse. Que le corps médical soit solidaire et étroitement uni dans les luttes professionnelles, je le veux bien et on ne saurait dans ce cas faire une différence entre un syndiqué ou non, affilié au « Sou » ou non.

Mais ici, c'est une autre chose — c'est une association mutuelle qui, moyennant une cotisation déterminée, s'occupe exclusivement de ses affiliés — j'estime que nous avons à nous occuper des prévoyants et que nous devons mettre un obstacle à toute spéculation qui pourrait se manifester.

Je sais bien qu'on ne le fait pas dans cette intention, mais on pourrait le croire et cela pourrait nuire au prestige du « Sou » et surtout à son recrutement.

Aussi pour y mettre un terme, je vous prie de vouloir bien soumettre à l'Assemblée générale après en avoir délibéré en conseil, les articles suivants :

1° A partir du 1er janvier 1911 un droit d'entrée de 25 francs sera exigé de tout nouvel adhérent au « Sou médical » ;

2° L'appui moral du « Sou » ne sera accordé dans aucune circonstance avant 6 mois de stage ; toutefois une large initiative sera laissée au Conseil d'administration du « Sou Médical » pour des cas spéciaux d'intérêt général à la suite d'une décision prise par lui à l'unanimité ;

3° L'appui pécuniaire du « Sou Médical » ne sera accordé dans aucune circonstance avant un an de stage.

Toutefois, si dans les 6 premiers mois de stage, un adhérent sollicitait l'appui moral du « Sou Médical » deux cas peuvent se présenter :

1° Si l'affaire est antérieure à son adhésion, le nouvel adhérent devra au préalable s'acquitter de x francs par année d'âge ;

2° Si l'affaire est postérieure à son adhésion et que son temps de stage ne soit pas écoulé, l'indemnité sera réduite de moitié.

J'estime, mon cher confrère, que ces quelques articles sont de nature à sauvegarder les intérêts légitimes des adhérents prévoyants, mais aussi et surtout à donner à réfléchir à un grand nombre d'hésitants, de négligents, qui ne viennent à nous que quand ils sont aux abois — cette restriction ferait comprendre à beaucoup que l'ère de l'isolement est finie, que la tour d'ivoire a fait son temps et que, dans l'état d'évolution continuelle dans lequel nous vivons, c'est la solidarité, c'est le groupement, c'est l'union de tous qui fera la force du corps médical français.

Veuillez, je vous prie, agréer, mon cher Président, l'assurance de ma cordiale sympathie.

Dr Faragg.

LA DÉFENSE DU LIBRE CHOIX
EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

Pendant que quelques amis des assureurs s'élèvent avec indignation contre Diverneresse et sa campagne, nous mettons sous les yeux de nos lecteurs la correspondance que les médecins étrangers entretiennent avec Diverneresse.

Dr Professeur Lennhoff :

Medizinische Reform.

Berlin, le 3 septembre 1910.

Très honoré Monsieur et Collègue,

Après avoir classé et élaboré les intéressantes impressions éprouvées lors de ma visite à Paris, impressions que votre bienveillance a rendues si multiples et si profondes, j'ai entrepris un voyage d'une assez longue durée, si bien qu'à mon grand regret, je n'ai pu répondre à votre amicale communication du 27 juin.

Vous désirez connaître mon avis sur l'assistance que les médecins des ouvriers sont dans le cas

de rendre à ces derniers, par leurs consultations, en cas d'accident. Je vous dirai qu'il n'y a pas en Allemagne une organisation médicale établie dans ce but indiqué. Il y a une association entre la commission générale des métiers (ce qui correspond à votre Union des Syndicats ouvriers), et l'union des *Médecins de caisse* de Berlin, librement choisis. Cette union des médecins de caisse est une association de médecins, dont les membres assurent le service médical des *caisses de malades*, dans les conditions établies par la loi des assurances de malades, avec libre choix du médecin qui accepte ces conditions.

Il n'est pas à ma connaissance que de semblables associations existent dans d'autres villes.

Quant à la consultation ou l'avis médical dont il s'agit, ils interviennent aux débats des revendications qui arrivent en dernière instance devant le Tribunal des assurances d'Etat, qui a son siège à Berlin. Notre organisation est loin d'être comparable à celle établie en France.

Comme imprimés, je vous envoie le rapport fait par moi à la Conférence internationale de la Haye sur les assurances sociales. Vous y remarquerez les particularités des assurances allemandes et celles du service médical. En même temps, j'ai la satisfaction de vous envoyer le numéro de mon journal où je fais la relation de mon voyage à Paris. Vous verrez combien vos communications m'ont été précieuses et vous en jugerez, combien je vous en dois de reconnaissance. C'est mardi matin que commenceront à La Haye les conférences et les consultations sur le service médical des assurances ouvrières.

Un grand nombre de médecins allemands et autrichiens ont pris part à cette consultation et on a remarqué *qu'il n'y avait que les représentants des Sociétés d'assurances françaises qui y ont pris la parole.*

Il serait de la plus haute importance pour l'enseignement international que les hommes comme vous (et le Docteur Levassort) fissent entendre leurs voix.

Moi-même je prendrai part au Congrès de La Haye. De là je me rendrai à Bruxelles où aura lieu le 11e Congrès international au sujet des maladies professionnelles.

Je pense que vous aviez eu l'idée de ce congrès de Bruxelles quand vous parliez du prochain Congrès où l'on établirait les bases d'une union internationale des médecins pour arriver à une solution sur la question du libre choix du médecin.

C'est une idée qui m'est très sympathique et je me réjouirai de me rencontrer avec vous à Bruxelles.

Sûrement vous y rencontrerez le docteur Teleky, de Vienne. Il vient de me faire savoir qu'il vous a écrit. Quoiqu'il soit votre ami politique, il est notre adversaire commun dans cette question. Il serait de la plus haute importance si nous pouvions gagner à notre cause un adversaire de cette valeur.

Encore une fois, mille fois merci pour les amitiés témoignées et je vous salue, très honoré collègue, avec l'expression de la plus grande considération.

Votre dévoué,

Signé : Rudolf LENNHOFF.

Autriche

Wien, 29 Juillet 1910.

Très honoré confrère,

Eu égard à la Conférence internationale des assurances sociales qui aura lieu en quelques semaines à La Haye, j'aurais le plus vif intérêt à recevoir des notes bien détaillées sur les mauvaises conséquences qui résultent de la participation des sociétés d'actionnaires (anonymes) de l'assurance de responsabilité d'accidents. M. le député Vaillant auquel je me suis adressé, il y a quelques jours, m'a désigné votre nom comme un des plus instruits dans ces questions ; il m'a conseillé de vous soumettre ma sollicitation ; en ce moment je lis, dans un article du docteur Lennhoff, de Berlin, que vos travaux sur ces questions sont éminents. Je vous serai bien reconnaissant si vous auriez la grande bonté de m'indiquer un certain nombre de livres ayant rapport à ces questions dans lesquels je pourrais puiser pour m'instruire.

Pardonnez-moi, s'il vous plaît, de vous avoir incommodé, mais déjà au congrès des assurances sociales à Rome, *j'ai bien regretté qu'on n'ait pas été en état de riposter sur les attaques des différents délégués français des sociétés d'actionnaires contre les médecins et les ouvriers.*

Agréez, très honoré confrère, ma plus haute considération.

Signé : Ludwig TELEKY
Privat-docent für social Medizin.

Wien, 22 août 1910.

Très honoré confrère,

Bien des remerciements pour votre aimable lettre et pour l'envoi des documents si nombreux et si pleins d'intérêt. Je les étudierai à fond, j'espère qu'alors je serai préparé pour La Haye. Je regrette vivement de n'avoir la possibilité de me rendre à votre aimable invitation, mais je prendrai la liberté de vous mettre au courant des affaires de La Haye.

L'article du Dr Lennhoff « Der Kampf um die freie Arztwahl in Frankreich », est paru dans la Revue, « Halbmonatsschrift fur soziale Hygiene und Medicin » Nr. 21, 21 juillet 1910. Je me suis adressé à M. Lennhoff que je connais très bien, et je l'ai prié de vous envoyer une brochure de son travail.

Agréez, Monsieur, mes respects les plus sincères.

Votre dévoué.

Signé : Ludwig TELEKY.

Espagne

A Monsieur le Président de la Société
des Médecins.

Monsieur et cher Collègue,

Nous avons appris par les journaux que vous aviez formé une Société de médecins, qui s'est

affiliée à la Bourse du travail en qualité d'«*ouvriers intellectuels* » et comme nous désirons en établir une semblable à Valence, nous vous serions très obligés de vouloir bien nous donner tous renseignements utiles pour atteindre ce but.

Nous prenons en outre la liberté de vouloir bien nous indiquer comment nous pourrions organiser une excursion à Paris, pour un groupe de commerçants, médecins et ouvriers, et ce pour un séjour de 7 à 8 jours ; nous désirerions savoir si vous pourriez nous fournir des indications sur les prix des chambres, repas, guides, etc., pendant la durée de ce séjour.

Avec nos remerciements, etc.

Signé : Mariano PEREZ,
Valencia.

Belgique

Verviers, le 29 septembre 1904.

Monsieur et honoré confrère,

Excusez tout d'abo d le retard que j'apporte à vous répondre ; j'ai été absent pendant quelque temps, c'est ce qui m'en a empêché.

M. Wybauw en me renseignant à vous comme Président du Cercle médical de Verviers, s'est trompé : je n'en suis que le secrétaire. En outre il m'a décerné un éloge tout à fait gratuit en m'attribuant, dans les questions qui font l'objet des brochures que vous avez bien voulu m'envoyer, une compétence que je suis loin de posséder, attendu que je suis encore un des plus récemment arrivés dans le corps médical verviétois. C'est vous dire que mon avis relativement à ces questions professionnelles, avis que vous m'avez fait l'honneur de me demander, n'aurait que bien peu de poids.

Vous m'obligeriez beaucoup en m'autorisant à conserver vos brochures, que je verserai aux archives de notre cercle et que je passerai même à ceux de nos membres qu'elles sont susceptibles d'intéresser, et je crois qu'ils sont nombreux.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, avec mes remerciements, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Signé : Docteur M. PLUYMAEKERS.

Liége, le 24 juillet 1905.

Très honoré confrère,

En même temps que la présente, je vous expédie un discours sur le libre choix du médecin, que j'ai prononcé à l'Académie de médecine de Belgique, et dont mon rapport au Congrès de Liége n'était qu'un résumé par trop rudimentaire.

Permettez-moi, à ce propos, de vous remercier encore une fois d'être venu à Liége, à travers tous les obstacles. Votre intervention a certes contribué pour beaucoup au résultat inespéré du vote en faveur du libre choix.

Je me félicite surtout d'avoir fait votre connaissance d'un vétéran dans le combat où je suis nouveau venu. J'espère que nos bons rapports continueront ; ils me seront utiles pour les luttes de l'avenir, car la question est loin d'être décidée en Belgique. Le mois prochain, je serai rapporteur sur ce sujet à un congrès de médecine professionnelle, qui aura lieu à Liége.

Une chose me chiffonne. On a discuté, dans des conciliabules au Congrès de Liége, l'endroit du plus prochain congrès. La France a été écartée comme acquise au libre choix. Les confrères allemands, divisés sur la matière, n'ont pas voulu prendre d'engagement. Dans cette extrémité, on a, dans la dernière séance, donné un blanc seing au bureau, c'est-à-dire à M. Poels, qui a parlé vaguement aussi de la création d'un comité international des accidents du travail, dont lui, Poels, serait le dirigeant.

Quelle confiance devons-nous avoir en lui ? cela résulte de ce fait que, dans le compte rendu du congrès, paru dans les journaux politiques d'ici, et qui ont été fournis par le bureau, on ne signale pas même que le congrès a émis un avis favorable à la thèse du libre choix du médecin. M. Poels imaginera certainement une machine quelconque protectrice des monopoles.

Je suis curieux de voir comment M. Poels va rédiger le compte rendu officiel.

Bien cordialement à vous.

Signé : Docteur NUEL,
Professeur de l'Université.

Liége, le 30 juillet 1910.

Très honoré confrère,

Je m'aperçois, à mon très grand regret, que je ne vous ai pas répondu à votre lettre du 27 juin dernier. Je regrette infiniment cette impolitesse, qui n'est pas voulue.

Elle s'explique plus ou moins par la circonstance que je ne suis plus à même de travailler utilement dans cette direction. Je ne puis que suivre platoniquement les efforts des partisans de cette cause juste, et notamment les vôtres.

Agréez, cher confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Signé : Docteur NUEL,
Professeur de l'Université.

Italie

Milano, le 11 septembre 1909.

Très honoré collègue,

Je suis vraiment ému de votre amabilité, en recevant toutes les publications, à propos de l'assistance médicale des blessés sur le travail en France.

Je vous assure de ma haute reconnaissance.

Tout en craignant d'abuser de votre bonté, je me permets de vous demander nouvellement si la révision du tarif Dubief et s'il y a lieu le 3e Congrès des praticiens de France ont eu lieu. J'aimerais enfin connaître l'adresse de notre collègue Dally pour lui envoyer ma publicaton de Rome en hommage.

Avec les attestations de ma haute considération,

Signé : Docteur BERNARDI.

P. S. — J'ai décidé de prendre l'abonnement à votre *Concours médical* pour me tenir au cou-

rant de toute question professionnelle dans votre pays et je vous prie de me faire adresser par l'administration les numéros parus de l'année 1909, contre remboursement de fr. 10.

BERNARDI.

Milano, le 31 août 1909.

Très honoré confrère,

Je me suis permis de vous envoyer (sous bande) mon ouvrage présenté au 2e Congrès médical international pour les accidents du travail qui a eu lieu à Rome le mois de mai passé. Dans cette occasion j'ai eu l'opportunité de connaître M. Dally qui a cherché de poser au congrès la grave question du libre choix du médecin dans la pratique de l'assistance aux blessés sur le travail. Malheureusement je n'ai pas l'adresse de ce collègue, et je me permets de vous adresser ma lettre, en espérant qu'elle vous arrive. Je m'occupe dans une étude de la question de l'assistance médicale aux blessés sur le travail, à propos de la prochaine réforme de la loi italienne. J'ai le bonheur de lire les comptes rendus du congrès des Praticiens de Lille, où j'ai trouvé votre rapport sur le libre choix du médecin.

J'ai commencé de cette manière à m'informer de l'état de la question en France.

Il me faudrait des renseignements tout à fait particuliers sur la marche de la question depuis l'année passée.

Le troisième congrès des praticiens a-t-il eu lieu et où donc ?

Pourrai-je acheter les comptes rendus ? A défaut des comptes rendus pourriez-vous me renseigner si dans les congrès on a pris des résolutions sur la question du libre choix ? La révision du tarif Dubief a-t-elle eu lieu ? Avec quel résultat ? Je pense qu'aucune modification de la loi pour les accidents du travail n'est intervenue depuis 1908 jusqu'à nos jours ; mais connaissez-vous d'autres propositions en matière médicale que la proposition Dubuisson du 13 mars 1905 ? et la proposition *Petitjean* sur le contrôle des accidents ?

Avant de finir je dois vous demander à qui faudrait-il m'adresser pour avoir le texte de la :

a) Loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite ;

b) Loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés de secours mutuels ?

Comme vous pouvez voir j'aimerais de prendre connaissance assez profonde des conditions de votre pays en matière d'accidents et je serai bien heureux d'entrer avec vous en correspondance pour éventuellement vous fournir des renseignements au même sujet sur les conditions de mon pays, car il n'y a aucun organe qui puisse mieux que celui de la *Médecine sociale*, arriver à l'importance et à la dignité d'un grand intérêt international et humanitaire.

Je vous demande bien pardon à l'avance de la liberté que je me suis prise et dans l'espoir d'avoir une réponse à ma lettre, recevez les attestations de la haute considération.

Signé : Docteur BERNARDI (Louis).

P. S. — Dans votre rapport au Congrès des Praticiens vous avez parlé d'une contre-enquête avec de nombreux documents.

Est-ce que ces documents ont été publiés quelque part ?

Et l'enquête des assureurs a-t-elle paru dans une publication spéciale ?

Comme vous voyez je cherche à avoir le plus grand nombre de documents possible, pour *fonder* mon travail sur des bases sûres.

21 février 1910.

Monsieur le Confrère,

L'Ambassade italienne de Paris, à qui je me suis adressé, se complaisait à me répondre que vous aviez bien de la compétence en matière des accidents du travail. J'ai besoin de quelques informations sur le règlement dominant en France dans les Instituts d'assurances ; le questionnaire que je vous dois proposer est le suivant :

1° L'Institut assureur est-il au gouvernement, ou aux privés ?

2° Fait-on la visite médicale préventive ?

3° Les divergences médicales parmi l'infortuné et l'institut assureur, comment sont-elles dégagées ?

4° Les lésions lombaires douteuses, les hernies, les vertiges, les névroses traumatiques, comment sont-elles considérées dans le règlement ?

5° Dans le cas des lésions aggravantes des maladies préexistantes, manifestes ou latentes, comment se règle la liquidation du dédommagement ?

6° Le règlement comprend-il la négligence, le refus de l'infortuné aux interventions chirurgicales nécessaires ?

Y a-t-il quelque bon traité sur les accidents du travail à l'égard de la médecine légale ?

J'espère bien que vous voudrez m'excuser si je viens malaisément de vous importuner ; je vous envoie bien des remerciements et en vous saluant.

Votre dévoué confrère,

Signé : CASAROTTI TULLIO,
Rédattore *Dell « Avenire sanitario »*.

CHRONIQUE SYNDICALE

La réorganisation de l'Union au Syndicat de la Vallée du Rhône

Le Syndicat, dans sa réunion du 8 novembre 1910, à Saint-Rambert-d'Albon, après lecture du rapport du Secrétaire, décide que ce rapport sera publié au procès-verbal comme représentant fidèlement les idées du Syndicat et, après discussion minutieuse, en adopte les conclusions ainsi précisées :

1° Tout syndicat médical doit être absolument autonome et libre d'adopter les statuts qui lui conviennent. L'Union doit accepter dans son

sein tout syndicat médical qui, lui payant régulièrement ses cotisations, n'est pas en opposition avec les principes syndicaux.

2° Les Fédérations ne sont pas obligatoires, chaque syndicat peut y adhérer ou s'unir à d'autres syndicats pour en former de nouvelles, sans qu'il puisse être imposé aux fédérations des circonscriptions fixes.

3° L'Assemblée générale de l'Union se réunit tous les ans pour établir et maintenir la ligne directrice générale de l'Union. Elle est composée des délégués des syndicats.

Le Conseil de l'Union se réunit au moins 2 fois par an pour solutionner les questions importantes. Il est composé des délégués des syndicats isolés ou réunis en Fédérations au prorata de leurs membres.

Le Conseil ainsi formé élit son bureau qui représente l'Union et se réunit aussi souvent qu'il est utile pour l'expédition des affaires courantes.

Le délégué, qui accepte un mandat, s'engage d'honneur à assister à toutes les réunions qu'il comporte.

Le Confrère Degaud, de Saint-Rambert, est délégué pour représenter le Syndicat à la réunion de l'Union du 19 novembre 1910 avec mandat de voter d'après l'ordre du jour ci-dessus. S'il y a lieu, le bureau désignera des suppléants.

Le secrétaire,
Dr FAYARD.

CORRESPONDANCE

A propos de la réorganisation des Syndicats médicaux.

Je lisais l'autre jour, dans le *Concours médical*, ces lignes : « Quand les Syndicats seront réorganisés sur les seules bases possibles, qui sont l'unité des intérêts, la similitude des droits et des devoirs, etc. »

Et je dis : « quand cela sera, les poules auront des dents ! » Il est bien entendu qu'il s'agit des syndicats médicaux, qui traversent depuis quelque temps une véritable crise.

Comment pouvez-vous, en effet, concevoir, syndicalement parlant, l'unité, l'identité et surtout l'égalité dans le corps médical français ? Ce serait parfait si médecin égalait médecin, docteur égalait docteur, comme ouvrier électricien égale ouvrier électricien, comme plombier égale plombier, etc.., etc. Mais où avez-vous vu un pays où la majorité des médecins aient même origine, même force pécuniaire, intellectuelle et morale, même idéal professionnel, même but de l'existence ? L'un est carrément ouvrier aux mains blanches, il n'a que sa profession pour vivre, il ne connaît, dans sa famille, que des travailleurs, des prolétaires comme lui. Celui-là est rare du reste ; il fera un parfait syndiqué, à condition de rencontrer beaucoup de confrères comme lui. Il aura soif de justice, dignité, surtout au début, mais après, il restera sans doute dans la catégorie suivante.

Je l'appellerai celle des parvenus, de ceux qui sont arrivés à leur situation par leur travail, leur talent, leur habileté.

Après dix ans, ils sont souvent bien moins actifs, moins adroits qu'au début de leur carrière ; ils gagnent de l'argent et croient pour cela qu'ils sont tout à fait au-dessus des autres. A eux tout est permis, ils parlent en maîtres, ils gardent les bonnes sinécures, les privilèges ; ils se font recevoir partout, et ils donnent des conseils aux jeunes. C'est la bourgeoisie médicale, elle est assez nombreuse, et tout à fait opposée à l'esprit syndicaliste.

A côté de ceux-là vous trouverez d'autres médecins très distingués, très instruits, très habiles et.... très riches en s'établissant. C'est, si vous le voulez, l'aristocratie de notre corporation (que ces noms n'effarouchent pas les membres du syndicat dit national de médecine sociale).

Eh bien, ils sont très nombreux ces aristocrates, et dans tous les temps, ils seront l'élite d'une profession, comme ils seront avec tous ceux qui sont de leur classe sociale l'élite et la force d'un pays. Quand je parle de richesse, il est bien entendu que je ne fais pas seulement allusion au porte-monnaie mais aussi au bagage scientifique et intellectuel, aux titres, aux diplômes.

Est-ce à dire qu'en opposant ces trois catégories de médecins, je prétende que les réunir dans une même pensée confraternelle serait le mariage de la carpe et du lapin ? Assurément non.

Et cependant il est question de syndicats, et d'esprit syndicaliste, tel que depuis plus de deux ans on le définit dans le *Concours médical*.

Croyez-vous que le corps médical français, tel que je viens de le partager, ait en majorité cet esprit ?

Croyez-vous que beaucoup de médecins auront été fiers de lire dans les journaux politiques qu'un syndicat médical s'était vu exclure de la Bourse du travail, après du reste s'être affilié à la C. G. T. ? Depuis un mois, les syndicats qui s'intitulent nationaux ont joliment perdu dans l'estime du public, qu'ils soient des chemins de fer, des électriciens, ou même de médecine sociale. Et soyez sûr que l'immense majorité du peuple français nous mettra dans le même sac que tous les employés des services publics, et le gouvernement avec eux. Du reste cela est déjà en principe dans la loi du 30 novembre 1892.

Beau rêve que l'union intime de tous ceux qui s'occupent de défense professionnelle ! Rêve surtout que l'*unification* des syndicats. Elle sera peut-être sur le papier. Mais combien y aura-t-il de médecins à signer et surtout à accepter jusqu'à leurs plus rigoureuses exigences vos lois syndicales unifiées ?

Croyez-vous que cette bourgeoisie médicale, si fière, si outrecuidante, lâchera un pouce de ses prérogatives, que les médecins-maires, ou con-

seillers généraux ou simplement municipaux renonceront immédiatement à leurs fixes, à leurs forfaits, à leur espoir de ruban violet ou vert !

Pensez-vous, d'autre part, que les doyens par leur science et leur valeur des praticiens, ceux qui connaissent bien cependant les besoins et les revendications des médecins des villes et des campagnes, qui ont toujours consacré leurs loisirs et leur superflu au soulagement des infortunes professionnelles, pensez-vous que cette aristocratie médicale consentira jamais à être à la remorque de syndicats même un peu radicaux ?

En fait de syndicats, il faut bien, en effet, employer des termes politiques, et c'est justement parce qu'ils touchent trop aux choses de la politique que leur crise actuelle est grave, très grave.

Qu'ils en sortent cependant ! Que les syndicats médicaux qui ont fait tant pour notre profession restent sur le terrain de l'entente et de la concorde *pratique* sans chercher des choses impossibles et surtout sans vouloir rien chambarder !

Là, comme partout, l'avenir est aux plus sages, c'est-à-dire aux plus habiles.

Dr D.

Qu'est-ce qu'un incurable au point de vue de la loi sur l'assistance obligatoire ?

Mon cher Confrère,

Notre confrère le Dr Ravon demandait récemment si un tuberculeux était un incurable. A mon tour, je vous prie de provoquer des réponses par la voie du journal sur le cas suivant :

Un homme de 45 ans, atteint d'hypertrophie cardiaque avec insuffisance mitrale légère, et double lésion aortique est-il un « incurable », au sens de la loi ?

Il est de fait que cet homme ne peut se livrer à un travail quelconque.

Je vous remercie, Monsieur le directeur, de votre amabilité et vous prie de croire à mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Du Camp d'Orgas.

Le médecin promoteur d'exercice illégal.

Permettez-moi un bravo à l'adresse du confrère de la Rochefordière, pour son article dans le *Concours* du 25 septembre.

Nul moyen, selon moi, à part la limitation, n'est aussi capable de pallier un peu toutes les misères engendrées par la pléthore médicale.

Voici, parmi cent autres, un fait personnel à l'appui de sa thèse.

A l'occasion de calculs vésicaux nombreux chez un riche célibataire, j'avais appelé en consultation un excellent confrère, mais qui, après examen, s'évertuait, par inadvertance, à montrer au client à se soigner tout seul !

Heureusement que le malade, pusillanime, et sentant la gravité de son affection (dont il est mort quelques semaines après), a continué à demander mes soins personnels.

Le résultat, c'est que ma note a pu monter légitimement à 850 fr. tandis qu'avec le système du confrère, je n'aurais eu droit qu'à quelques francs.

En attendant l'époque problématique et lointaine de la limitation, seul moyen radical de guérison de la terrible maladie qui nous ronge, le seul moyen pratique d'en atténuer les effets est certainement de suivre les conseils judicieux du confrère précité.

Il faut remplacer tous les parasites de la profession, et pour cela mettre les mains à la pâte ; tant pis pour les délicats et les dégoûtés.

Le temps n'est plus de ne faire de la médecine qu'avec des manchettes et des gants.

Il faut, actuellement, non seulement rédiger des ordonnances, mais les exécuter.

Veuillez agréer, etc.

Dr M...

A propos du Diagnostic de la Mort réelle par la Phlyctène gazeuse

Il y a certaines découvertes qui semblent avoir la spécialité de se renouveler. Je me rappelle avoir imaginé, il y a quelque vingt-cinq ans, un appareil permettant de faire de l'aspiration au moyen de l'eau sous pression ; quelques jours après, je voyais fonctionner dans un laboratoire l'appareil que je croyais avoir été le premier à inventer et qui n'était autre que la trompe à eau.

Il me semble que semblable mésaventure vient d'arriver à M. le Dr Ott, qui publie dans la *Quinzaine thérapeutique* du 25 octobre 1910 : « un nouveau signe diagnostique de la mort : la phlyctène gazeuse ».

Or, il s'agit là d'un moyen de diagnostic qui n'est pas nouveau ; je l'emploie depuis longtemps et je ne suis sans doute pas le seul. Mais ce qu'il a de curieux, c'est que voilà la deuxième fois que l'on présente ce procédé comme une nouveauté, alors qu'il est utilisé depuis longtemps par les médecins de Chambéry.

Le 6 octobre 1900, le *Concours médical* publiait sous le titre : « Nouveau moyen de constater la mort réelle », l'article suivant :

« Le *Journal de médecine de Paris* signale le procédé suivant pour permettre de constater la mort d'une manière infaillible : il suffit, dit notre confrère, de produire une ampoule sur un doigt de la main ou du pied, à l'aide de la flamme d'une bougie, qu'on laisse en contact pendant quelques secondes, jusqu'à ce que la vésicule se forme, ce qui a toujours lieu.

Si la vésicule contient de la sérosité, c'est un signe évident qu'il y a vie ; c'est la brûlure ordinaire. Si la vésicule ne renferme que de la vapeur on peut affirmer que l'on a affaire à un cadavre et ordonner l'inhumation sans craindre de se tromper.

En voici la raison ; le cadavre, qui n'est qu'une masse inerte, obéit aux lois physiques qui veulent que tout liquide, chauffé à un certain degré, passe à l'état de vapeur ; l'épiderme se soulève,

l'ampoule est produite, elle éclate avec un certain bruit et s'affaisse aussitôt, laissant échapper la vapeur.

Si, malgré les apparences, il y a un reste de vie, les tissus organiques ne seront plus soumis aux lois physiques, mais bien aux lois physiologiques, et alors l'ampoule sera pleine de sérosité, comme on le constate dans toutes les brûlures.

Ainsi donc, vésicule sèche, mort ; vésicule liquide, vie. Tout est là, il n'y a pas d'erreur possible ».

Cet article provoqua la lettre suivante parue dans le numéro du 27 octobre 1900 du *Concours médical* :

Le contenu de la phlyctène comme signe de la mort réelle.

« Mon cher directeur,

« Je viens vous remercier.....

« J'en profite pour réclamer auprès de vous la priorité du « nouveau moyen de constater la mort réelle » en faveur du corps médical de Chambéry dont j'ai fait partie de 1873 à 1883 (pendant 10 ans).

« Dès mon arrivée dans cette ville, le docteur Gaspard Denarié, médecin aussi savant que distingué et considéré, m'avait appris à l'employer tel qu'il est décrit dans le dernier numéro du *Concours médical*, d'après le *Journal de médecine de Paris*.

« Ce moyen était d'un usage constant, parmi les médecins de cette ville, depuis un temps immémorial.

« Si vous aviez le moindre doute à cet égard, vous pourriez vous renseigner auprès de mes anciens collègues de la société médicale, dont j'étais le secrétaire. Mon successeur dans cette fonction pourra vous édifier pleinement à ce sujet.

« Les jeunes doivent l'avoir appris comme moi des anciens et y avoir recours, comme jadis, dans toutes les constatations de décès, ainsi que je n'ai cessé de le faire moi-même depuis 27 ans.

« Veuillez agréer, etc.

« Dr Chamousset,
« de Bellême (Orne) ».

Je n'ajouterai qu'un mot sur ce sujet, c'est que j'ai eu l'occasion de me servir de ce moyen de diagnostic, quelques minutes après un décès, et la phlyctène gazeuse s'est formée très nettement et s'est rompue avec la petite détonation caractéristique.

Je crois qu'il y a tout avantage à remplacer, autant que possible, la bougie par une petite lampe à alcool ; on y gagne de pouvoir mieux suivre la formation de la phlyctène, ne souillant pas la peau avec la suie, comme cela se produit toujours avec la bougie. Avec la lampe à alcool, l'opération peut également se faire d'une façon plus discrète, sans que la famille s'en aperçoive même, ce qui est bien une considération, étant donnés les ménagements à apporter vis-à-vis de la famille, au moment de la constatation des décès.

Dr Despeignes,
Médecin de l'Etat Civil de la Ville de Chambéry.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de Clinique thérapeutique, par le Dr Gaston Lyon, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris. *Huitième Edition, revue et augmentée.* 1 volume gr. in-8°, de XII-1791 pages, relié toile (Masson et Cie, Editeurs). Prix. . . . . 25 fr.

Ce traité, vieux de quinze ans à peine, en est à sa 8e édition française. Tout éloge paraîtrait fade à côté de cette simple constatation.

La raison de cet extraordinaire succès est des plus simples : l'œuvre est parfaitement adaptée à son but, au public auquel elle s'adresse. C'est le dictionnaire de médecine pratique, le plus pratique que nous connaissions. Les praticiens ne s'y sont pas trompés ; sûrs d'y trouver tout ce dont ils ont réellement besoin — clinique et thérapeutique — ils lui ont, dès son apparition, accordé leur faveur. Si le livre a résisté victorieusement à l'épreuve définitive du temps, si le public médical lui est resté fidèle, c'est précisément parce que des éditions successives ont permis à l'auteur de conserver à son œuvre son caractère essentiel, celui d'être la condensation, le résumé très exact, très actuel et très informé de l'état présent de la pratique médicale.

Cette nouvelle édition, reflet fidèle de l'évolution des théories pathogéniques et de la pratique thérapeutique, se distingue des précédentes par les remaniements très profonds apportés à certaines parties de l'ouvrage qui en font véritablement des chapitres nouveaux. Citons tout particulièrement les chapitres consacrés à la radioscopie dans les maladies de l'estomac, aux sigmoïdites et périsigmoïdites, aux ictères hémolytiques, à l'autosérothérapie, à la sérothérapie antiméningococcique, à la paralysie pseudobulbaire, aux injections d'alcool, à la fièvre de Malte, à l'insuffisance surrénale, à l'obésité.

Ainsi modifié, le *Traité de Clinique thérapeutique* continuera à être consulté avec fruit par tous ceux qui ont à cœur de se tenir au courant des progrès de la thérapeutique.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès des médecins légistes de France. — Les médecins légistes de France ont décidé de se réunir une fois par an, au mois de mai, pour discuter les questions professionnelles et scientifiques qui les intéressent particulièrement.

L'assemblée aurait lieu dans un centre universitaire ou dans une grande ville possédant un institut médico-légal. Elle durerait deux jours, trois jours au plus. Deux questions seraient étudiées par des rapporteurs nommés un an d'avance : l'une relative aux intérêts professionnels, l'autre à une question scientifique avec applications médico-légales.

La première réunion aura lieu à Paris, à la fin du mois de mai 1911. Aucun rapport ne sera discuté à cette assemblée, les questions d'organisation générale occuperont les premières séances.

Adresser immédiatement son adhésion, au docteur Etienne Martin, 10, rue du Plat, à Lyon.

Parmi les questions qui méritent de s'imposer tout d'abord à l'attention des congressistes, nous si-

gnalons la prudence, la circonspection, la réserve que les experts doivent apporter dans l'accomplissement de leur mission. »

Il serait bon que tous s'inspirent de l'exemple du professeur B. dont on cite la jolie réponse au président des assises dans une affaire toute récente.

— Alors, docteur, interroge le magistrat, vous concluez à la responsabilité entière de l'accusé ?

— Je suis médecin, répartit le maître, on m'a demandé si l'accusé est oui ou non un aliéné. J'ai répondu : non ; je n'ai rien à ajouter.

Mutualités et libre choix : une belle victoire. — On fait du bon travail à la section syndicale du XVIIIe arrondissement : nos confrères ne se contentent pas de discuter, ils agissent et... obtiennent des résultats. Qu'on en juge plutôt par le fait suivant qui, plus que les grandes phrases, pourrait bien contribuer à faire faire un grand pas à la question si délicate des honoraires des médecins chez les Mutualistes.

La Mutualité de la Compagnie des Omnibus, réorganisant son service médical, avait pressenti plusieurs confrères du XVIIIe qui, en bons syndiqués (ils le sont presque tous dans l'arrondissement), ajournèrent leur réponse jusqu'à décision de leur section, laquelle désigna une Commission composée des Drs Levi-Bram, Raimondi et Weill avec mission d'obtenir avant tout le libre choix.

Les représentants de la section du XVIIIe se rendirent donc auprès des délégués des Omnibus qui, après les explications nécessaires et les démonstrations des avantages du libre choix, tant pour les sociétaires que pour les médecins, voulurent bien se laisser convaincre et souscrire à ce système. En revanche les délégués de la section du XVIIIe consentirent au maintien de l'ancien tarif de la clientèle, soit 3 fr. la visite et 2 fr. la consultation, avec paiement trimestriel, le tarif des petites interventions et des visites de nuit restant à établir.

En outre, — et c'est là le fait principal —, les représentants des Omnibus demandèrent à être mis en relation avec le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine pour le prier de dresser la liste des médecins syndiqués des autres arrondissements adhérant au tarif élaboré. Le Conseil d'administration du Syndicat dans un esprit de bonne et large confraternité que chacun appréciera, est d'avis d'étendre ce libre choix aux confrères non syndiqués, sous réserve toutefois que les demandes d'adhésion lui soient d'abord communiquées.

On le voit, c'est là une victoire d'un résultat pratique immédiat et d'un effet moral considérable. Espérons pour le corps médical que beaucoup d'autres mutualités aussi puissantes que celle des Omnibus suivront cet exemple et arriveront enfin peu à peu à composition. (*Courrier médical.*)

Un beau geste. — Mme veuve Bader a légué à l'Université de Bordeaux 100.000 francs, dont les intérêts doivent être distribués en prix aux étudiants en médecine de cette Université ayant soutenu leur thèse avant l'âge de vingt-cinq ans révolus et avec la mention *très bien*.

Voilà, assurément, un excellent moyen de relever le niveau des thèses, aussi longtemps que cette épreuve (?) discutable et coûteuse sera maintenue. (*Bull. méd.*)

L'Octroi et la Momie. — Extrait des mémoires secrets de Bachaumont (18 octobre 1767).

« Il vient de se passer une aventure très comique et très vraie. Un particulier, venant du Caire, a rapporté une momie comme objet de curiosité, pour orner un cabinet. Passant par Fontainebleau, il a pris le coche d'eau de la Cour pour se rendre à Paris. Mais, par oubli, en faisant emporter ses bagages, il a laissé la boîte qui contenait la momie. Les commis l'ont ouverte, ont cru y voir un jeune homme étouffé à dessein, ont requis un commissaire qui s'est rendu sur les lieux avec un chirurgien aussi ignorant que lui. Ils ont dressé un procès-verbal et ordonné que le cadavre soit transporté à la Morgue, pour y être exposé et reconnu par ses parents ou autres, et qu'on informerait contre les auteurs du meurtre.

« Cela a excité une grande rumeur dans le peuple, indigné de l'atrocité du crime dont on l'a instruit, et sur lequel on a forgé cent conjectures plus criminelles les unes que les autres. Le propriétaire de la momie, s'étant aperçu de son étourderie, est retourné au coche réclamer sa boîte. On l'y a arrêté ; on l'a conduit chez le commissaire, qu'il a rendu bien honteux en lui démontrant sa bévue, son ignorance et celle du chirurgien.

« Pour retirer de la Morgue le cadavre prétendu, il a fallu se pourvoir par-devant M. le lieutenant criminel, ce qui a rendu très publique cette histoire, qui fait l'entretien de la Cour et de la ville. »

(*Gaz. méd. de Paris*).

Le Syndicat des médecins de la Seine vient de procéder à l'élection de son Bureau, qui est ainsi constitué pour 1911 : Président : Dr Bellencontre ; Vice-présidents : Drs Vimont et Levassort ; Secrétaire général : Dr Tourtourat ; Secrétaire général adjoint : Dr Lamare ; Trésorier : Dr Saltas.

Le plus ancien médecin du monde. — Le premier médecin dont l'existence ait dûment été attestée est l'Egyptien J-em-Hetep (Porteur de la Paix), qui vivait sous le roi Tehser, de la troisième dynastie, c'est-à-dire probablement vers l'an 4500 avant notre ère.

De son vivant, il jouissait d'une renommée considérable, car il fut enterré avec les honneurs royaux et à côté du tombeau royal, dans la pyramide de Sakkarah, près Memphis.

D'après une vieille tradition, il était surnommé « Maître des mystères et des chiffres ». Ce dernier nom, sans doute, à cause du nombre extraordinaire des médicaments en usage chez les vieux Egyptiens.

Sa mémoire fut vénérée par le peuple pendant plus de 4.000 ans, et beaucoup d'hôpitaux portèrent son nom ; mais plus tard, sous le règne, des Ptolémées, son nom fut identifié avec celui du dieu grec de la médecine, Esculape, qui vivait 3.000 ans après son illustre prédécesseur.

Trois siècles après J-em-Hetep, le roi Atoti écrivait un traité sur l'Anatomie, et quelques siècles après ce dernier, vivait un autre chirurgien célèbre, dans la tombe duquel (près de Sakkarah) on découvrit des dessins fort intéressants, représentant diverses opérations chirurgicales.

D'après le célèbre papyrus Ebers — qui contient beaucoup de détails curieux sur l'art de guérir des anciens Egyptiens — on doit supposer que les représentants de la médecine étaient déjà fort en renom chez ce peuple 6.000 ans avant Jésus-Christ.

(*Prog. méd.*)

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 48 Dimanche 27 NOVEMBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
Echo des assemblées générales du 28 novembre 1910. — Reflexions sur le « 606 » au point de vue de la pratique courante..... 1021
Clinique chirurgicale
Fracture du tiers moyen de l'humérus et paralysie radiale..... 1024
La semaine médicale
Le signe de Babinski dans les lésions du faisceau pyramidal.—La ponction lombaire dans les fractures du crâne. — Adéno-phlegmons iliaques. — L'énésol et le « 606 » d'Erlich contre l'infection malarienne. — Luxations anciennes antéro-internes de l'épaule... 1027
Revue des sociétés savantes
Le « 606 » à l'hôpital Broca. — L'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie. — Plaies de la rate par arme à feu. — Ecchymoses faciales.— Goitre exophtalmique opéré depuis 16 ans. — Métrorhagies d'origine syphilitique..... 1029
Formulaire raisonné
L'atropine..... 1031
Ophtalmologie du praticien
Ulcère serpigneux de la cornée..... 1032
Médecine scolaire
A propos d'une controverse sur l'inspection des écoles. 1034
Chronique des accidents du travail
Les affaires sont les affaires. — Contestations d'honoraires..... 1035
Enseignement médical libre
Ouverture de l'école française de stomatologie..... 1036
Correspondance
La déclaration des maladies contagieuses. — La limitation du nombre des médecins. — L'encombrement médical à la campagne. — Apprenons donc, médecins, à protéger nous-mêmes la profession médicale..... 1037
Reportage médical..... 1040
Nécrologie..... 1040

PROPOS DU JOUR

Echo des Assemblées générales

Dimanche dernier, dans les salons Marguery, s'est tenue toute la série de nos assemblées générales : réunion des délégués, assemblées de l'Amicale, de la Caisse des pensions, le matin ; de la Société civile du *Concours* et du Sou médical, l'après-midi.

Réunions cordiales s'il en fut, où l'on se sent véritablement entre amis, entre hommes poursuivant le même but : l'amélioration du sort du médecin par la voie de la prévoyance et de la défense professionnelles ; réunions d'où l'on sort réconforté et où l'on se promet de se retrouver l'année suivante ; réunions où quelques instants de conversation confiante font plus que d'interminables discussions et où les rivalités de personnes sont absolument inconnues.

Dans la *réunion des délégués* on a causé propagande, on a précisé le rôle des Comités qui, en aucun cas, ne doivent empiéter sur les attributions des syndicats, encore moins se substituer à eux ou leur faire concurrence. On y a étudié les moyens de faire des recrues, non seulement au *Concours* et à ses filiales, mais encore à toutes les organisations qui peuvent être utiles au médecin.

A l'Amicale, à la Caisse des Pensions, après avoir approuvé les comptes de l'exercice 1909 et pris connaissance de la situation actuelle, on a cherché les moyens de développer leur action et de leur assurer le maximum de sécurité pour les adhérents. On a remis à une époque ultérieure l'examen de propositions diverses qui réclamaient une étude plus approfondie, de nouveaux calculs, une organisation plus simple et plus souple en vue d'une généralisation de la propagande par tous les groupements et notamment par les Syndicats médicaux.

Ceux-ci avaient tenu la veille une assemblés d'importance capitale. Malgré des résistances et des hésitations sérieuses à rompre avec le régime d'indifférence passive et d'inertie qui paralysait tout progrès notable, ils ont enfin, ce jour-là, à une imposante majorité, affirmé leur volonté de demander surtout les conquêtes de l'avenir à leurs propres initia-

tives, convergeant, pour l'exécution, vers une Union centrale qui traduira leurs desiderata d'une façon bien définie.

Quoique de physionomie très différente, les Assemblées du samedi et du dimanche firent donc besogne également bonne. Et c'est en toute opportunité qu'au banquet final, notre Président Gassot tirait, dans le toast suivant, la moralité des derniers événements :

Mes chers confrères,

Si nous jetons un coup d'œil sur l'année qui se termine, et si nous établissons son bilan, il ne paraît pas que nous devions en être bien fiers, et, certes, nous n'aurons pas à la marquer d'une pierre blanche.

De résultats obtenus, point ; mais, en revanche, des discussions de personnes, des querelles entre sociétés, des dissentiments qui, s'ils devaient se prolonger, ne nous feraient pas augurer favorablement de l'avenir.

La tolérance ne sera-t-elle donc jamais qu'un vain mot ?

Chacun de nous, dans nos groupements professionnels ou dans les divers organes de la presse médicale, a la conviction, en défendant des idées qui lui sont chères, de remplir un devoir.

Pourquoi supposer chez le voisin un sentiment différent ? Pourquoi partir en guerre contre lui ? Nous pouvons voir les choses sous un angle différent, selon notre âge, notre tempérament, notre situation, le milieu dans lequel nous vivons, mais le but qne nous cherchons tous est le même, et l'on conçoit mal que l'on puisse distraire contre des confrères une partie des forces qui seraient mieux employées contre l'ennemi commun.

Dans une armée en campagne il y a les éclaireurs, les avant-postes, le gros des troupes, la réserve, l'arrière-garde : chacun de ces éléments a une attitude différente, un rôle différent et cependant tous concourent au même but, la victoire.

Il en est de même dans notre monde médical obligé à la lutte pour l'existence : tous ne peuvent marcher du même pas et chacun prend la place qui lui paraît convenir le mieux à ses moyens pour y donner le maximum de ses efforts; encore faut-il que les communications persistent entre les divers groupes et que l'un d'entre eux ne soit pas exposé à recevoir des coups venant des siens, alors que toute son attention est concentrée contre l'adversaire.

On l'a répété, l'utopie du jour devient souvent la réalité du lendemain et ce qui paraît vieillerie ressuscite parfois sous forme de nouveauté : cela devrait nous disposer à plus de tolérance, à plus de confiance les uns dans les autres.

Il n'y a pas par le monde médical que desseins ténébreux, que noires machinations — reprenons donc les sentiments de générosité qui nous sont coutumiers pour nous juger les uns les autres. Oublions les incidents d'une année qui finit et revenons à notre cordialité habituelle, à cette solidarité qui a fait notre force et nous assurera le succès final.

Messieurs, fidèle aux principes du Concours médical, je bois au triomphe des idées de tolérance, à l'union des médecins entre eux, à la concorde entre nos sociétés médicales ! (*Applaudissements répétés.*)

Réflexions sur le « 606 » au point de vue de la pratique courante.

La vulgarisation de médicaments ou de procédés encore à l'étude et insuffisamment expérimentés présente de nombreux inconvénients, et tend de plus en plus à se généraliser. Sans parler de l'effet moral produit par cette manière de faire ressemblant à une réclame charlatanesque, que nous réprouvons tous, surtout ceux qui en sont les auteurs involontaires, on ne saurait nier qu'elle crée dans le public et dans le monde médical un courant d'opinions préjudiciable au bon exercice de notre art.

Et tout d'abord, tous ceux qui n'ont pas de l'art médical, une connaissance suffisante pour savoir quelle prudence il exige, quelles objections telle ou telle découverte peut susciter, se forment un jugement faux basé sur des résultats incomplètement connus ou mal présentés, jugement qu'ils ne se donnent pas la peine de rectifier et admettent, *a priori*, comme l'expression de la vérité. Forts de ce jugement, nos clients ne manqueront pas, à l'occasion, par des insinuations plus ou moins détournées, quelquefois, hélas ! par une mise en demeure plus impérative, de nous dicter notre conduite, soit à l'égard d'eux-mêmes, soit pour ceux auxquels ils s'intéressent. Or, rien ne me paraît plus préjudiciable à notre considération, à la confiance absolue que nous devons rechercher. Voici pourquoi.

Sans invoquer cette raison que, dans tous les cas, c'est à nous, et non à ceux qui nous consultent, qu'il appartient de décider du choix d'un traitement que leur inexpérience leur interdit de critiquer ou d'approuver, je me contenterai d'appeler l'attention sur les fâcheuses conséquences qui peuvent résulter de cette manière d'agir. En effet, ou bien nous ne jugerons pas utile la mesure qu'on nous propose, ou bien nous consentirons à l'essayer. Dans le premier cas, si la maladie présente une marche fâcheuse, on ne manquera pas de dire qu'il en eût été tout autrement, si nous avions suivi le conseil donné. Dans le second cas, si un succès s'ensuit, loin d'être attribué à nos soins et à notre expérience, on pensera qu'il a été obtenu grâce à la direction qu'on a fait prendre à notre thérapeutique. Ceci constitue un des problèmes les plus difficiles à résoudre du savoir-faire médical, et je serais désolé qu'on attribuât à ma pensée quelque humeur chagrine. Je fais appel au souvenir de nos confrères, à la fâcheuse posture dans laquelle ils ont dû se trouver, quand on leur demandait : « Docteur, ne croyez-vous pas que tel ou tel remède serait bon — qu'il faudrait faire « telle ou telle chose » ? Et pour appuyer mon opinion, je dirai simplement qu'un de nos plus éminents confrères des hôpitaux de Paris, avec

lequel je m'entretenais de ce sujet, me déclarait que jamais il ne répondait à des questions ainsi posées.

Voilà pour le côté public.

Pour ce qui concerne les praticiens — bien entendu, je ne m'adresse qu'à la majorité d'entre nous n'ayant pas une maîtrise spéciale, leur donnant le droit, leur faisant même un devoir d'expérimenter une médication aussi importante, mais encore dangereuse — la lecture de tous ces articles, de ces discussions dans lesquelles sont énumérés les avantages de la médication nouvelle, ne leur apporte aucune règle de conduite bien précise. S'ils sont animés d'un esprit audacieux, de cette ardeur de la jeunesse à accepter tout ce qui est nouveau et séduisant ; si, à ces sentiments qu'on ne peut blâmer, parce qu'ils sont nécessaires quelquefois dans l'exercice de notre art, vient s'ajouter le désir bien humain d'inaugurer une méthode nouvelle, qui peut devenir le moyen de sortir de la foule, on peut être certain que beaucoup se lanceront dans des essais risquant d'entraîner des mécomptes.

Je crois donc utile d'essayer, au moyen des faits, à la lumière des discussions qui ont mis en évidence les avantages et les désavantages de la méthode, de dégager dès maintenant les raisons pouvant guider notre choix, et de rechercher si des conditions précises peuvent être invoquées pour l'emploi du 606.

Avant tout, il est nécessaire de déclarer que la valeur du médicament paraît hors de conteste. Tous ceux qui l'ont essayé avec une connaissance déjà longue des divers traitements anciens ou nouveaux, affirment sa puissante efficacité. Ni les résultats douteux, ni les faits négatifs, contre lesquels on est en droit d'invoquer une technique encore au début, ne sauraient effacer les succès obtenus, tant au point de vue de la disparition d'accidents rebelles aux anciennes méthodes, qu'au point de vue de la rapidité de guérison, non seulement des lésions locales, mais aussi des infections sanguines. Ce sont là des avantages constatés par des praticiens éminents, en France et à l'étranger. Nous sommes donc forcés de convenir que, non seulement au point de vue de la thérapeutique proprement dite, mais encore au point de vue prophylactique, le 606 mérite une sérieuse considération, qui justifie, par conséquent, les essais dans certains cas spéciaux.

En revanche, les mêmes confrères s'accordent pour déclarer que l'injection est douloureuse, qu'elle peut donner lieu à des phlegmons graves, voire même à des gangrènes des parties sous-jacentes ; que dans certains cas, elle a été suivie d'accidents, même mortels. Pour ce qui est de la douleur et des lésions locales, elle paraît, d'après la lecture des discussions et des communications, devoir disparaître avec une préparation du médicament mieux étudiée, avec le choix du lieu d'injection, qui doit être de préférence intra-veineuse. Quant aux accidents généraux, qu'on peut dans certains cas attribuer à une idiosyncrasie spéciale ou à des conditions d'état général contre-indiquant le médicament, on admet qu'une étude plus approfondie des doses efficaces maxima et minima, une connaissance plus complète des contre-indications énumérées ci-dessus, feront disparaître les nuages qui viennent obscurcir l'éclat des succès obtenus. Mais jusqu'à nouvel ordre, jusqu'au jour où la lumière sera faite par une expérimentation plus complète sur les faits que je viens de citer, nous devons garder une prudente réserve, tout en ayant gravée dans l'esprit la puissante action du médicament, que nous serons autorisés à essayer dans certains cas.

Je crois que nous pouvons, à l'aide de ces arguments, établir quels sont les cas où notre décision sera justifiée, dans quelles circonstances notre responsabilité sera dégagée, si nous avons un insuccès : car telle doit être la règle générale de toute intervention.

Pour nous diriger dans cette appréciation, il est indispensable d'avoir toujours présents à l'esprit les résultats de notre pratique antérieure, de songer que, dans la très grande majorité des cas, nous avons pu vérifier l'efficacité du traitement par le mercure, seul ou associé à d'autres médicaments. Il faut tenir compte des indications dans le mode d'administration du mercure, soit par la voie hypodermique, soit par la voie intra-veineuse, soit par les frictions ; nous devons savoir que là où la méthode des sels solubles a échoué, l'emploi des sels insolubles a été suivi de succès ; que telle ou telle lésion est plutôt justiciable qu'une autre de telle ou telle combinaison saline, que la répétition des injections doit être quelquefois très prolongée, si l'on veut obtenir un succès qui, de prime abord, paraissait aléatoire.

Rappelons-nous également que l'usage de l'arsenic et de ses préparations a donné des résultats, non seulement comme auxiliaires du traitement mercuriel, mais encore comme méthode unique, à tel point que l'on peut dire, avec Milian et bien d'autres, « qu'il est remarquable de voir quel excellent effet on obtient dans les syphilides traînantes que le mercure n'arrive pas à guérir ». Ajoutez à cette considération que, lorsque l'hématopoièse est en souffrance, l'arsenic est un merveilleux médicament, et vous comprendrez pourquoi, — étant donné que ces préparations ont d'autant plus d'efficacité qu'elles sont introduites dans le sang par injection, — nous possédons dans l'hectine un remède d'une valeur incontestable.

Voilà donc des armes puissantes dont nous

avons pu apprécier le maniement, dont la technique est solidement assise, dont les indications sont bien définies grâce à une expérimentation, pour le mercure tout au moins, de plusieurs siècles. Et de plus, sauf de rares exceptions, jamais on n'a constaté d'accidents graves, à moins de fautes de technique.

Quelles conclusions viennent immédiatement à notre esprit, quand nous avons ainsi posé les données du problème ? Je crois qu'elles se résument ainsi :

Si les accidents n'offrent pas une gravité telle que nous devons avant tout éviter une issue fatale ou la perte d'un organe par la disparition de lésions compromettant la vie ou la fonction ; si nous n'avons pas la preuve de l'efficacité d'un traitement par le mercure seul ou associé, suivi avec toutes les garanties que nous avons indiquées dans le choix de la méthode, la préparation, la durée de son emploi ; si l'essai des arsenicaux a échoué, — dans ces conditions — nous serons tout à fait autorisés à tenter la médication nouvelle qui paraît avoir fait ses preuves au point de vue de son efficacité et de sa rapidité d'action. Mais en dehors de ces considérations, si séduisante que soit la perspective de juguler une affection en un temps relativement court, si important que soit le résultat au point de vue des occupations du client et des garanties offertes pour la prophylaxie de son entourage et du monde social, songeons qu'il n'y a pas péril en la demeure ; que le même résultat peut être obtenu dans un temps plus long, il est vrai, mais sans aléa pour la vie ou la santé du malade, et tenons-nous en aux anciennes méthodes, sans courir le risque d'une accusation de témérité ou d'ignorance.

Soyons donc réservés, chers confrères, et attendons jusqu'à nouvel ordre que la lumière soit complète, et que l'astre nouveau puisse nous éclairer complètement, sans être obscurci par les nuages qui le cachent encore aux yeux profanes.

A. Demmler, à Précy-sur-Oise.
Correspondant de la Société française de Chirurgie,

CLINIQUE CHIRURGICALE

Clinique de M. le Professeur Jaboulay

Fracture du tiers moyen de l'humérus et paralysie radiale.

Le sujet que je vous présente aujourd'hui est atteint d'une fracture du tiers moyen de l'humérus droit et de la perte de certains mouvements, entre autres de l'extension du poignet, de l'extension des doigts et de l'abduction du pouce. Recherchons la cause, le mécanisme, de cette complication et le traitement à instituer.

Cet homme est âgé de quarante-six ans. Comme il s'agit d'un traumatisme, nous n'avons pas examiné bien à fond ses antécédents héréditaires. Nous savons que son père est mort accidentellement, sa mère de variole ; qu'il a eu sept frères ou sœurs, dont trois sont morts d'affection indéterminée. Personnellement, il boit quatre à cinq litres de vin par jour. Il y a quatre ans, il aurait eu une pneumonie gauche ; depuis lors, il tousse et crache.

L'histoire de son traumatisme remonte à quinze jours. Conduisant une voiture, il a été tamponné par une automobile, qui venait derrière lui et à sa droite. L'automobile lui a-t-elle frappé directement le côté droit ou l'a-t-elle renversé ? Cet homme croit être tombé sur le côté droit ; mais, à vrai dire, nous ne savons pas bien quel est le mécanisme de sa fracture, si le choc a porté directement sur la diaphyse humérale ou sur la région du coude. Trois jours après cet accident, il est entré à l'hôpital où vous avez pu l'examiner.

Grand, maigre et pâle, il fait penser à un tuberculeux, cependant l'auscultation ne montre que des signes de bronchite et d'emphysème, signes plus marqués à gauche, siège de son ancienne pneumonie.

Son cœur est normal. Son affection pulmonaire chronique n'a pas retenti sur son cœur droit. Le second bruit est un peu claqué ; sans aucun doute, son aorte est athéromateuse ; ses radiales sont dures, ses veines sont normales.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le tube digestif de ce malade est sain. Il n'a pas de pituites matutinales comme il y aurait droit du fait de son alcoolisme. Il mange et digère bien.

Son système nerveux est intact à part un tremblement léger et ténu de ses doigts, tremblement dû à son éthylisme.

En se présentant à notre visite, cet homme souffrait de son membre supérieur droit ; mais au repos, il souffrait moins que les malades qui viennent avec une fracture de l'humérus, et connaissant ses antécédents, on pouvait penser à de la névrite alcoolique.

L'impotence était très marquée, l'abduction du bras, les différents mouvements de projection en avant ou en arrière, de rotation, étaient impossibles. Du côté du dernier segment du membre supérieur droit, pas d'impotence. Notre homme pouvait saisir les objets, faire contracter ses muscles de l'avant-bras et de sa main.

L'examen de la région traumatisée montrait une grosse déformation. Le bras était convexe

en dehors, mais dans toute son étendue ni ecchymose, ni traces de choc violent. La palpation décelait de la mobilité anormale, de la crépitation, la main gauche mise sur la partie moyenne du bras, la main droite mobilisant la partie inférieure. Cette crépitation osseuse ne pouvait être confondue avec de la crépitation sanguine ou gazeuse.

La mensuration parallèle des deux bras, en prenant comme point de repère, en haut la partie postérieure de l'acromion, en bas la saillie de l'épicondyle, a montré à droite un raccourcissement de un centimètre et demi.

L'examen des rapports de la région traumatisée, avec les parties constituantes du bras droit, montrait la peau saine non ecchymotique, le tissu cellulaire sous-cutané non infiltré. La musculature n'agissait pas, mais elle n'était pas paralysée ; si elle n'agissait pas, c'était parce qu'elle manquait de point d'appui.

Les artères, les veines n'étaient ni comprimées, ni contusionnées. Les nerfs qui, du plexus brachial, descendent dans le membre supérieur n'étaient pas lésés.

Les autres segments du membre supérieur étaient dans le même état d'intégrité. A la main et à l'avant-bras, peau, tissu cellulaire, musculature, vaisseaux, nerfs étaient remarquablement sains.

En résumé, l'étude clinique de ce malade montrant un membre supérieur droit impotent, élargi et déformé au niveau de son deuxième segment, crépitant et anormalement mobile sous l'exploration manuelle, ne présentant pas de paralysie motrice ou sensitive dans ses autres segments, il était évident qu'il s'agissait d'une lésion du squelette du deuxième segment du membre supérieur droit et non d'une contusion ou d'une luxation. Aussi, nous avons fait le diagnostic de fracture simple, sans interposition musculaire, siégeant vers la partie moyenne, ou plutôt vers la partie inférieure du tiers moyen de l'humérus droit, partie sillonnée par la gouttière de torsion.

La marche à notre avis devait être simple et nous pensions qu'en un mois et demi ou deux mois, le malade récupérerait l'usage de son bras droit.

Par nos aides, nous avons fait immobiliser ce membre malade avec un appareil à traction élastique. Une bande de diachylon fut solidement fixée au-dessous du trait de fracture, autour de la partie inférieure du bras. Cette bande soutenait des poids par l'intermédiaire d'une planchette, d'une corde et d'un tube de caoutchouc. Dans les tractions de ce genre, le tube de caoutchouc est indispensable pour qu'elles soient bien supportées. De plus la contracture musculaire est plus vite et mieux vaincue.

Ainsi immobilisé, cet homme ne souffrait pas.

Un matin, à notre visite, en l'examinant, nous avons trouvé la situation totalement changée.

Sa main droite était pendante, les doigts fléchis, en pronation forcée. Les mouvements d'extension du poignet d'extension et d'abduction du pouce ne s'exécutaient plus.

A la face dorsale de la main et du pouce, notre malade éprouvait une sensation de brûlure. Nous étions en face d'une paralysie et nous avons recherché quels étaient les muscles paralysés. Il ne pouvait plus mettre la main en supination, le court supinateur était donc pris. Il ne pouvait plus relever le poignet, l'extenseur commun des doigts était, lui aussi, paralysé. De même le long abducteur du pouce, l'extenseur propre de l'index, en un mot les muscles de la tabatière anatomique ne jouaient plus leur rôle.

L'analyse des troubles sensitifs correspondait à la distribution des troubles moteurs, et une paralysie des rameaux périphériques du nerf radial était certaine. Il fallait expliquer cette paralysie.

Je vous ai fait remarquer que cet homme ne présentait pas de lésions localisées au dos du poignet, ni de traces de traumatisme ou d'épanchement sanguin à la face postérieure de l'avant-bras. Ce n'était donc point une lésion périphérique d'une branche sensitive ou motrice du nerf radial qui était en cause. Nous devions remonter plus haut. Cette paralysie était vraisemblablement en rapport avec la lésion humérale de cet homme, lésion consistant en une solution de continuité dans le trajet de la gouttière de torsion.

Anatomiquement, le radial se porte de haut en bas et de dehors en dedans, en contournant l'humérus accompagné de l'artère humérale profonde. Logé à la face postérieure de l'avant-bras, dans une gouttière formée par le vaste interne et le vaste externe, il arrive ensuite à la face antérieure du bras, dans une autre gouttière limitée en dehors par le long supinateur, en dedans par le premier radial externe. A ce niveau, il se divise en ses deux branches terminales, l'une antérieure, sensitive, rapidement superficielle qui va donner au niveau du dos du poignet les nerfs aujourd'hui paralysés : collatéraux, dorsaux internes et externes du pouce, externe de l'index, et enfin les ramuscules innervant l'espace interdigital. L'autre branche est profonde et musculaire. Innervant aussitôt après son origine le deuxième radial externe, elle traverse ensuite le court supinateur, l'innerve et s'épanouit à la sortie de ce muscle en rameaux destinés aux muscles de la couche superficielle de la face postérieure de l'avant-bras : extenseur commun des doigts, extenseur propre du petit doigt, cubital postérieur, anconé, et aux muscles de la couche profonde : long ab-

ducteur du pouce, court et long extenseur du pouce, extenseur propre de l'index.

Cette topographie anatomique correspond aux troubles relevés chez notre malade, et nous nous trouvions en présence d'une paralysie radiale, dont la cause était au niveau du trait de fracture de l'humérus. Mais restait à déterminer la nature de la lésion nerveuse.

Le mécanisme de son accident n'est pas très net. Si ce malade était tombé directement sur son humérus, il aurait pu sectionner son radial sur cet os, mais il ne présentait pas d'ecchymoses sur la face postérieure de son bras. Dans les cas de section nerveuse, la paralysie est immédiate et à son entrée dans le service il n'en présentait aucun signe. Nous éliminons donc la section nerveuse et aussi la contusion directe du nerf puisque nous n'avons trouvé aucune ecchymose.

Je croirais à une élongation, à une compression légère du radial. Par suite d'une immobilisation insuffisante, les fragments osseux ont pu chevaucher. Le radial aura été irrité, comprimé et la paralysie que nous avons étudiée a été le résultat de tous ces tiraillements.

Si nous regardions dans ce bras, nous trouverions une fracture humérale en biseau, siégeant au niveau de la gouttière de torsion. Nous ne trouverions aucune interposition vasculaire, nerveuse ou musculaire. Entourant l'os, nous verrions notre radial, ininterrompu, entouré d'un peu de sang. Si nous pratiquions l'examen histologique du tissu nerveux, nous ne trouverions probablement pas de lésions de dégénérescence. Notre nerf doit être simplement inhibé.

Notre diagnostic est donc celui de fracture simple de l'humérus, sans aucune interposition, mais avec élongation et compression du nerf radial que nous ne croyons pas encore en voie de dégénérescence.

La marche de cette paralysie peut être variable. Si le nerf est simplement inhibé, elle peut guérir rapidement et un beau matin notre malade fera tous les mouvements désirés. Si le nerf est dégénéré, la guérison sera longue à venir, mais elle viendra. Le processus de régénération des nerfs est lent. Ils se régénèrent de un millimètre par jour et chez notre malade, la distance à régénérer étant d'environ trente centimètres, en trois cents jours environ, nous verrons notre malade guéri de sa paralysie.

En définitive, j'insiste sur ce fait, qui a son importance au point de vue accidents du travail, tous ces cas de paralysie guérissent. C'est d'abord la sensibilité qui revient, puis la paralysie motrice guérit à son tour. Cette guérison n'est pas brusque, toujours elle se fait de la même façon et dans le même laps de temps. Dans le cas particulier, reviendront d'abord l'extension du poignet et les mouvements de supination. Quelques semaines après apparaîtront les mouvements d'extension des doigts, surtout dans les trois derniers ; après encore et enfin, le malade fera les mouvements d'extension et d'abduction du pouce.

Cette marche, dans le rétablissement des fonctions du membre supérieur, ne doit pas vous surprendre si vous vous rappelez l'endroit où se terminent les fibres du radial dans les muscles. Sa régénération marche de haut en bas, et le rétablissement des mouvements est en rapport avec la végétation du bout supérieur.

Les fibres les plus rapprochées de ce bout supérieur sont celles du long supinateur, des premier et deuxième radial externe, du court supinateur. Au-dessous, naissent celles de la couche musculaire superficielle de la face postérieure de l'avant-bras. Les plus éloignées sont celles se rendant au long abducteur au court et long extenseur du pouce, à l'extenseur propre de l'index. Vous comprenez maintenant la raison anatomique de cette guérison progressive.

La paralysie radiale peut s'accompagner de troubles trophiques, ce qui est rare et ce que nous ne voyons pas chez notre malade. Il y a alors un peu d'œdème ou des tumeurs de la synoviale, du dos du poignet. Ces troubles guérissent par une bonne attitude et du massage.

Le pronostic de la paralysie radiale est donc bénin. Toujours elle guérit, quoique lentement. La conclusion au point de vue pratique est que si vous avez à faire un certificat pour un accident du travail vous ne devez pas dire qu'elle entraîne une incapacité permanente et que le malade ne guérira pas. Certifiez au contraire que la guérison des paralysies radiales par fracture est certaine et que ce n'est qu'une affaire de temps.

Chez notre homme, la paralysie évolue vers la guérison en même temps que la fracture. Dès que nous avons constaté l'existence de cette complication, nous avons supprimé la traction élastique et avons placé un appareil plâtré pour empêcher les déplacements des fragments qui continueraient à élonger, à contusionner le radial. Nous pensons faire simultanément de la galvanisation du nerf et des muscles de l'avant-bras avec un courant de quatre ou cinq milliampères.

Si, la fracture guérie, la paralysie n'a pas disparu, nous serons autorisés à prendre le bistouri et à aller voir ce qui se passe. Nous vérifierons les rapports du radial et des fragments de la fracture. Si le nerf est enserré, si quelques adhérences le rattachent aux organes voisins, nous le libérerons bien simplement. Ne vous figurez pas, en effet, que le radial sera inclus dans le cal et que c'est avec grand'peine, des ciseaux et un maillet, que

nous irons le libérer. Jamais le radial ne plonge dans le cal de la fracture, il reste à sa surface sans en faire partie intégrante. Qu'autour il y ait un peu de tissu fibreux qui le comprime, qu'il y ait quelques adhérences anormales, oui, mais c'est tout. Après notre intervention, la libération du radial, la guérison se fera bien vite. Si le nerf est déjà dégénéré, dans quelques mois la guérison surviendra.

En attendant la guérison complète nous devons aussi remplacer la musculature disparue et permettre à notre malade de se servir de sa main ballante et tombante. Ses muscles extenseurs ne relevant plus, nous suppléerons à leur insuffisance par un appareil très simple qui consistera en un simple bracelet lui relevant le poignet et favorisant ainsi le jeu des fléchisseurs qui, comme vous pouvez le voir sur vous-mêmes, ont leur maximum de puissance lorsque le poignet est relevé en extension légère.

(*Recueillie par* G. Naz, *interne.*)

La paralysie ne régressant pas, M. le professeur Jaboulay a libéré le radial de ses adhérences le 6 juin dernier. A l'heure actuelle, le malade a toujours sa main ballante et tombante. Il ne peut la relever spontanément ; mais si on la lui relève, il la tient en extension, ce qui est le premier pas vers la guérison. Du côté du pouce, pas encore de mouvements d'abduction ou d'extension.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le signe de Babinski dans les lésions du faisceau pyramidal

M. Babinski a observé et décrit un symptôme de toute première valeur qui, lorsqu'il existe, entraîne à lui seul le diagnostic ; c'est le *phénomène des orteils* ou *signe de Babinski*. Quand, chez un individu sain, vous chatouillez la plante du pied, vous produisez une série de mouvements réflexes que l'on peut classifier ainsi : d'abord un mouvement de retrait en masse du membre inférieur, mouvement de défense ; c'est le réflexe plantaire proprement dit ; une excitation moins forte provoque une contraction du *fascia lata* visible sous les téguments de la partie antéro-externe de la cuisse ; c'est le réflexe du *fascia lata* de Brissaud ; enfin, vous provoquez, en même temps, une contraction en flexion plantaire des orteils qui se recourbent vers la plante du pied. Dans l'hémiplégie organique, le réflexe plantaire et le réflexe du *fascia lata* persistent, mais la contraction des orteils est renversée : sous l'influence du chatouillement plantaire, le gros orteil, même parfois les autres orteils, se redressent vers le dos du pied et se mettent en extension sur le dos du pied ; c'est le *signe de Babinski*, caractéristique, quand il existe, d'une perturbation du faisceau pyramidal. Ce signe de Babinski est très précoce, il peut se montrer quelques minutes après l'attaque.

La Ponction lombaire dans les Fractures du crâne.

M. Maurice Gentil rapporte dans la *Clinique* une observation de fracture du crâne guérie par l'emploi de ponctions lombaires répétées à plusieurs reprises, et recommande d'y recourir dans chaque cas de fracture cranienne, même simplement probable. On ne devrait jamais négliger de recourir à cette opération en présence d'un traumatisme de la tête, parce qu'elle peut aider au diagnostic, et aussi parce que c'est une excellente thérapeutique dans toute fracture du crâne.

« Ce n'est que depuis 1901 que nous ne sommes plus tout à fait désarmés devant les accidents causés par la compression cérébrale, et consécutifs aux violents traumatismes du crâne. C'est à cette date en effet que, dans le service de Poirier, dans le but de faire un diagnostic entre une méningite, une contusion de l'encéphale ou une fracture de la base, on fit une ponction lombaire qui ramena un liquide teinté de sang s'échappant en jet de la canule. Devant cette hypertension, on pensa à une compression des centres nerveux et on retira 40 centimètres cubes de liquide. L'effet fut merveilleux ; le soir même, le malade reprenait connaissance et son état continua de s'améliorer par la suite. Depuis cette époque, de nombreux auteurs ont pratiqué avec succès la ponction lombaire dans des cas de fracture du crâne. Tuffier conseille de ne pas enlever trop de liquide céphalo-rachidien : 40 à 50 centimètres cubes paraissent une limite extrême. Quénu, pour sa part, rapporte sept cas de fractures du crâne, tous traités uniquement par des ponctions lombaires répétées et tous guéris. Une de ses observations relate qu'il fut obligé de répéter l'intervention huit fois avant d'obtenir une guérison parfaite ».

La ponction lombaire agit en diminuant la tension intra-cranienne.

« Il faut bien se rappeler que l'arc cérébro-spinal ne peut, sans troubles fonctionnels, supporter une tension égale à celle du sang dans les vaisseaux. Cushing a prouvé par d'intéressantes expériences, que nous avons même un appareil de protection, véritable régulateur destiné à maintenir la pression sanguine toujours un peu plus élevée que la pression intra-cranienne. Ce protecteur est le centre vaso-moteur.

« Si la pression intra-cranienne augmente, l'anémie cérébrale se produit. Or, celle-ci excite directement le centre vaso-moteur qui détermine aussitôt une élévation de la pression artérielle générale par suite du rétrécissement de toutes les artères. Et ce centre se serre, même jusqu'à ce qu'il ait gagné son point, c'est-à-dire que la pression sanguine ait dépassé celle du liquide céphalo-rachidien.

« Durant ce combat, un autre centre bulbaire est aussi touché : c'est le centre respiratoire. Mais lui est plutôt paralysé, car il ne reçoit plus en quantité suffisante le sang veineux qui est

son excitant naturel. Et la respiration est troublée, elle peut même s'arrêter jusqu'à ce que l'équilibre normal se soit rétabli.

« Enfin le centre modérateur du cœur, situé comme les deux premiers sur le plancher du quatrième ventricule, est aussi mis en activité plus grande par l'anémie bulbaire, conséquence de la tension intra-cranienne. Ce centre, par la voie des pneumogastriques, agit sur le cœur qui se ralentit et protège ainsi l'encéphale contre les perturbations que pourraient occasionner les élévations brusques et prolongées de pression ».

A déno-phlegmons iliaques.

L'attention des cliniciens est actuellement retenue à ce point par l'appendicite qu'elle nous paraît trop oublieuse de certaines autres affections qui n'ont jamais cessé d'exister, les phlegmons de la fosse iliaque.

M. le Dr Paul Bonvoisin, d'Elbeuf, a repris, dans sa thèse, l'étude des adéno-phlegmons iliaques, qui se développent, dit-il, au niveau des ganglions iliaques externes.

« Ces adéno-phlegmons iliaques se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal au-dessus du fascia iliaca, et l'on peut dire que les phlegmons primitifs, qui ont cette localisation exacte, reconnaissent tous ou presque tous cette origine. Ces adéno-phlegmons sont consécutifs à une infection, dont la porte d'entrée peut être périphérique ou viscérale, comme les lymphatiques que reçoivent ces ganglions viennent de la périphérie ou des viscères pelviens.

« Les adéno-phlegmons d'origine périphérique peuvent se présenter en clinique sous trois aspects différents :

a) Il existe une plaie infectée du membre inférieur avec lymphangite, abcès lymphatique, adénite, suppurée ou non, des ganglions inguino-cruraux. L'adénite iliaque ne représente qu'un échelon de plus à l'infection lymphatique ascendante.

b) Il existe une plaie infectée du membre inférieur et l'adéno-phlegmon se développe sans étape infectieuse intermédiaire, sans lymphangite, ni adénite inguino-crurale.

c) Il n'existe aucune porte d'entrée visible, aucune étape infectieuse intermédiaire et l'adéno-phlegmon iliaque se développe d'*emblée*, forme fréquente, la plus intéressante à étudier.

« Les *adéno-phlegmons d'origine viscérale* sont d'origine utérine ; ce sont surtout des phlegmons tardifs de la fosse iliaque consécutifs à l'infection puerpérale ou aux métrites aiguës.

L'Enésol et le « 606 » d'Ehrlich contre l'infection malarienne.

M. le Dr Rodolphe Fleckseder, assistant de la clinique de Neisser, à Vienne, a publié dans le *Wiener Klinische Wochenschrift* un long travail sur les remarquables résultats obtenus grâce à l'Enésol dans l'infection malarienne.

Un des malades qui font l'objet du travail de M. Fleckseder est un électricien âgé de 39 ans, atteint à la fois de syphilis et de violents accidents paludéens.

La réaction de Wassermann fut très prononcée et l'indication du traitement spécifique ne fut pas douteuse.

L'auteur administra l'Enésol, qui est un salicylarsinate de mercure, en piqûres intra-musculaires, tous les deux jours, à la dose de 2 cc., soit 0 gr. 06 de sel.

Vingt injections de ce sel suffirent à amener une amélioration considérable. « *La fièvre coloniale*, dit-il, *contre les récidives de laquelle la quinine est si souvent impuissante, peut guérir complètement par l'injection intra-musculaire répétée d'Enésol ; les parasites et la réaction de Wassermann disparaissent sans laisser de trace* ».

Le malade se trouvant réinfecté au cours d'un séjour dans la campagne italienne, où le paludisme est endémique, et présentant de nouveaux accès fébriles, Fleckseder tenta l'application du « 606 » d'Ehrlich. « *Le dioxydiamidoarsenobenzol d'Ehrlich*, écrit-il dans ses conclusions, *a produit dans ce cas, comme dans d'autres, observés par nous, une douleur très marquée, persistant souvent assez longtemps, ainsi que de l'infiltration. Le remède, employé en injections intra-musculaires, ne fut résorbé que très lentement* ». Dans une addition ultérieure, il put constater que « *l'effet étonnant du « 606 » d'Ehrlich, chez ce paludéen, n'indiquait pas une guérison durable* ». Il signale que cette médication arsenicale a pu modifier les accès et les espacer *sans parvenir toutefois à faire disparaître aussi complètement que l'Enésol la réaction de Wassermann.*

Le malade traité et observé par R. Fleckseder a fourni des renseignements précis pendant une période fort longue. Des examens du sang, des urines et des humeurs, ont été régulièrement pratiqués ; les courbes de température sont des plus édifiantes et il faut penser avec cet auteur que, dans l'état actuel, un sel tel que l'Enésol est capable de rendre des services considérables, tant comme arsenical que comme hydrargyrique.

Luxations anciennes antéro-internes de l'épaule.

D'après M. le Dr Gaston Rais, dans sa thèse (Paris, 1910), quand une luxation antéro-interne de l'épaule est ancienne, si l'usage du membre luxé est suffisant, quoique imparfait, le mieux est de s'abstenir de toute intervention.

Les procédés de réduction qui emploient les tractions aussi bien manuelles qu'instrumentales sont à rejeter parce que, sans donner de meilleurs résultats que les interventions, ils sont dangereux pour les vaisseaux, les nerfs, la tige humérale.

Le procédé de Kocher avec mouvement de rotation n'expose guère qu'à la fracture de l'humérus ; encore peut-on, par certains tours de main, éviter ce danger. On pourra donc le tenter. Dans les luxations anciennes sous-coracoïdien-

nes, son efficacité est plus grande qu'on ne le croit généralement. Dans les luxations intra-coracoïdiennes et sous-claviculaires, son efficacité est à peu près nulle, et ces dernières luxations doivent être réduites par le procédé de Marcille.

L'intervention sanglante procure avec plus de sécurité des résultats au moins comparables à la réduction non sanglante. L'intervention la plus fréquemment indiquée est la résection. Pratiquée dans les cas où elle est indiquée, la réduction sanglante donne des résultats pratiquement supérieurs à ceux de la résection. La création d'une pseudarthrose dans la continuité de la clavicule est une intervention palliative recommandable.

Les traitements physiothérapiques extrêmement efficaces sur des lésions récentes, compléments indispensables des autres traitements, ont au contraire, lorsqu'ils sont employés seuls, des résultats médiocres; ils améliorent surtout les néo-arthroses qu'une mobilisation spontanée précoce a déjà amenées à un certain degré de perfection.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le 606 à l'hôpital Broca. — L'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie. — Plaies de la rate par arme à feu. — Ecchymoses faciales. — Goitre exophtalmique opéré depuis 16 ans. — Métrorrhagies d'origine syphilitique.

— MM. JEANSELME, LAIGNEL-LAVASTINE et TOURAINE communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur 50 *cas de syphilis traités par le* 606 *à l'hôpital Broca.*

Les auteurs, après avoir employé d'abord des doses de 0 gr. 30 et 0 gr. 40 dont ils ont reconnu l'insuffisance, se sont servis des doses de 0 gr. 50, 0 gr. 60 et 0 gr. 65. Les résultats sont d'autant plus rapides que la dose est plus forte.

Deux techniques principales ont été suivies pour la préparation du mélange, suivant que la poudre était marquée 606 Hy (insoluble dans l'eau) ou 606 Id (soluble dans l'eau). Le 606 Hy était traité par la méthode de Wechselmann (alcool méthylique, dissolution dans la soude, précipitation par l'acide acétique, neutralisation exacte). Le 606 Id était dissous dans 10 centim. cubes d'eau distillée, puis neutralisé avec précaution par la soude à 10 %. Dans tous les cas, il importe d'obtenir une neutralisation aussi exacte que possible, vérifiée par des touches au papier de tournesol. C'est la condition indispensable pour que l'injection soit peu douloureuse. Les deux produits 606 Hy et 606 Id n'ont pas paru, d'ailleurs, présenter des différences notables, tant au point de vue de la réaction locale ou générale que de l'action antisyphilitique.

Les injections (sauf quelques-unes pratiquées dans la région sous-scapulaire et dans les veines) ont été faites généralement en pleins muscles fessiers. L'aiguille pénétrait à 5-6 centim. de profondeur ; elle était enfoncée dans la dépression rétro-trochantérienne et dirigée parallèlement au plan médian du corps.

La douleur accusée par les malades au moment de l'injection est des plus variables. La susceptibilité personnelle joue ici un grand rôle. Avec la même solution, tel sujet n'éprouve aucune sensation appréciable alors que tel autre accuse des douleurs vives de torsion, de broiement. Si l'on ne s'écarte pas assez du nerf sciatique, il survient une douleur lancinante irradiée le long de la cuisse.

Dans les jours qui suivent l'injection, on note d'habitude une réaction locale intense ; la fesse est tendue, chaude, douloureuse, sans qu'il se produise de suppuration.

Chez un certain nombre de malades, apparaît un exanthème fessier, voire des érythèmes plus ou moins généralisés. Presque toujours, on note une élévation thermique, allant parfois à 39°, 40°, qui dure un ou plusieurs jours. Quelques sujets ont eu, les uns de la tachycardie, d'autres une céphalée vive, etc. En aucun cas, les auteurs n'ont relevé d'accident sérieux, ni albuminurie, ni troubles oculaires. Ils ont systématiquement éliminé, du reste, les malades atteints de lésions viscérales, notamment de tuberculose ou d'affection oculaire.

Quant à l'influence du « 606 » sur les manifestations syphilitiques, elle a toujours été très marquée. MM. Jeanselme, Laignel-Lavastine et Touraine ont employé le 606 depuis deux mois, et ils ont vu le chancre se cicatriser en 10 à 12 jours, les roséoles récentes s'effacer en moins de 10 jours, les syphilides papuleuses s'aplanir en 10 à 15 jours, les syphilides acnéiformes, si rebelles au mercure, fondre très rapidement, les plaques muqueuses s'épidermiser en quelques jours. Assez souvent, ces divers accidents, dès le lendemain de l'injection, deviennent turgescents ; puis, la poussée se calme et la lésion s'affaisse.

Les auteurs ajoutent : « Sous l'action du 606, les accidents suintants, et partant contagieux, se dessèchent avec la plus grande rapidité. Le remède peut donc être considéré comme le moyen le plus efficace contre la dissémination du tréponème. A l'heure actuelle, la prophylaxie sociale n'a pas à sa disposition d'arme plus puissante ».

M. JACQUET a traité 3 malades par le 606 d'Ehrlich et a enregistré un décès. Il s'agit d'un homme de 43 ans, alcoolique, entré pour un syphilome ulcéreux de la cuisse droite, et atteint depuis quelques années de troubles digestifs importants, crises douloureuses gastriques et vomissements alimentaires. Sept jours après une injection de 0 gr. 50 de 606, surviennent des vomissements noirs et le malade meurt. On trouve à l'autopsie un ulcère gastrique. L'auteur pense que le médicament est intervenu par son action puissamment vaso-dilatatrice et il demande d'ajouter à la liste des contre-indications admises les affections ulcéreuses du tube digestif. Le 606, dit-il, est certes un médicament merveilleux, mais c'est peut-être aussi un médicament dangereux. Nous ne connaissons encore que très-

imparfaitement la rançon de son efficacité et déjà elle apparaît assez lourde.

M. MILIAN a fait actuellement 130 injections de 606 sans aucun décès, sans le moindre accident sérieux. Laissant de côté la douleur et les phénomènes locaux, il n'a observé comme phénomènes toxiques que la fièvre, quelques troubles circulatoires, de la courbature et un cas d'érythème. Il considère l'arséno-benzol (606) comme un produit arsenical non toxique. Le rein est particulièrement indifférent. Un vieillard a reçu sans inconvénient une dose de 90 centigr. Une femme cachectique, avec une diarrhée intense due sans doute à des ulcérations intestinales, est aujourd'hui dans un état satisfaisant après une injection de 60 centigr.

Le pouvoir thérapeutique du médicament est extraordinaire. Tout ce qui résiste au mercure est rapidement guéri par le 606. M. Milian en rapporte trois exemples frappants. Tel, cet homme de 35 ans atteint d'onyxis rebelle à 20 piqûres de biiodure, à 104 de benzoate, à 12 piqûres d'hectine, qui guérit dix jours après une injection de 75 centigr. de 606. Tel ce jeune étudiant qui contracte la syphilis il y a 15 mois, se soigne immédiatement et reçoit le maximum de ce qu'il peut supporter d'huile grise, de calomel, de benzoate, etc. Il présentait, malgré cela, une foule d'accidents persistants (plaques végétantes de la gorge, douleurs fulgurantes des membres, céphalées, angoisse cardiaque, mydriase gauche, etc.). Une injection de 606 le débarrassa de ces troubles.

Ces faits, dit M. Milian, sont suffisants pour emporter la conviction des plus sceptiques. Ils légitiment l'enthousiasme que la médication d'Ehrlich a soulevé en Allemagne en nous commandant de l'accueillir en France avec bienveillance, sans faire intervenir dans notre jugement autre chose que des considérations scientifiques.

— M. LEGUEU communique à la *Société de chirurgie* un travail sur l'*exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie*.

De nos jours, dit-il, la néphrectomie est devenue le traitement nécessaire de la cystite tuberculeuse ; mais elle ne suffit pas toujours à la guérir. Dans le plus grand nombre des cas, les troubles vésicaux disparaissent de suite après l'opération. Quelquefois, ils guérissent plus lentement. Dans certains cas, enfin, si le rein laissé est le siège d'une tuberculose méconnue par exemple, les troubles causés par la tuberculose vésicale continuent après la néphrectomie. On en est réduit, alors, à traiter cette tuberculose vésicale pour elle-même.

Lorsque, en pareille circonstance, les médications ordinaires restent insuffisantes, doit-on abandonner tout espoir d'être utile au patient ? Chez un homme, rentrant dans cette catégorie de malades et se plaignant de crises douloureuses que rien ne pouvait calmer, M. Legueu a pratiqué une *exclusion vésicale* en abouchant l'uretère dans l'intestin. En dérivant les urines, l'opération amena une sédation complète des douleurs et une impression de guérison au malade. Il s'agit là d'une intervention purement palliative qui expose le rein à l'infection d'origine intestinale. Elle ne s'adresse qu'à des cas graves.

— M. AUVRAY a entretenu la *Société de chirurgie* des *plaies de la rate par armes à feu*, à propos de 3 cas observés par M. GUIBÉ.

La conduite à tenir vis-à-vis des plaies de la rate par balle varie suivant les cas. Les diverses méthodes auxquelles on a recours sont : la splénectomie, la suture, le tamponnement, la cautérisation et la ligature de la rate. Toutes les fois que la chose sera possible, il faudra conserver l'organe et s'adresser, comme procédé de choix, à la suture. Malheureusement, il est loin d'en être toujours ainsi et, sur une statistique de 95 cas, la splénectomie a dû être pratiquée 45 fois. Les opérations auxquelles on est conduit à recourir sont souvent importantes et leur mortalité est par cela même élevée.

— M. TUFFIER montre à la *Société de chirurgie* un malade de 26 ans présentant le *masque ecchymotique*, particulièrement au voisinage du globe oculaire, à la suite d'une violente constriction du thorax. La pression fut si violente qu'elle exprima littéralement le contenu de l'estomac du malade.

M. MAUCLAIRE a observé récemment un malade qui, dans un ascenseur, glissa avant d'arriver à l'étage. Les portes étant ouvertes, la moitié supérieure du corps vint se caler contre le plafond de l'étage et resta comprimé dans cette situation, tête basse, pendant 20 minutes. Il y eut un masque ecchymotique de la face et du thorax avec des lésions rétiniennes intéressantes.

— M. TUFFIER rapporte à la *Société de chirurgie* l'observation d'une femme opérée il y a seize ans, pour un goitre exophtalmique grave, par *hémithyroïdectomie*. Elle avait un tremblement très marqué, des palpitations et une tachycardie qui avaient résisté à tous les traitements. Depuis son hémithyroïdectomie, ces accidents ont été notablement atténués et elle offre seulement de la tachycardie quand elle est atteinte de maladie fébrile aiguë.

— M. LŒWY signale à la *Société des chirurgiens de Paris* un cas de *métrorrhagies graves d'origine syphilitique*. Il s'agit d'une femme de 25 ans atteinte de métrorrhagies profuses mettant sa vie en danger. Par élimination, l'auteur soupçonna la syphilis et institua un traitement qui amena la guérison. M. Lœwy se demande si nombre de métrorrhagies rebelles aux méthodes ordinaires de traitement ne sont pas de même origine.

M. OZENNE résume l'état actuel de nos connaissances sur la question. Le nombre des observations connues est de 30 environ. Le diagnostic est généralement fort difficile.

M. VERCHÈRE distingue dans la syphilis utérine 2 variétés : 1° les lésions ulcéreuses qui peuvent saigner ; 2° les métrorrhagies graves et essentielles dont il a vu deux exemples terminés

par la mort. Il s'agit de jeunes femmes en période secondaire et l'auteur rattache les hémorrhagies à des modifications sanguines causées par le tréponème.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

L'Atropine,

Par le Dr André Lombard.

(*Suite*).

C'est contre les sueurs des phtisiques qu'on peut être appelé à prescrire l'atropine ; un quart d'heure au moins avant l'apparition de ce symptôme pénible, on fera prendre une pilule contenant un dixième de milligr. de sulfate d'atropine ; on pourra élever la dose progressivement à deux et trois dixièmes de milligr.; il en faudra cesser l'emploi au bout de 4 ou 5 jours, pendant un temps égal, pour le reprendre ensuite s'il y a lieu. Dans le même but, on l'associe souvent à la morphine, et on fait prendre, au coucher, une ou deux des pilules suivantes :

Sulfate d'atropine.....	un quart de milligr.
Chlorhydrate de morphine ..	un centigr.
Extrait de gentiane.....	q. s.

pour une pilule, n° 10.

Ce ne sont pas seulement les phtisiques qui sont fatigués par les sueurs, mais les débilités et certains neurasthéniques ; à ceux-là, quand les voies digestives sont en bon état, M. Huchard prescrit, avant les repas de midi et du soir, et au moment du coucher, une pilule avec :

Sulfate d'atropine	un dixième de mil.
Ergotine Bonjean..... ..	0 gr. 03
Bromhydrate de quinine	0 gr. 01

en 1 pilule, n° 12.

Dans l'hypersécrétion gastrique, on peut substituer l'atropine à la belladone et faire prendre, au début des deux principaux repas (Huchard), cinq gouttes de :

Sulfate d'atropine...	deux centigr.
Eau distillée	20 gr.

ou bien faire tous les jours une injection sous-cutanée d'un cmc. (= 1/4 de milligr. d'atropine) de la solution suivante :

Sulfate d'atropine.....	0,0025
Eau distillée stérilisée	10 gr.

La même médication est peu recommandable dans l'ulcère de l'estomac ; il faudrait atteindre la dose de deux à trois milligr. d'atropine qui pourrait ne pas être bien tolérée. Contre les phénomènes douloureux de la gastralgie avec hypersthénie, on fera prendre une cuill. à soupe, dans un demi-verre d'eau sucrée, de la préparation suivante :

Sulfate d'atropine	cinq milligr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	cinq centigr.
Menthol cristallisé.....	dix centigr.
Alcool à 90°	aâ 75 gr.
Eau distillée	

soit un demi-milligr. d'atropine et cinq milligr. de cocaïne par cuillerée.

Médicament de la douleur, en général, et de la douleur spéciale des coliques hépatiques, néphrétiques ou saturnines, l'atropine peut être employée seule et absorbée en pilules ; mais, dans la colique de plomb, notamment, si les pilules sont vomies, on injectera un cmc. de :

Sulfate d'atropine.....	0 gr. 01
Eau stérilisée.....	20 cmc.

Presque toujours on l'administre en injection sous-cutanée, et associée à la morphine dont elle atténue peut-être un peu les inconvénients. On formule :

Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 005
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10
Eau bouillie ou eau distillée de laurier-cerise.....	q.s.p. 10 cmc.

dont on injecte, selon l'intensité de la douleur, des demi-seringues ou des seringues entières (jusqu'à 3 cmc.).

Dans l'intoxication alimentaire grave, quand il y a des signes de botulisme, si le rétrécissement des pupilles peut faire songer à la présence d'alcaloïdes analogues à la muscarine, on emploiera l'atropine non point comme antidote, mais pour s'opposer à l'arrêt du cœur en diastole (J. Tessier), et on injectera sous la peau un cmc. de :

Sulfate neutre d'atropine.....	un centigr.
Eau stérilisée	10 gr.

L'atropine associée à la morphine rend encore des services aux malades atteints de vomissements. On peut, comme le conseille M. Robin, quelle que soit l'origine des vomissements douloureux, faire prendre chaque jour, en plusieurs fois, cinq à vingt gouttes de :

Picrotoxine	0 gr. 10
Alcool.....	q. s.
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 01
Chlorhydrate neutre de morphine.	0 gr. 10
Eau distillée.....	10 gr.

et, en cas d'urgence, quand, n'ayant pu établir la cause précise et instituer le traitement étiologique des vomissements, on se trouve cependant en présence d'un symptôme nécessitant une action immédiate, on injectera un ou deux cmc. de :

Sulfate neutre d'atropine.....	0 gr. 01
Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 10
Eau stérilisée	20 cmc.

En thérapeutique oculaire, on emploie assez souvent l'atropine ; c'est le médicament des iritis ; si on prescrit la solution suivante :

Sulfate d'atropine	0 gr. 10
Eau distillée.....	10 gr.

on en fera instiller trois gouttes matin et soir dans le coin de l'œil ; si la solution est plus étendue :

Sulfate d'atropine.....	0 gr. 02 à 0 gr. 05
Eau de laurier-cerise.....	1 gr.
Eau distillée.....	9 gr.

on en fera instiller trois à cinq gouttes, de deux à six fois par jour. On recommandera au malade de cracher après chaque instillation pour ne pas avaler la solution qui a pénétré dans la bouche par le canal nasal. L'usage de l'atropine calme la douleur et prévient les synéchies en immobilisant et dilatant la pupille ; mais il ne faut point perdre de vue que c'est un médicament difficile à manier et qu'on ne doit pas prescrire sans besoin urgent ; il faut le réserver au traitement de l'iritis, ne pas l'employer dans les conjonctivites ni dans les kératites, à moins que l'iris ne soit malade aussi. Comme il élève la tension oculaire, son emploi intempestif peut amener du glaucome ; aussi doit-on en être très sobre chez les gens qui ont dépassé la quarantaine. On serait tenté de l'employer chez les malades atteints de cataracte pour faire pénétrer plus de rayons lumineux ; ce serait une faute ; si l'atropine est utile après l'opération, l'oculiste en conseillera l'usage.

OPHTALMOLOGIE DU PRATICIEN

Par le Dr F. CHABRUT

Ulcère serpigineux de la cornée.

Parmi les ulcères de la cornée dont nous avons décrit les origines et les caractères généraux, il en est un qui par sa gravité mérite une description spéciale, c'est l'*ulcère infectieux* ou *serpigineux*, appelé encore kératite infectieuse, kératite à hypopion, kératite des moissonneurs, ulcère de Sœmisch. Il se présente à son début sous forme d'une infiltration discoïde, blanchâtre, saillante sur la surface cornéenne et comme macérée, voisine du champ pupillaire. Bientôt cette sorte de gonflement inflammatoire s'affaisse, puis se creuse, par élimination des parties mortifiées ; l'infiltration et l'opacité diminuent au centre, en même temps qu'elles s'accusent sur les bords, dont l'un prend une *teinte gris jaune* et s'étend en une sorte de phagédérisme, et dont l'autre est le point de départ d'un ou plusieurs pinceaux vasculaires qui le relient à la conjonctive. C'est le bord par où l'ulcère va régresser, tandis que l'autre bord, plus infiltré et de couleur gris jaune, est celui par où il progresse, d'où son nom d'ulcère serpigineux. En même temps, l'inflammation gagne la conjonctive injectée et les paupières qui s'œdématient ; une iritis violente apparaît ; du pus (*hypopyon*) se dépose dans l'angle inférieur de la chambre antérieure et des douleurs ciliaires et périorbitaires apparaissent avec une photophobie intense.

L'ulcère se creuse de plus en plus ; une perforation apparaît où s'engage l'iris déjà tiraillé par des synéchies postérieures. Alors tous les phénomènes inflammatoires peuvent céder, et la guérison se fait avec un large leucome adhérent, ou bien la suppuration continue et se termine par une panophtalmie (Fig. 1 et 2).

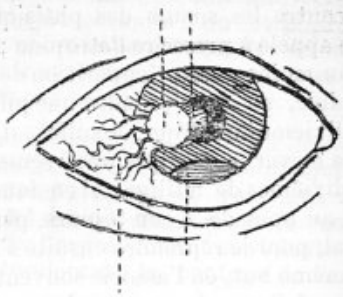


FIG. 1.

Cet ulcère est dû aux divers agents de la suppuration (le plus souvent le pneumocoque) venus soit du dehors avec l'agent vulnérant, soit le plus souvent des voies lacrymales atteintes de catarrhe. Le moindre traumatisme qui enlève l'épithélium peut en être la cause déterminante et passe souvent inaperçue, et il importe d'y veiller en présence d'une dacryocystite . Les éclats de pierre ou de fer, les poussières, les traumatismes directs avec les doigts ou un linge dans le geste de se frotter les yeux, sont un risque grave dans ces conditions. Les barbes d'épis au moment des moissons en sont la cause fréquente d'où son nom de kératite des moissonneurs.

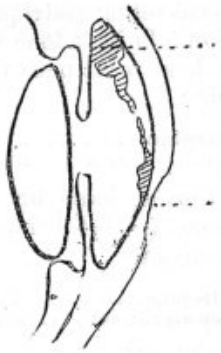


FIG. 2.

L'hypopyon qui se produit est dû en partie à une suppuration de la face postérieure de la cornée, en partie à l'iritis exsudative intense qui l'accompagne.

En présence d'un ulcère infectieux, et en raison de ses complications menaçantes, il faut recourir d'emblée aux *pointes de feu* faites, comme nous l'avons dit, de préférence à l'anse galvanique (mais la pointe fine du thermo peut, le cas échéant, sauver l'œil) *sur le bord qui progresse*, à une distance de 1 à 2 mm. suivant la largeur de la pointe, *en tissu infiltré*, sans aller vers le centre ; c'est au moins inutile, le centre étant le point qui se déterge après l'infiltration et avant la cicatrisation, et en se souvenant que la cicatrice d'une pointe de feu en tissu sain fait une taie indélébile. Le tout après cocaïnisation préalable, bien entendu.

Dans l'imminence d'accidents aussi graves, tout autre moyen de traitement sera le plus souvent, surtout en la période d'état phagédéniforme établi, une perte de temps et un danger. Au contraire, le feu bien employé, c'est l'organe, sinon la vue, conservé. Les injections sous-conjonctivales de liquides divers, sublimé, cyanure, par exemple, excellentes pour éclaircir un ulcère récemment détergé, donnent souvent des déceptions dans ces cas d'infection rapide. L'atropine, la dionine, les bains chauds, le bandeau pour calmer les douleurs et la photophobie, sont d'excellents adjuvants, mais seulement des adjuvants.

Ne pas oublier les dangers que peut avoir parfois l'atropine en cas de perforation imminente. La dionine lui sera souvent préférée. Le bandeau, très calmant, sera souvent imposé avec efficacité aux deux yeux dont il amène mieux ainsi le repos. Un écoulement conjonctival ou un catarrhe du sac trop abondant en seront la seule contre-indication.

Enfin la ponction de la cornée dans le voisinage du limbe amènera une sédation très nette des symptômes inflammatoires, et pourra éviter la perforation de l'ulcère et la hernie de l'iris. Si ces complications se produisent, s'abstenir de toute intervention qui aurait pour but d'y remédier dans la phase aiguë. Un bandeau compressif sera le meilleur traitement d'attente.

L'ulcère détergé et en voie de cicatrisation sera traité comme un ulcère banal aussitôt que l'infection sera franchement arrêtée, et en tout cas le plus tôt possible ; il faudra traiter par le cathétérisme le catarrhe des voies lacrymales qui est de règle dans la kératite à hypopyon.

Quant à l'hypopyon, il se résorbera souvent de lui-même ; sinon il sera extrait à la pince, après ponction ou incision de la cornée dans la partie déclive, comme un bourbillon.

L'ulcère infectieux de la cornée est quelquefois de nature aspergillaire, surtout dans la kératite des moissonneurs. Dans ce cas, il se produit au centre de l'ulcère, un petit disque de tissu sphacélé surélevé, qu'un sillon sépare des bords et dans lequel on retrouve le mycélium de l'aspergillus.

La variole donne souvent aussi lieu à des ulcères infectieux qui sont dus à une inoculation par le bord des paupières, des germes ordinaires de la suppuration sur une cornée excoriée. Il ne s'agit pas là de pustule variolique vraie.

Cet ulcère amène une opacité épaisse qui est la cause ordinaire de la cécité d'origine variolique et qu'on rencontre fréquemment encore dans la population arabe et dans les autres milieux où sévit la variole.

A cette affection spéciale de la cornée et dont la nature et la marche tendent à faire une véritable entité morbide, nous ajouterons quelques-unes de celles qui donnent lieu à des ulcères et que nous n'avons pas mentionnées dans la description des caractères généraux de l'ulcère.

L'*herpès fébrile* donne lieu sur la cornée à de petites ulcérations qui peuvent confluer et s'étendre sous forme serpigineuse, soit envahir une large surface, soit former des arborescences (*kératite dentritique.*



FIG. 3.

L'*ulcère rongeant* est une variété bénigne, mais à évolution très longue, d'ulcère infectieux qui envahit par étapes la cornée où il progresse avec des alternatives d'exacerbation et de rémission. Il ne s'accompagne pas de perforation, mais laisse une opacité variable et est justiciable du même mode de traitement que l'ulcère serpigineux.

La *kératite marginale superficielle* fait le tour de la cornée, sous forme d'une bande ulcéreuse peu profonde qui n'atteint jamais le centre, cause un trouble léger de la vue et évolue assez irrégulièrement.

L'artério-sclérose, le glaucome et tous les états cachectiques qui diminuent la vitalité de l'œil peuvent causer des ulcérations à évolution torpide et quelquefois graves.

De même, le défaut d'occlusion des paupières amène à la longue une kératite ulcéreuse (*kératite par lagophtalmie*) qui peut se compliquer d'iritis, d'hypopion et de perforation. La syphilis, la tuberculose peuvent aussi donner lieu à des ulcères.

MÉDECINE SCOLAIRE

A propos d'une controverse sur l'Inspection médicale des écoles

Il est, peut-être, bien inutile de revenir sur mon rapport au Congrès d'Hygiène scolaire du mois d'août, touchant la préparation et le choix du médecin scolaire, puisque les principes essentiels que j'y défendais (nomination des médecins au concours, établissement du carnet sanitaire individuel de l'écolier.....) vont être généralement appliqués, lorsque sera adopté le récent projet gouvernemental. Cependant, certaines parties de ce rapport, apparemment mal comprises, ayant été l'objet d'une analyse fantaisiste parue dans le *Bulletin médical*, on a pu me prêter, d'après cette analyse, des idées qui n'ont jamais été les miennes, comme le prouve un compte-rendu que je viens de lire dans le *Concours médical*.

J'avais d'abord spécifié, au congrès de Paris, que j'avais en vue l'inspection des écoles publiques d'*une grande ville*, car je tenais à parler seulement de faits que je connaissais bien, pensant que les « longues méditations » ne suffisent pas pour se faire une opinion sur un sujet aussi important. Dès lors, j'ai le droit de m'étonner, quand je m'entends reprocher d'avoir élaboré un plan inapplicable (?) aux écoles de campagne.

On a dit aussi que j'avais préconisé la création de médecins fonctionnaires englobant tous les services médicaux de l'Etat, et soumis à la réinvestiture « à l'expiration d'un mandat de durée très limitée » ! L'idée de créer des médecins sanitaires n'est pas mienne. J'ai dû envisager cette solution, au milieu des autres, en exposant ses inconvénients aussi bien que ses avantages ; j'ai même écrit qu'une administration n'a pas le droit d'interdire la clientèle à un médecin, si elle n'assure pas très convenablement son existence, et j'ai émis des doutes sur la facilité de réaliser prochainement, dans ces conditions, la création de médecins sanitaires. Quant à la réinvestiture, dont j'admettais la possibilité « *sous garanties* », j'ai seulement indiqué cette sanction dont les pouvoirs publics disposent, et qui a donné parfois de bons résultats, au Bureau de bienfaisance de Lyon par, exemple, dans les commissions sanitaires, etc. Je n'ai proposé aucune limite pour la durée du mandat.

Sur ces quelques points, il me semble qu'on m'a très mal compris, si on a lu mon rapport avant de le critiquer.

Ailleurs, on n'a vu (ou voulu voir) qu'une partie du programme que je proposais : programme « issu du laboratoire », a-t-on dit, en l'opposant à d'autres, « issus de la clinique ». Pourtant, je m'étais efforcé d'établir que les connaissances à exiger d'abord devaient porter sur la médecine générale, la médecine infantile, les spécialités, c'est-à-dire que tous les services de clinique devaient avoir été fréquentés par les candidats, que je souhaitais sortis de l'internat ou au moins de l'externat des hôpitaux. J'ai ajouté, *et je maintiens* que les laboratoires de biologie médicale doivent également avoir été pratiqués. Dans un récent article paru dans le *Matin*, M. le Prof. Teissier écrit aussi : « Aujourd'hui, plus de médecine possible sans laboratoire ». Pour ma part, je croyais chose démontrée que le laboratoire fait maintenant partie de la clinique. Mais il paraît que certains pensent encore que laboratoire et clinique s'excluent l'un l'autre, que médecin et « savant » sont antagonistes. N'est pas clinicien, semble-t-on dire, quiconque sait colorer le bacille de Koch, cultiver le bacille diphtérique, compter les globules du sang. Que penser, dès lors, du médecin analysant des urines, prenant des températures ? Lui permettra-t-on, au moins, un sthétoscope ? Où donc commence le laboratoire ? Où la clinique finit-elle ? Qu'il me suffise d'opposer à une manière de voir aussi rétrograde l'opinion exprimée, encore dans le *Matin*, par le Président de l'Association des professeurs et agrégés des facultés de médecine : « *Toutes les sciences modernes* sont mises à contribution par le clinicien » ; j'avais écrit, en parlant du médecin inspecteur scolaire : « Il faut qu'il possède au moins les éléments de *toutes les sciences médicales* ».

Cela, d'ailleurs, mon contradicteur du *Concours médical* est obligé de le reconnaître, tout en essayant de le contester en empruntant les termes mêmes du *Bulletin*. « Combien d'épidémies de diphtérie, dit-il, seraient évitées... s'il existait un médecin inspecteur pour dépister les premiers cas ? » N'est-ce pas là reconnaître l'utilité des diagnostics bactériologiques ? « Que d'infirmités il pourrait prévenir en signalant une myopie, une scoliose au début....., une plaque de favus ou d'herpès tonsurant....., une teigne ....., une surdité unilatérale, des végétations adénoïdes..... la pédiculose, la gale, etc. » N'est-ce pas demander, tout comme moi, des connaissances de parasitologie, de spécialités ? « En exigeant que les grands principes de l'hygiène générale soient appliqués à l'école elle-même....., le médecin contribuera à préparer une génération saine et robuste, son rôle social sera considérable ». N'est-ce pas désirer avec moi des notions très précises en hygiène, en sociologie ? L'auteur n'est guère autorisé à dire, après cela, que je réclame l'impossible : au reste, qu'il se rassure : cet impossible, qu'il demande aussi bien que moi, est parfaitement réalisé déjà, non seulement à l'étranger, mais dans certaines villes françaises pour le plus grand bien des écoliers. (Voyez la thèse de Magnanon, Lyon 1910-1911, sur le Médecin scolaire).

Bien plus, les matières énumérées font partie du programme actuel des études médicales, et tout médecin est censé les connaître, sans être un « Pic de la Mirandole ». Pourtant, on écrit que « de pareilles exagérations tendraient à laisser croire que les médecins praticiens sont incapables de *soigner* des enfants ». Notons en passant que le signataire de cette note demande surtout, après moi, que les médecins inspecteurs ne fassent pas acte de médecins *traitants*.

Mais voilà ! J'ai eu la franchise d'écrire « que l'enseignement (officiel) actuel de l'hygiène dans les facultés est insuffisant pour un médecin scolaire, que le diplôme de docteur n'est pas à ce point de vue une garantie suffisante ». On m'a particulièrement reproché cette dernière phrase. Or, tout comme moi, le président de l'Association des professeurs et agrégés des facultés de médecine a osé écrire dans le *Matin* : « Tout étudiant doué d'un peu de patience peut arriver au doctorat, sans posséder les connaissances indispensables à l'exercice de sa profession !.... Grâce seulement aux qualités de notre race, une foule de praticiens sortent instruits de l'école et honorent leur profession ». Ce sont là, en effet, des vérités qu'il faut dire et répéter bien haut, dans l'intérêt de la médecine française, des médecins eux-mêmes, des malades, des écoliers. D'ailleurs, la réforme de l'enseignement médical est chose décidée, et des examens pratiques sanctionneront les études d'hygiène, pour lesquelles j'ai demandé non pas un diplôme, mais des cours pratiques de perfectionnement. Je ne saurais donc insister davantage.

Bref, on a attaqué mon rapport sur certains points incompris ou dénaturés. Sur d'autres, tout en étant, au fond, de mon avis, on a voulu discuter, en affectant de croire à je ne sais quelles divisions entre médecins. On oublie que, dans le corps médical (comme dans la fable), a tête et les membres sont également nécessaires l'un à l'autre, également précieux à l'ensemble. Il n'y a pas, en opposition, des médecins de laboratoire et des cliniciens, des praticiens et des « mandarins » ; il ne doit exister que des médecins désireux d'apprendre toujours davantage, dans leurs spécialités lorsqu'ils sont spécialistes, en hygiène scolaire lorsqu'ils veulent être inspecteurs d'écoles ; des cours de perfectionnement pour praticiens existent en Allemagne, et leur organisation en France est à l'étude. Travailler à se perfectionner toujours, cela vaut mieux pour tous que de traiter de supermédecins ou de surhommes ceux qui poursuivent précisément ce but, et de se croire « dédaignés » par eux.

Une seule distinction, à mon avis, doit être faite, dans le corps médical : elle est entre les médecins qui croient au progrès scientifique, et les autres. Si l'on me reproche de ne m'être pas rangé parmi ces derniers, je suis en bonne compagnie, et je ne peux qu'en être très fier.

Ch. LESIEUR.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les affaires sont les affaires

V., le 12 octobre 1910.

Mon cher Confrère,

Je reçois une lettre de la Cie la P. me demandant un rapport sur l'état de M. E. blessé le 24 septembre au service de la Société Parisienne électrique. Je suis passé chez M. E. qui m'a dit que c'est vous qui le soignez et qu'il doit aller se faire panser vendredi. Dans ces conditions, voulez-vous que je me trouve chez vous vendredi à 1 h. 1/2 pour voir la main de ce blessé, quand vous lui ferez son pansement ? Si ce jour ne vous convient pas, vous seriez bien aimable de me fixer un rendez-vous, quand vous voudrez, pourvu que ce soit en dehors de mes heures de consultation.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments bien cordiaux.

Dr X.

Saint-Mandé (Seine), le 13 octobre 1910.

Mon cher Confrère,

Je ne demanderais pas mieux que de vous recevoir vendredi pour vous renseigner sur l'état du blessé que je vais panser. Mais, lorsque je réclamerai à la Cie le prix de la double visite, pour consultation avec vous, elle me répondra que n'ayant pas *demandé elle-même* cette consultation, elle ne la doit pas.

Il y a déjà deux ou trois... honnêtes Cies qui m'ont *fait ce coup*.

Vous comprenez donc que je suis désolé de vous refuser le rendez-vous que vous me demandez si aimablement, mais de votre propre chef.

Il faut donc que votre Cie demande l'autorisation au Juge de Paix, ensuite que vous m'*adressiez une lettre recommandée* pour me dire que vous viendrez vous renseigner sur l'état du blessé.

Lorsque ces formalités auront été remplies, je serai heureux de vous recevoir à ma consultation, le jour où viendra le blessé, si ce jour vous convient, sinon nous nous entendrons pour prendre une autre heure.

Ce jour-là je vous recevrai en bon Confrère d'abord, en excellent ami *ensuite et surtout*.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs et amicaux sentiments.

Dr DIVERNERESSE.

Contestation d'honoraires

Mon cher Confrère,

Voici une correspondance que vous pourrez faire paraître dans le *Concours* si vous le jugez utile.

Recevez l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr A. LEROY.

Valognes, le 12 septembre 1910.

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de vous envoyer ci-joint un mandat de 22 fr. 60 (frais d'envoi déduits) en payement des honoraires qui vous sont dus pour l'accident survenu à M. P.

Je vous serai obligé de bien vouloir me retourner la quittance signée.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, mes salutations respectueuses.

P. PESNELLE.
Agent général d'assurances, rue de Poterie, 58, Valognes.

Réponse.

Monsieur Pesnelle,

Les honoraires médicaux sont dus au domicile du médecin et non à celui de l'assuré ou de l'agent d'assurances.

Depuis 7 ans que j'exerce, je n'avais jamais reçu de mandat avec déduction des frais d'envoi.

Vous me demandez de vous signer un reçu de 23 fr. Lorsque j'aurai reçu 23 fr., je vous enverrai le reçu acquitté.

Recevez, Monsieur, mes salutations distinguées.

Dr A. LEROY,

Valognes, le 14 septembre 1910.

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de vous envoyer en complément de vos honoraires 0 fr. 40 en timbres-poste.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations très distinguées.

P. PESNELLE.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE

Ouverture de l'Ecole française de Stomatologie (1).

Nous sommes heureux de reproduire ici l'article du Dr Fargin-Fayolle sur l'ouverture de l'*Ecole française de Stomatologie*. Nos confrères stomatologistes de Paris et de province donnent à ceux qui demandent une place plus grande dans l'enseignement, aux praticiens qui veulent s'y consacrer, la plus belle leçon de choses ; ils se concertent entre eux, créent une association et ouvrent une école véritable, bien organisée et pourvue d'un budget qui en garantit l'outillage et le succès. Que les partisans de l'action directe suivent cet exemple, car c'est là selon nous la vraie et la bonne action directe, s'effectuant librement en dehors de toute intervention officielle.

J. N.

Le but de l'école (2) est de donner aux docteurs et étudiants en médecine — et à eux seuls — l'enseignement complet théorique et pratique des maladies de la bouche et des dents. A l'école est annexé un dispensaire qui en est le corollaire nécessaire au point de vue de l'enseignement pratique.

Jusqu'ici, les médecins désireux de se spécialiser en stomatologie et qui ne voulaient pas suivre les cours des écoles dentaires — dont l'enseignement n'est pas organisé pour eux et dont le milieu, par la force des choses, n'est pas le leur — trouvaient en général des éléments d'instruction à la fois dans les services dentaires des hôpitaux et dans les cliniques particulières de certains stomatologistes. Quels qu'aient été les résultats de cet enseignement, les avantages de l'organisation d'une école avec ses cours, ses laboratoires, son dispensaire largement pourvu de malades, ne créent pas moins à celle-ci une supériorité évidente.

La durée totale des études spéciales de l'Ecole de stomatologie sera de deux années. Il est nécessaire que nos jeunes confrères se persuadent que ces deux années d'études spéciales sont un minimum indispensable pour faire un stomatologiste complet, comme ce même laps de temps est indispensable pour faite un ophtalmologiste ou un oto-rhino-laryngologiste complet.

Toutefois, pour les trois premières années de fonctionnement de l'école, cette durée pour les docteurs en médecine pourra être ramenée à une année s'ils peuvent justifier d'un an de stage antérieur dans un des services dentaires hospitaliers d'une Faculté de Paris ou de province, ou dans une école dentaire ; ou bien s'ils ont fait comme médecins un an au minimum de pratique stomatologique. Pendant cette période transitoire, la même dispense d'une année d'études pourra être accordée aux étudiants ayant au moins seize inscriptions et qui justifieront d'un an de stage dans un service dentaire hospitalier ou dans une école dentaire.

En dehors des élèves réguliers, l'école recevra des élèves temporaires, qui pourront être admis à suivre les services divers et les cours, mais ne prendront pas de part directe aux travaux pratiques.

Des travaux pratiques de perfectionnement seront en outre organisés, sur leur demande, pour les médecins spécialisés qui désireraient approfondir particulièrement telle ou telle branche de la stomatologie et perfectionner leur technique.

Les étudiants en médecine désireux de se spécialiser pourront adopter deux partis : ou terminer d'abord leurs études médicales, ou s'inscrire à l'école de stomatologie dès leur douzième inscription. Ils pourront, en effet, dès ce moment, y être admis s'ils justifient avoir accompli les stages obligatoires dans les services de la Faculté de médecine. D'après les dispositions des derniers décrets sur les études médicales, le stage spécial exigé par la Faculté pourra être fait à l'Ecole de stomatologie.

Les étudiants étrangers ayant pris des inscriptions dans une Faculté de médecine française seront admis dans les mêmes conditions que les étudiants français ; les médecins étrangers le seront dans les mêmes conditions que les médecins français si leur diplôme est reconnu équiva

(1) Extrait des *Annales de la jeunesse médicale* (novembre 1910).

(2) L'Ecole est située 24, passage Dauphine (30, rue Dauphine et 27, rue Mazarine) à proximité de la Faculté de médecine.

lent par le conseil d'administration de l'école.

L'enseignement comprendra l'anatomie descriptive et topographique de la bouche, des maxillaires et des dents ; l'histologie et l'embryologie, le développement normal et pathologique du système dentaire ; la clinique ; la dentisterie opératoire ; l'anesthésie générale et locale appliquée ; la prothèse dentaire ; la prothèse restauratrice buccale et faciale ; l'orthodontie ; la pathologie buccale : la pathologie et la thérapeutique dentaires ; l'hygiène spéciale et l'instrumentation ; la thérapeutique appliquée et la radiographie appliquée.

L'enseignement s'adressant à des médecins pourra être avant tout technique et pratique.

Il ne sera pas inutile, en terminant, de préciser la portée des termes *stomatologie* et *stomatologistes*. Aujourd'hui, le terme de « dentiste » ne désigne plus d'une façon assez explicite celui auquel il s'applique. Du dentiste-médecin, du stomatologiste, au dentiste patenté, en passant par le dentiste diplômé (1), règne la plus fâcheuse confusion ; confusion soigneusement entretenue par les intéressés, confusion préjudiciable au public dont la confiance peut être surprise ; confusion, enfin, qu'il est du devoir et de l'intérêt des médecins de ne pas laisser persister.

Aussi les médecins spécialisés ont-ils depuis longtemps déjà pris le nom de stomatologistes (2) qui, dans leur esprit et dans la pratique (Société de stomatologie, Congrès de stomatologie, etc.), désigne — et désigne uniquement — le dentiste-docteur en médecine.

Il est désirable que les termes de *stomatologie* et de *stomatologiste* — à l'adoption desquels nous rencontrons certaines résistances — achèvent de se vulgariser dans le public médical et aussi dans le grand public. La fondation de l'Ecole de stomatologie achèvera d'en préciser la portée.

Dr P. FARGIN-FAYOLLE.

(1) Avant 1892, la profession de dentiste était libre. Lorsqu'en 1892 fut créé à titre provisoire le diplôme de chirurgien-dentiste, les dentistes patentés furent autorisés à continuer à exercer. Il existe donc en France trois catégories de dentistes absolument différentes :

1° Les *docteurs en médecine* ;

2° Les *chirurgiens-dentistes* dont le diplôme a les plus grandes analogies avec celui des sages-femmes ;

3° Les anciens *dentistes patentés* avant 1892 qui n'ont aucun diplôme.

(2) Un certain nombre de docteurs en médecine, partisans du maintien du diplôme de chirurgien-dentiste, alors que les stomatologistes sont partisans de sa suppression pure et simple et de l'obligation du doctorat en médecine pour les dentistes, rejettent le nom de *stomatologistes* et s'intitulent *odontologistes*. Il faut constater que tous sont professeurs dans des écoles dentaires ou à la tête d'associations de chirurgiens-dentistes. Pour nous, du reste, ils sont, malgré tout, des stomatologistes, puisque pour nous le stomatologiste c'est le dentiste médecin.

CORRESPONDANCE

La déclaration des Maladies contagieuses

Monsieur le Directeur,

Je viens de lire dans le *Concours médical* avec l'attention aiguisée d'un rescapé des tribunaux le nouveau projet de loi de déclaration des maladies contagieuses.

Eh bien ! vraiment, tout effaré encore de l'abominable arbitraire du précédent texte, je suis littéralement horrifié devant les pièges malpropres que je soupçonne tendus sous le second.

Les maladies contagieuses numérotées (dont soit dit en passant il faudrait bien distraire la rougeole) doivent être déclarées ; c'est très bien.

Dorénavant il appartiendra aux chefs de famille, logeurs, hôteliers, etc., *sous pénalité*, de produire à l'autorité un « bulletin dûment rempli » par le médecin qui précise la nature de l'affection.

Si, sous trois jours, le médecin n'a pas été avisé de la remise par les intéressés de sa constatation, il doit instruire lui-même l'administration, *ce qui équivaut à dénoncer au parquet le mauvais vouloir, passible de peine, de son client.*

De deux choses l'une : ou l'autorité fermera les yeux sur la négligence ou l'insoumission des obligés à cette déclaration, ou elle les poursuivra *sur celle du médecin, laquelle sera de fait une véritable délation.* Ou bien les obligations de toutes les personnes tenues par le nouveau projet à ces exigences de forme seront sans sanction, ou bien la sanction pénale encourue aura été l'œuvre indigne du médecin, qui, lui, n'aura pas d'autre moyen de s'y soustraire.

Je préfère de beaucoup l'ancienne loi, dont j'ai pourtant souffert, qui faisait peser exclusivement sur nous la responsabilité de nos diagnostics, à la nouvelle qui, sous prétexte de nous en décharger, nous la laisse tout entière, cette responsabilité, alourdie de l'écœurante mise en demeure de *moucharder nos clients.*

Il faut absolument étouffer ce projet mal venu.

Il appartient au *Concours médical* de prévoir et de démontrer toutes les conséquences monstrueuses d'une telle formule dont peut-être je n'entrevois que les moindres.

Il faut qu'il soit fait diligence pour que cette loi sur les déclarations *vise les chefs de famille d'établissements, etc.*, OU LE MÉDECIN, *mais non celui-là après les autres.* J'aime mieux déclarer le premier jour que, le troisième, me trouver pincé dans cette affreuse alternative *de dénoncer ou d'être poursuivi.* J'ai une heureuse complexion qui m'interdira toujours de remplir cette formalité le troisième jour. Je redoute moins la loi que la honte.

J'ai beau chercher complaisamment quelque chose d'heureux dans la perspective d'un pareil projet, je découvre seulement au bout que là encore le médecin sera l'unique et éternel.... élément de la farce.

Ne serait-ce point à nous, gardiens jaloux de l'hygiène nationale, de proposer un texte aux parlementaires qui n'y connaissent rien ? Pourquoi le *Concours*, avec son immense autorité faite de tant de collaborations professionnelles, ne prendrait-il point l'initiative d'en construire un qui serait appuyé et éclairé pour les Chambres par nos confrères élus.

Certes, pareille œuvre expertement édifiée par les médecins couvrirait en même temps que la santé publique notre conscience et notre dignité.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mon dévouement.

Dr G. LOUVEL,
de la Ferté-Macé (Orne).

Le 2 novembre 1910.

Réponse. — Nous avons bien des fois essayé la rédaction d'un texte qui *sauvegarde l'intérêt général de la santé publique et l'intérêt des médecins* : nous n'avons rien trouvé de mieux que celui par vous critiqué. Pourquoi ne pas nous en proposer un si vous êtes plus heureux que nous, et si vous avez aperçu la solution possible ?

Mais n'avez-vous pas négligé, en nous écrivant, le premier terme du problème, celui qui vise la protection sanitaire de vos clients, de vos concitoyens, de vous-même et de votre famille si vous faites abstraction de votre rôle de médecin ?

N'êtes-vous pas aussi un peu scrupuleux à l'excès à l'égard du bonhomme qui se défile de son devoir et vous le met bravement sur le dos ?

Quoi qu'il en soit, essayez à votre tour, s. v. p.

La Limitation du nombre des médecins.

Monsieur,

Je vous demanderai la permission de répondre au docteur Limouzi et de chercher à mon tour une solution acceptable à ce troublant problème : de la limitation du nombre des étudiants en médecine.

Je considère comme efficaces les mesures suivantes :

a) Elimination définitive des Facultés de Médecine de l'élève refusé 3 fois au concours du P. C. N. ;

b) Suppression des Ecoles de Lyon et Bordeaux ;

c) Suppression absolue de toute dispense de diplômes.

Les autres mesures signalées par notre confrère sont d'ordre platonique, sauf une : la réglementation des permis d'imprimer, laquelle est, je crois, une erreur.

Je ne m'arrêterai d'ailleurs pas à la discuter, ayant le désir d'être bref. Je vous dirai simplement pourquoi j'ai fait mes études de médecine et ce qui m'aurait peut-être empêché de les faire.

Je suis entré au lycée parce qu'on m'a octroyé une bourse ; sans cela je n'aurais peut-être jamais franchi le seuil des Facultés. Supprimez les bourses au lycée et à la faculté, supprimez toutes les dispenses de frais et vous aurez réduit considérablement le nombre des étudiants.

Mais mes propos, comme ceux de tous les confrères, qui ont abordé avant moi cette question dans le *Concours*, ne sont qu'une impression et nous pouvons longtemps errer loin de la vérité, si nous n'apportons pas des faits à l'appui de nos dires.

Voici donc ce que je propose : Que les Associations corporatives d'Etudiants, que les Syndicats demandent à leurs membres ce qui les aurait empêchés d'être médecins et là-dessus dressons des statistiques qui nous permettront de conclure avec certitude aux moyens à employer pour diminuer le nombre des Etudiants.

Puisque j'ai l'honneur d'être Président de l'Association corporative des Etudiants en médecine d'Alger, je vais tenter l'épreuve. Nous sommes ici 150 étudiants, chacun répondra à ces cinq questions :

1° Combien de fois a-t-il échoué au P. C. N. ?
2° A-t-il visé Lyon ou Bordeaux ?
3° A-t-il été dispensé de diplômes ?
4° A-t-il été dispensé de frais :

a) Au lycée ;
b) A la Faculté ?

Cette enquête, je l'espère, apportera quelque éclaircissement au problème, surtout si des enquêtes similaires sont faites ailleurs. Lorsqu'elle sera terminée, je prierai encore le *Concours* d'en publier les résultats.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments dévoués et tous mes remerciements,

R. FOURNIÉ,
Président de l'Association corporative des Etudiants en médecine,
Interne des hôpitaux à Alger.

A propos de l'Encombrement médical à la campagne.

Mon cher Confrère,

Dans la plupart des lettres que publie le *Concours* sur l'encombrement médical, il y a une tendance générale à propager une idée absolument fausse, c'est que nous désertons la campagne au profit de la ville. Oui, il y a quantité de postes à créer, postes de 1.500 à 3.000 fr., dans des trous inabordables, même en été ; chaque chef-lieu de canton de 600 habitants veut avoir son médecin, qui, au dire des indigènes, vivrait largement à 20.000 fr. par an : l'argent qu'on promet ne coûte rien.

J'admets qu'en principe, une clientèle de campagne paie environ 2 fr. par an et par tête de frais médicaux ; *j'exagère à dessein* et aucun confrère campagnard ne me démentira si je dis qu'un village de 500 habitants ne rapporte 1.000 fr. par an que bien rarement ; donc, pour faire 6.000 fr., un médecin doit avoir une clientèle de 3.500 habitants au moins, ce qui représente 10 villages de 350 habitants, de quoi user

des paires de bottes l'hiver par la neige et la boue. Voilà pour les recettes.

De ces 6.000 fr. déduisez les frais généraux obligatoires : Loyer, 400 fr. ; poste, télégraphe, téléphone, 250 fr. ; voiture ou auto, 1.200 fr. ; bicyclette, 100 fr. ; chemin de fer, tramways, 100 fr. ; frais de cabinet, livres, journaux, instruments, patente, 300 fr. ; notes impayées et frais de recouvrement, 350 fr. : total, 2.700 fr.

Ce richard de médecin de campagne a généralement des enfants : Mettons 2 garçons et 2 filles : 7 ans de collège par garçon, 4 ans par fille, à 1.100 fr. par an pour frais de pension, uniforme, voyages : total, 24.200 fr. à répartir sur 30 ans d'exercice : soit plus de 800 fr. par an. Nous arrivons à un total de frais obligatoires *dus au séjour à la campagne* de 3.500 fr, : reste comme actif la somme de 2.500 fr.

Avec ça, il faut que le médecin s'habille à peu près décemment, reçoive un peu, s'assure contre la maladie, les accidents, la vieillesse, les risques professionnels et vive avec sa famille ; et vivre à la campagne, c'est payer tout ce qui n'est pas choux ou pommes de terre, c'est-à-dire les neuf dixièmes de la consommation courante, beaucoup plus cher qu'à la ville, car nous sommes obligés de faire en ville la plupart de nos provisions, ce qui majore nos factures des frais de voyage et de transport. Une petite réparation d'auto de 50 fr. coûtera au campagnard le transport de son véhicule, le voyage à la ville et le temps perdu, soit 100 fr.

Et vous voudriez que le petit médecin de ville à 6.000 fr., qui n'a comme frais qu'un loyer de 1.000 fr., frais de cabinet, poste, téléphone, recouvrements, etc., 800 fr., total 1.800 à 2.000 fr., aille s'enfouir dans un trou inabordable, avec la perspective de promenades quotidiennes dans la boue ou la poussière, sous la pluie, la neige ou le soleil, et ça, pour une perte sèche de quelques milliers de francs ?

Voilà 23 ans que j'entends prêcher contre l'encombrement des villes et la désertion des campagnes et voilà 23 ans que je vois des confrères quitter la campagne pour la ville, où, s'ils ne font pas tous de brillantes affaires, ils arrivent au moins à un meilleur résultat avec moins de peine. Le contraire, malgré tous ces prêches, je ne l'ai jamais vu et pour cause.

Joignez à cette situation matérielle misérable la situation morale de l'homme instruit, isolé et entouré de gens qui le prennent pour une sorte de sous-officier de santé, bien inférieur au confrère de la petite ville voisine, qui lui-même n'est guère qu'un sous-médecin, comparé au confrère de la grande ville.

Vos correspondants comprendront alors pourquoi la campagne, qui possède un nombre de médecins inférieur à celui de la ville par rapport à la population, est aussi encombrée, sinon plus, que la ville, si l'on considère le rapport pécuniaire, et pourquoi les jeunes plantent plus facilement leur tente dans les centres populeux que dans la brousse déserte, et en cela, dans leur intérêt, ils ont raison.

Veuillez excuser ces quelques observations hâtives et agréer, mon cher confrère, mes sincères salutations.

Dr PERCHET,
d'Autet (Haute-Savoie),
Correspondant du *Concours*.

Apprenons donc, médecins, à protéger nous-mêmes la profession médicale.

Mon cher Confrère,

La lecture de la lettre du Dr de la Rochefordière, dans le *Concours* du 25 septembre, me rappelle que depuis de longs mois je remets pour vous signaler, dans le même ordre d'idées, l'inconséquence d'un praticien cependant renommé d'une célèbre station thermale pour ataxiques.

Un de mes malades, ancien syphilitique, me revient l'an dernier après une saison dans ladite station, et quelle n'est pas ma stupéfaction d'apprendre de sa bouche que le confrère en question lui a fait acheter une seringue pour se faire lui-même des piqûres de *calomel*.

Le confrère de la Rochefordière a cent fois raison, nous sommes les propres artisans de la moins-value de la profession médicale.

La plupart d'entre nous n'ont pas le sentiment, n'apprécient pas le service qu'ils rendent à leurs malades.

Quand une note d'honoraires dépasse quelques centaines de francs, nous en sommes effrayés et avons tendance à la réduire ; à côté de cela le client n'hésite pas à payer 100 fr. la ceinture électrique ou 250 fr. la machine à ozone.

Tout cela provient de l'enseignement médical. Le jeune docteur est livré à lui-même au sortir de la faculté ; il n'a eu d'autres champs d'expériences que l'hôpital où il a vu les maîtres et les élèves dépenser leur temps et leur santé pour une rétribution dérisoire et il lui devient très difficile, si dès le début il ne s'est pas fait honorer convenablement, de relever ensuite ses tarifs.

Quant à l'encombrement, il n'est pas douteux : dans toutes les villes d'Algérie le nombre des praticiens a doublé en quinze ans ; avec la nouvelle faculté d'Alger, nous allons assister à une véritable ruée de jeunes gens vers la profession : la médecine de colonisation offre encore, heureusement, quelques débouchés. Ici, dans le département, les confrères sont presque unanimes à désirer l'établissement d'un concours à l'entrée de la profession ; il n'y a pas d'autre moyen efficace, et il est certain que si tant de jeunes gens, au sortir du lycée, se lancent dans la médecine, c'est pour éviter le concours nécessaire pour les autres carrières.

Il y a une comparaison irréfutable : c'est l'art vétérinaire : pour y entrer il faut un concours, tandis qu'on entre dans la médecine comme dans un moulin !

La question de l'encombrement devrait primer toutes les autres dans nos Syndicats : l'établissement d'un concours à l'entrée, l'internat

obligatoire, le stage à la sortie, voilà des mesures qui relèveraient singulièrement le niveau de la profession et la considération sociale dont elle doit jouir. Mais tout cela a été déjà dit : quand passerons-nous des paroles aux actes ?

Veuillez croire à mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr FÉRAUD,
de Philippeville.

REPORTAGE MÉDICAL

Pour les confrères automobilistes. — Il sera procédé au recensement des voitures automobiles du 1er au 16 janvier prochain. Les maires de chaque commune inviteront les propriétaires d'automobiles, quelle que soit leur nationalité, à se présenter à la mairie de leur domicile pour y faire la déclaration des voitures qu'ils possèdent et des noms des personnes habituellement préposées à la conduite de ces voitures lorsque ces personnes sont soumises aux obligations du service militaire.

Les voitures recensées seront divisées en deux catégories : poids lourds et voitures de tourisme.

Du 1er au 15 janvier, les maires dresseront les listes de recensement des voitures automobiles. Ces listes ne devront pas comprendre les voitures qui auraient été reconnues impropres au service de l'armée.

Les propriétaires de voitures automobiles et de motocyclettes qui ne se conformeront pas aux dispositions de la loi seront passibles d'une amende de 25 à 1.000 francs.

(*Jour. de Méd. int.*)

Ouverture de la Maison Universitaire. — La Maison universitaire Guyon, que vient d'ouvrir 32, rue de Vouillé l'Association des M. U., est une résidence pour les travailleurs intellectuels. Tout y est aménagé en vue de l'étude : salles de lecture et de réunion avec bibliothèque, jolies chambres simples, hygiéniques, diverses de disposition et d'ameublement, jardin isolant un peu l'habitation des voies très ouvrières qui l'avoisinent. Chaque étudiant, jeune professeur, savant, peut se faire là, tout à sa guise, un chez-soi tranquille et jouir ensuite, à ses heures, de la vie d'un foyer, de la gaieté des repas en commun.

La Maison universitaire Guyon est à quelques minutes de l'Institut Pasteur, à proximité de trois grands hôpitaux ; le Nord-Sud, le Métropolitain (Station Pasteur), les trams Vincennes-St Cloud, Montrouge-Est, de nombreux omnibus mettent la rue de Vouillé en communication rapide avec le centre de Paris, la Sorbonne, la Faculté de Médecine.

Le régime budgétaire de la M. U. Guyon se rapproche beaucoup de celui d'une coopérative. L'Association accepte avec grand plaisir pour la mise en train de son entreprise, qu'elle compte étendre, des prêts remboursables dans un assez bref délai et des rachats de cotisations (cotisations : 10 fr. ; de 16 à 21 ans, 5 fr.)

Des membres du Conseil d'Administration reçoivent toute la journée du dimanche, 32, rue de Vouillé.

La présence des médecins aux duels. — La Chambre des médecins de Galicie (Autriche) a eu récemment à juger un cas assez curieux ; une malheureuse veuve, dont le fils avait été tué en duel, portait plainte contre le médecin qui avait assisté les combattants, prétendant qu'il avait manqué à ses devoirs, non seulement par sa présence à la rencontre, mais encore en n'avertissant pas à l'avance et les autorités et les parents des duellistes. La Chambre médicale exprima l'opinion qu'il y aurait un réel danger à laisser les combattants sans soins immédiats en cas de blessures graves ; que, d'autre part, le médecin, averti confidentiellement qu'un duel doit avoir lieu, n'a pas à révéler le secret qui lui a été confié.

A ce sujet une enquête internationale est ouverte sur les points suivants :

1° Le médecin ne manque-t-il pas à son devoir en acceptant d'assister à un duel ?

2° Le médecin, non seulement peut-il, mais doit-il toujours accepter, ou seulement dans certains cas ?

3° Doit-il, au contraire, toujours refuser, ou seulement dans certains cas ?

4° Le médecin prévenu d'une rencontre doit-il s'entremettre pour l'empêcher ?

5° Est-il désirable que la loi soit modifiée et établisse l'impunité des médecins qui assistent à un duel ? (On sait que *légalement* les médecins sont punissables au même titre que les témoins).

6° S'il y a des cas où la présence du médecin est indiscutable, une consultation avec un confrère ne s'impose-t-elle pas alors d'une façon absolue ?

7° La présence de 2 médecins dans chaque duel n'est-elle pas toujours désirable, les deux combattants pouvant être gravement blessés ?

8° Nos associations professionnelles ne devraient-elles pas discuter ces diverses questions ?

9° Avez-vous des remarques à faire basées sur votre expérience personnelle ?

Envoyer les réponses au Dr Mikolajski, rue Sniadeckich, 6, à Lwow (Auchiche), rédacteur du journal médical international espérantiste : *La Vosce de Kuracistoj*,

Les enquêtes du même journal sur le secret professionnel et sur la peine de mort sont closes. Elles ont eu un réel succès ; des médecins de plus de 10 nationalités y ont pris part..

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs METTAS, de Chamberet (Corrèze) ; DUPRADA, de La Réole (Gironde) ; CARLIER, de Thiron-Gardais (Eure-et-Loir) ; DENY, de Nangis (Seine-et Marne) ; FRANÇOIS, d'Ervy (Aube) ; LEFEUVRIER, de Villiers (Loir-et-Cher) ; THELLIEZ, d'Hénin-Liétard (Pas-de-Calais) ; NICOLAS, de Grenoble ; CHATARD, de Bordeaux et TOUSSAINT, d'Argenteuil (Seine-et-Oise), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 49 Dimanche 4 DÉCEMBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
La révision du tarif Dubief. — A la veille de la révision du tarif Dubief. — La loi des accidents du travail et les médecins. — Le caractère transactionnel et forfaitaire de la loi. — Comment se trouve assurée la défense des intérêts médicaux à la commission du Tarif. — La composition qui s'impose pour la commission de révision du tarif Dubief. — Pourquoi il faut augmenter le nombre des représentants des syndicats de médecins dans la commission spéciale de révision du tarif ministériel du travail..... 1401
Procès-verbal de l'Assemblée générale de l'Association amicale des médecins français du 20 novembre..... 1045
Procès-verbal de l'Assemblée générale de la Caisse des pensions du 20 novembre... 1047
Clinique thérapeutique
Traitement de la fièvre typhoïde..... 1048
La semaine médicale
Sérothérapie et tuberculinothérapie contre la tuberculose. — Le nouveau traitement du tabès. — A propos de l'Ibogaïne..... 1050
Revue des sociétés savantes
Une nouvelle préparation d'opium : le pantopon. — Traitement de la sciatique. — Inversion du réflexe du radius..... 1052
Formulaire raisonné
Le fer..... 1053
Chronique des accidents du travail
Ordres du jour du Syndicat de médecine sociale et de la Société médicale du XIVe arrondissement de Paris..... 1055
Chronique du libre choix
Le libre choix du médecin aux employés de l'assistance 1056
Correspondance
L'agenda-momento et ses renseignements. — Pour nos confrères du « Caducée »..... 1057
Bibliographie..... 1058
Reportage médical..... 1058

PROPOS DU JOUR

A la veille de la révision du Tarif Dubief. — La loi des accidents du travail et les médecins. — Le caractère transactionnel et forfaitaire de la loi. — Comment se trouve assurée la défense des intérêts médicaux à la Commission du Tarif ?

Selon la promesse que M. le Ministre du Travail nous avait faite, il y a environ deux mois, la Commission de révision du tarif des honoraires médicaux, prévue par la loi des accidents du travail, va reprendre ses travaux. A la veille de sa convocation, au moment où les représentants des médecins feront leurs efforts pour obtenir qu'on comble les lacunes du tarif et qu'on modifie des points inacceptables, au moment où, sans aucun doute, les assureurs reviendront à la charge pour modifier le tarif, de telle manière que le libre choix du médecin par le blessé, déjà en pratique bien difficile, devienne totalement impossible, il est utile d'insister sur le caractère transactionnel et forfaitaire de la loi en question.

Il ne nous convient pas, à nous, médecins, de laisser établir cette théorie administrative, absolument fausse, à savoir que la loi du 9 avril 1898 est, en principe, une sorte de loi d'assistance, que le législateur, par philanthropie, a imposée aux patrons, dans l'intérêt des victimes des accidents du travail. Il ne nous convient pas de nous laisser imposer indirectement, d'après cette théorie, sous forme d'un tarif très réduit et forfaitaire, une part de sacrifices pour le plus grand bénéfice de spéculateurs, les assureurs, qui, eux, ne collaborent nullement par philanthropie à l'application de la loi.

***

La loi du 9 avril 1898, concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail (modifiée par la loi du 22 mars 1902 et celle du 31 mars 1905) a, avons-nous dit, un caractère essentiellement transactionnel et forfaitaire. Il est facile de le démontrer.

✦

Avant la loi de 1898, les accidents du travail relevaient du droit commun, c'est-à-dire des articles 1382 et 1383 du Code Civil. Ces articles disent que toute personne est responsable du dommage qu'elle cause à autrui, non seulement par son fait, mais par sa négligence et son imprudence, et qu'elle est tenue de réparer entièrement ce dommage. Or, sur 100 accidents du travail, 12 fois la responsabilité du patron était nettement établie; 18 fois, la faute incombait à l'imprudence de l'ouvrier et 70 fois, il était impossible d'établir nettement la véritable cause de l'accident. Il s'en suivait des procès multiples et, chez beaucoup de magistrats, une tendance, dans ces 70 cas, à étendre de plus en plus la responsabilité patronale.

Le législateur, devant cette situation, décida d'imposer aux patrons et aux ouvriers une transaction forfaitaire.

Il enleva à ces derniers les avantages du régime du droit commun, qui leur permettait, quand la faute du patron était établie, d'obtenir *entièrement* la réparation du dommage qui leur était causé.

Il imposa d'autre part aux patrons, dans *tous* les accidents, une réparation partielle du dommage (1/2 salaire jusqu'à la consolidation de la blessure, 2/3 du salaire en cas d'incapacité permanente absolue, 1/2 de la réduction subie sur le salaire, en cas d'incapacité permanente partielle, etc., etc.).

Notre pays, en faisant entrer cette loi dans l'arsenal de sa législation sociale, ne provoquait pas une révolution : il arrivait un des bons derniers parmi les nations dites civilisées. La Suisse était, depuis 1877, dotée de cette loi, l'Allemagne féodale depuis 1884, l'empire d'Autriche-Hongrie depuis 1887, le Canada depuis 1892, la Norvège depuis 1894, la Finlande depuis 1895, l'Angleterre et le Portugal depuis 1897, le Danemark, l'Italie depuis les premiers mois de 1898. La France fut suivie de près par quelques nations attardées : l'Espagne (1900), la Suède, la Grèce, la Hollande (1901), le Luxembourg (1902), enfin, la Belgique et la Russie (1903).

Dans cette transaction imposée par la loi, le législateur permet au patron de se décharger, sous certaines conditions, de ses obligations sur des mutualités, ou d'avoir recours à des spéculateurs, les assureurs.

Par une singulière conception de cette transaction, on s'est efforcé, au cours des discussions parlementaires ou extraparlementaires, de fausser le caractère de la loi de 1898, et cela pour alléger les charges des *spéculateurs, les assureurs*, dont l'unique raison d'être est de vivre et de s'enrichir par l'application de cette loi. On y a réussi pratiquement en partie, d'une part, en fixant le prix de l'hospitalisation des accidentés, *tout compris* (soins médicaux, alimentation et le reste), au tarif de l'Assistance médicale gratuite (*art. 24 de la loi du 15 juillet 1893*) majoré de 50 %, sans pouvoir dépasser 4 fr. par jour pour Paris et 3 fr. 50 partout ailleurs, et en bornant, d'autre part, aux indications d'un tarif officiel, le taux des honoraires que les responsables (en pratique les assureurs) sont tenus de payer directement aux médecins. (*Art. 4 de la loi des accidents du travail*).

Les honoraires fixés par le tarif sont, en pratique, sinon en droit strict, les seuls sur lesquels le médecin est en droit de compter et, bon gré mal gré, le médecin se trouve obligé de faire une partie des frais de la transaction survenue entre patrons et ouvriers Or, à la Commission ministérielle du tarif, les assureurs, puissamment secondés, se sont efforcés et s'efforceront d'imposer aux médecins de plus grands sacrifices, en se basant toujours sur le caractère humanitaire, philanthropique de cette loi, *qui est en réalité une loi d'intérêts, une loi de juste transaction et non une loi d'assistance.*

Leur but est moins de rogner sur les honoraires médicaux que d'arriver à supprimer en fait le libre choix du médecin, pour tenir les victimes à leur merci, dans le règlement des conséquences des accidents graves. Il importe que les médecins, faisant partie de la Commission, se rendent un compte exact de cette situation et sachent énergiquement s'opposer au sacrifice injuste des intérêts de leurs Confrères.

Dans la Commission, les médecins se trouvent en situation nettement inférieure. Ils sont au nombre de trois ; deux seulement ont été pris sur la liste des noms proposés par l'Union des Syndicats médicaux ; un a été directement nommé par le Ministre, qui a tenu à montrer que, dans une question où les intérêts matériels du Corps médical sont en jeu, *les médecins n'avaient pas le droit de choisir en toute liberté ceux qui leur inspiraient le plus de confiance pour les représenter et les défendre.* Singulière conception que se font du *Droit de l'Etat* les ministres très républicains de notre troisième République !

En face de ces trois médecins, qui, nous n'en doutons pas, sauront néanmoins s'entendre pour nous défendre, est un bloc étroitement uni par l'intérêt : c'est celui des 7 patrons ou assureurs.

La défense médicale restera donc à la merci de l'esprit d'équité de tierces personnes.

Ce sont d'abord les deux délégués ouvriers. En théorie, les ouvriers paraissent intéressés à

empêcher que le tarif ne soit trop bas, pour éviter qu'usant de son droit strict (ce qui n'arrive jamais en pratique), le médecin réclame à l'accidenté le complément de ses honoraires ; mais en pratique, ils ont surtout le devoir de défendre les intérêts des victimes, en empêchant, par le sabotage du tarif, la suppression en fait du libre choix. Ensuite la commission comprend les deux délégués des pharmaciens, bien moins intéressés que nous, en l'espèce ; viennent enfin les deux représentants de la Chambre et du Sénat, dont il nous est difficile de prévoir les opinions et de sonder les consciences.

Il nous paraîtrait absolument équitable de voir intervenir, dans cette Commission, à un titre quelconque, des délégués des médecins ruraux, intéressés avant tout à la révision d'un tarif, dont une sotte disposition impose un calcul ridicule de l'indemnité kilométrique, qui fait ainsi honorer 1 franc 50 (tout compris) des visites faites avec un parcours de 8 à 10 kilomètres ; il serait encore équitable de voir à cette Commission un représentant des radiologistes, victimes de l'ajournement perpétuel de la révision de ce tarif, où ils ont été oubliés.

Nous comptons que le nouveau Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, n'étant plus, comme son prédécesseur, obsédé par la réalisation des Retraites ouvrières, voudra bien s'intéresser à cette question, pour nous, praticiens, de première importance et ne pas permettre qu'indirectement, pour faciliter des spéculations financières, on ne porte un coup mortel à la saine application de la loi des accidents du travail. Cette loi ne peut en effet donner de véritables garanties à l'accidenté qu'en lui assurant, *non en théorie, mais en pratique*, le libre choix absolu de son médecin.

J. Noir.

La composition qui s'impose pour la Commission de revision du Tarif Dubief (1).

A l'occasion de la réunion des représentants du corps médical syndiqué de France, les médecins de la région du Sud-Est estiment qu'une question de la plus haute importance, et qui est d'actualité immédiate, doit être posée devant vous, bien qu'elle ne soit pas à l'ordre du jour.

C'est celle des accidents du travail.

La commission de la révision du tarif ministériel vient d'être constituée et doit commencer ses travaux incessamment. Les décisions prises par cette commission auront une influence considérable sur la situation matérielle du médecin, en raison de la répercussion fatale que produira le tarif sur les honoraires médicaux en général.

Dans le Sud-Est, qui paraît être la région où les honoraires sont les plus élevés, les médecins ruraux estiment que l'heure a sonné de faire entendre leurs revendications.

Ils demandent avec instance au Conseil d'administration de l'Union, porte-parole autorisé des neuf mille médecins syndiqués de France, de faire, auprès du ministre du travail, une démarche urgente, en vue d'obtenir que le nombre des représentants du corps médical dans cette commission soit porté à sept, au lieu de trois, et que deux places au moins soient réservées aux médecins ruraux, qui sont journellement aux prises avec les difficultés d'application de la loi de 1898.

En effet, dans cette commission ministérielle, les intérêts en présence ne sont pas, à leur avis, représentés d'une façon impartiale. D'un côté, cinq assureurs et deux membres des chambres de commerce forment un groupe compact et forcément uni de sept membres : c'est le groupe des responsables devant la loi.

En face de ce groupe, il en est un second composé de trois médecins, deux pharmaciens, deux ouvriers, dont les intérêts ne sont pas forcément solidaires et peuvent parfois même être très différents. Dans ce groupe, seuls les médecins, au nombre de trois, peuvent opposer des arguments techniques aux arguments contraires des cinq assureurs et des deux patrons.

Les deux pharmaciens n'ont à défendre que des intérêts restreints, relativement à ceux du corps médical, et les deux ouvriers ne peuvent utilement discuter une question de tarif dans le détail des chiffres.

Il nous paraît donc de toute justice que le nombre des médecins, dans cette commission, soit égal à sept, c'est-à-dire à celui des responsables, patrons et assureurs, et que l'on réserve deux places au moins aux médecins de province, qui ont déjà acquis l'expérience de l'application de ce tarif.

C'est pourquoi, en raison de l'urgence de cette question, nous prions le Conseil d'administration de l'Union de vouloir bien faire le plus tôt possible les démarches utiles auprès de M. le Ministre du Travail.

Nous le prions aussi d'inviter immédiatement tous les syndicats à adresser au ministre une protestation motivée sur la composition de cette commission, en y joignant les revendications et les documents qu'ils jugeront nécessaires.

Nous devons insister encore sur ce fait que, si *légalement*, le tarif ne nous est pas opposable, en *pratique*, nous sommes obligés de le subir, ne pouvant nous faire rémunérer par le blessé de la différence en moins sur nos tarifs locaux. Il est donc équitable que ce tarif ne soit pas trop abaissé, si l'on ne veut acculer les médecins à la

(1) Note qui a été adressée à M. le Ministre du Travail.

nécessité de s'y soustraire, en réclamant du patron une demande écrite de donner des soins à ses blessés.

Dès maintenant, il y a deux points sur lesquels nous devons nous montrer intransigeants :

1° L'acte médical élémentaire, la *consultation* au cabinet du médecin, doit être à la base du tarif, et comptée au minimum de deux francs, *partout*. La visite au domicile du blessé, exigeant un déplacement et une perte de temps, devra être comptée deux francs cinquante au minimum.

2° L'indemnité kilométrique doit être établie sur des bases plus élevées et plus équitables ; le seul mode de calcul logique nous paraît être celui de la distance du domicile du médecin au domicile du blessé.

La proposition ci-dessus a été votée à l'unanimité des membres présents à l'assemblée.

Dr Proby (d'Oullins).

Pourquoi il faut augmenter le nombre des représentants des Syndicats de Médecins dans la Commission spéciale de revision du tarif ministériel des accidents du travail ?

La *Commission* instituée par l'arrêté du 20 mai 1905 semble avoir été composée en vue de la manifestation d'intérêts opposés irréductibles.

En groupant en nombre égal, d'un côté les responsables (patrons et assureurs), et de l'autre ceux que l'on a appelés, à tort, les bénéficiaires de la loi, il nous apparaît qu'on a voulu prévoir que le rôle de la *commission* serait surtout d'émettre des votes.

Or le but du *Parlement,* en énonçant, à l'art. 4 de la loi du 31 mars 1905, les éléments de cette *commission*, nous semble, à *nous médecins*, avoir été réellement de vouloir que l'opinion de tous les intéressés pût se manifester librement.

Assurer une discussion loyale, large et complète nous paraît plus important que le souci des conséquences de votes, plus ou moins entachés de partialité, et pouvant résulter de fausses interprétations, d'équivoques ou de surprises dues à des absences fortuites.

Envisagée à ce point de vue supérieur, qui est e nôtre, la composition actuelle de la *commission* est critiquable. Elle est de nature à amoindrir l'autorité de ses décisions ; et si le tarif actuel, à l'expérience, n'a réussi à contenter personne, c'est à cette tare originelle qu'il le doit !

En effet, si les capacités pour la discussion, des patrons et des assureurs sont de tous points identiques, comme leurs intérêts, il n'en n'est pas de même de celles des ouvriers, des pharmaciens et des médecins, qu'on leur oppose. Pour la discussion des questions médicales et techniques, les ouvriers et même les pharmaciens ne peuvent être, pour les médecins, d'aucun secours ; et alors, 3 médecins sont en état d'infériorité manifeste pour discuter avec 5 assureurs et 2 représentants des patrons.

Pour que les travaux de la *Commission* aboutissent à des solutions équitables, acceptables pour tous, basées sur des arguments entraînant la conviction, au point de rendre inutiles les votes, il faut de toute nécessité que les explications sur les litiges médicaux se produisent entre un nombre égal de patrons et d'assureurs d'un côté, et de médecins de l'autre.

On devrait donc donner 4 représentants de plus aux *médecins*.

Cette mesure permettrait d'appeler à la *commission*, à côté des médecins de la capitale, des médecins de province, choisis spécialement dans les centres industriels et à la campagne.

Toutes les compétences médicales seraient ainsi représentées, comme le sont déjà toutes les compétences patronales, avec les délégués des chambres de commerce, des Sociétés anonymes d'assurances, des Sociétés mutuelles d'assurances et des Syndicats de garantie.

Alors que, devant la *Commission*, les discussions d'ordre médical pur priment, comme importance, toutes les autres, n'est-il pas surprenant de constater que deux places ayant été attribuées aux pharmaciens, on n'ait pas estimé nécessaire d'en réserver plus de trois aux médecins ? Si les délégués médecins peuvent donner des avis utiles au sujet d'une nomenclature des médicaments qu'ils sont appelés à prescrire, il est de toute évidence que les pharmaciens ne peuvent, en retour, discuter des questions de pratique médicale qu'ils ignorent totalement. Donc, l'augmentation du nombre des délégués médecins n'entraînerait pas celle des délégués pharmaciens.

En résumé : sur des questions divisant les responsables et les médecins, ces derniers seuls sont aptes à discuter avec les patrons et les assureurs ; si ces discussions pouvaient se produire largement, à nombre égal de contradicteurs, les solutions justes auraient plus de chances d'intervenir, le vrai rôle des pharmaciens et des ouvriers devrait se réduire, comme celui des délégués parlementaires, à départager, après complète discussion, les deux groupes ayant seuls des intérêts opposés : les responsables et les médecins.

L'irritation des médecins contre les *assureurs* est manifeste ; en accordant aux *médecins* la légitime satisfaction que nous réclamons, on entrerait, mieux que par n'importe quel moyen, dans la voie de l'apaisement.

Les injustices, consacrées par le tarif ministériel en vigueur, et tout particulièrement le mode de calcul de l'indemnité de déplacement, n'ont pas peu contribué à cet état de guerre perma-

nente. Nous sommes convaincus qu'en modifiant la composition de la *commission* de revision du tarif, on aboutirait à des remaniements équitables et acceptables pour tous. Dès lors, une paix honorable serait facile à conclure, et les *médecins* accepteraient sans arrière-pensée de limiter le taux de leurs honoraires à celui des articles du tarif.

Mais il faut, de toute nécessité, que l'écart entre les chiffres de ce tarif officiel et ceux du tarif ouvrier général ne soit pas considérable, et corresponde à la valeur réelle de la garantie de paiement, que les médecins trouvent plus certaine auprès des patrons et de leurs assureurs qu'auprès des ouvriers seuls. Demander plus aux médecins serait vouloir mettre à leur charge une partie des frais de la loi des accidents du travail ; personne au parlement n'a pu vouloir chercher un semblable résultat !

Si les légitimes revendications des médecins venaient à être méconnues, notre corporation entière serait amenée à faire usage des moyens de défense mis en pratique jusqu'à ce jour seulement par des groupes isolés.

Prenant texte de la circulaire ministérielle du 6 nov. 1905, qui précise d'une façon indiscutable les conditions d'application du tarif ministériel, les médecins, par l'intermédiaire de leurs Syndicats, revendiqueraient, contre les ouvriers, leur droit à un complément d'honoraires, les forçant ainsi à apprécier, à leurs dépens, l'insuffisante protection que leur accorde la loi.

Ou bien, se retournant contre les patrons, les médecins pourraient encore subordonner la délivrance des certificats et la continuation des soins (après les secours d'urgence) à la délivrance, par le patron, d'une demande de soins écrite et signée, corroborant le libre choix de l'ouvrier et rendant inapplicable le tarif ministériel.

La reconnaissance équitable des droits de notre corporation et le respect de ses intérêts légitimes peuvent seuls apaiser les difficultés actuelles et prévenir une ère de conflits encore plus regrettables.

Dr J. Lépine,
de Belleville-sur-Saône.

(Rédaction d'une communication orale faite le 21 nov. 1910 à M. le sous-chef de cabinet du Ministre du travail.)

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

Indemnité Maladie-accident, Retraites, Pensions aux Veuves.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE *(20 novembre 1910)*.

La séance est ouverte à dix heures sous la présidence de M. Maurat, *président*.

Prennent place au bureau : MM. Mignon, *secrétaire général* ; Gassot, *trésorier* ; Jeanne, *secrétaire des séances* ; Fleury, *actuaire* ; Jacquot et Delpeut, *contrôleurs* ; Darras, *contrôleur délégué de l'A. G.*

Le Président, après avoir constaté la grande activité et la prospérité de l'Amicale, donne la parole au trésorier pour la lecture de son rapport.

M. Gassot, trésorier, donne lecture de son rapport publié dans le numéro 46 du *Concours médical*. Il ajoute quelques explications :

Le versement à la Caisse des Pensions pour la Combinaison C figure pour 28.150 fr. 50, il n'aurait dû être que de 27.617 fr. 50 pour l'exercice 1909 ; les 533 fr. supplémentaires s'appliquent à l'exercice 1910.

D'autre part, le versement au compte de la combinaison D a été de 2.194 fr. 40, il était dû en plus 322 fr. 75 que vous trouverez en versement supplémentaire l'an prochain.

Enfin, et ceci pour répondre à une question posée par M. Delpeut, contrôleur, l'avoir de la combinaison A était, au 31 décembre 1909, de 125.727 fr. 48 et l'avoir de la combinaison B de 200.785 fr. 07.

Sur l'invitation du Président, M. Delpeut, donne lecture du rapport des contrôleurs :

Messieurs,

Vous venez d'entendre la lecture un peu aride du rapport de notre sympathique trésorier. Le contrôle de ses comptes a été effectué par nous en présence de M. le Dr Darras, trésorier général de l' A. G.

De l'examen des livres de caisse, du compte courant du trésorier à la Société générale et des récépissés des titres en dépôt, il résulte que toutes les opérations ont été effectuées de la manière la plus scrupuleuse et au mieux des intérêts de notre Association.

Les comptes sont absolument réguliers et la situation paraît des plus prospères.

En effet, l'actif des combinaisons A et B est de 326.512 fr. 55 non compris l'avoir de la caisse auxiliaire et celui de la combinaison D, le service de la combinaison C étant assuré par la Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

En conséquence, nous vous proposons d'approuver définitivement les comptes de l'exercice 1909.

Dr Delpeut. Dr Jacquot.

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix l'approbation de ces comptes qui est adoptée à l'unanimité. Des félicitations sont votées au Trésorier.

Le Président donne à nouveau la parole au trésorier pour l'exposé de la situation actuelle.

M. le Dr Gassot, reprend :

Comptes provisoires de 1910.

Je dois maintenant, Messieurs, vous dire quelle est notre situation actuelle. Au 10 novembre 1910, l'Amicale compte 1585 membres, sur lesquels 163 sont inscrits à la Combinaison C et 21 à la Combinaison A.

Nous avons admis 120 nouveaux membres et réadmis 2 anciens membres qui sont revenus en temps utile sur une démission donnée trop hâtivement.

Recettes.

Les recettes des dix premiers mois de l'année 1910 se sont élevées à 165.032 fr. 41, savoir :

Cotisations		153.506 40
Intérêts		9.396 14
Recouvrements et rappels		1.425 45
Dons		68 »
Remboursements de valeurs		490 92
Remboursement à la Caisse Auxiliaire		145 50
Total		165.032 41

Dépenses.

Les dépenses, par contre, se sont élevées à 109.475 francs 55, savoir :

Poste	456 35	
Timbres-quittances	302.80	
Recouvrements et rapports	387.55	
Trésorerie	87 15	
Frais de bureau	2.400 »	
Frais de déplacements	25 »	
Matériel	15 40	
Impressions	463 50	4.137 75
Indemnités maladie		70.095 50
		74.233 25
Pour ordre.		
Versements par la Caisse auxiliaire	122 »	
Frais spéciaux de propagande	160 »	282 »»
Remboursement par la combinaison C		185 »»
Ristournes	532 25	
Versements à la Combinaison C	32.082 50	
Versements à la combinaison D	2.160 55	34.775 30
		109.475 55

Les frais de propagande ont été pris sur les 500 francs dont vous aviez, l'an dernier, voté le prélèvement sur la Caisse auxiliaire.

Balance des comptes.

Si au total des recettes de l'exercice		165 032 41
On ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre dernier	33.860 70	
Moins ce qui était dû au trésorier	20.711 68	13.149 02
On trouve		178.181 43
Et si l'on déduit les dépenses		109.475 55
Il reste		68.705 88
Dont emploi :		
Achat de valeurs		18.234 50
Espèces à la Société générale	50.508 26	
Moins dû au trésorier	36 88	50.471 38
Total égal		68.705 88

A cette époque de l'année, je ne puis vous donner les comptes des diverses combinaisons ; il vous suffira de savoir que notre œuvre reste toujours dans une excellente situation et que nous pouvons attendre avec confiance l'inventaire général de 1912.

(*Applaudissements.*)

Le Président donne la parole au secrétaire général.

M. Mignon, *secrétaire général,* rappelle son rapport qui a été publié au numéro 46 du *Concours.* Il y ajoute quelques commentaires et aborde le cas du Dr J..... auquel il a fait allusion à la fin de son rapport annuel.

M. le Président Maurat propose de se former en Comité secret pour discuter la question (*Adopté*).

L'Assemblée générale décide qu'il ne peut être transgressé aux dispositions statutaires : le Dr J. reste dans les conditions prévues à l'article 12 des statuts. Mais, prenant en considération la situation du Dr J., après avis donné par le délégué de la Dordogne, elle décide qu'une allocation de 500 francs une fois donnée lui sera versée sur les fonds de la Caisse auxiliaire.

M. le Président Maurat demande à l'Assemblée de vouloir bien désigner un contrôleur en remplacement de M. le Dr Jacquot.

L'Assemblée nomme M. le Dr Barada, de Betz (Oise).

Les contrôleurs pour l'année 1910-1911 seront donc MM. Delpeut et Barada.

Sur la proposition du Président, l'Assemblée générale, prenant en considération l'augmentation toujours croissante des travaux du secrétaire général et du trésorier et en particulier le travail complémentaire que va nécessiter la préparation de l'inventaire de fin 1911, décide que les indemnités annuelles, accordées au secrétaire général et au trésorier, seront augmentées chacune de 600 francs.

M. Delpeut demande au Conseil d'administration et à l'actuaire de vouloir bien étudier la possibilité d'une amélioration sensible du sort des membres malades de l'Amicale.

Il expose qu'après les soixante jours d'indemnité pleine à dix francs, l'associé, qui n'est pas guéri, voit tomber brusquement son indemnité à cent francs par mois, soit 3 fr. 33 par jour. Ce saut est vraiment trop brusque pour des sociétaires parfois très intéressants, ayant d'autant plus besoin de secours qu'ils sont plus longtemps malades.

M. Delpeut voudrait que, pendant le troisième et le quatrième mois de la maladie, l'indemnité quotidienne fût portée à cinq francs, et cela sans augmentation de la cotisation. L'augmentation des dépenses ne serait pas énorme et pourtant le supplément d'indemnité serait appréciable à l'heure actuelle où l'on assiste au renchérissement de toutes les choses nécessaires à l'existence.

Si cette proposition ne pouvait recevoir satisfaction, il demanderait que tout sociétaire, ayant plus de quatre mois de maladie dans une année, fût exempt de cotisation pour l'année suivante.

M. Maurat, *président,* rappelle qu'une proposi-

tion du même genre avait été faite par M. le Dr Lande et que l'examen en avait été renvoyé après le prochain inventaire. Il demande que la même décision soit prise pour la proposition Delpeut, les questions de ce genre ne pouvant être résolues par des considérations sentimentales, mais par des chiffres, et ces chiffres ne pouvant être donnés que par l'actuaire d'après les résultats de son inventaire. (*Adopté.*)

M. le Président Maurat rappelle que le Conseil d'administration est en entier soumis à la réélection.

Sur la réponse affirmative donnée à un membre qui demande si les membres sortants sont rééligibles, l'Assemblée générale, par acclamations unanimes, renomme pour cinq années :

Président : M. le Dr Maurat ;
Vice-président : M. le Dr H. Cézilly ;
Secrétaire général : M. le Dr Mignon ;
Trésorier : M. le Dr Gassot ;
Secrétaire des séances : M. le Dr Jeanne.

Sur la proposition du Président et pour assurer les services au cas d'empêchement des titulaires, l'Assemblée générale désigne comme secrétaire général adjoint M. le Dr Boudin et comme trésorier-adjoint M. le Dr L. Gassot.

Aucune autre question n'étant plus à l'ordre du jour et aucun membre ne demandant la parole, la séance est levée.

Le secrétaire, H. JEANNE. — *Le Président*, A. MAURAT.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE
DES MÉDECINS FRANÇAIS

Assemblée générale du 20 novembre 1910.

La séance est ouverte dans les salons Marguery à onze heures du matin, sous la présidence de M. le Dr Lande, assisté de MM. Gassot, Delefosse, Fleury, Verdalle.

Le procès-verbal de l'assemblée précédente est adopté sans observations.

Le Président Lande rappelle que les rapports du secrétaire général et du trésorier ont été publiés dans le numéro du *Concours médical* paru la semaine précédente ; il demande toutes observations à ce sujet.

Personne ne réclamant la parole, lecture est donnée du rapport des censeurs par M. le Dr Lugeol, leur président. Ce rapport conclut à l'approbation des comptes publiés par le trésorier Verdalle, et au vote de chaleureux remerciements à ce dernier. Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

L'assemblée ratifie les propositions de retraite établies comme il suit par le Comité directeur et s'ajoutant aux anciennes :

MM. les Drs G. 800 fr. ; D. 800 ; L. 800 ; C. 800 ; B. 800 ; P. 800 ; J. 800 ; C. 800 ; P. 800 ; G. 1.200 ; H. 674 fr. ; G. 798 ; R. 400 ; R. 260.

Mme C. 800 ; Mme V. 241 fr. 50.

Soit 17 nouveaux pensionnés pour un total de 11.973 fr. 50.

L'assemblée constate ensuite, sur les indications de MM. Delefosse et Verdalle, que le recrutement des membres a été de 30 pendant l'exercice écoulé, la plupart étant entrés par la combinaison C de l'Amicale.

M. le Trésorier communique la situation de la Caisse au 1er novembre 1910.

Recettes.

Caisse au 1er janvier 1910	51.234 14
Cotisations encaissées en 1910	73.965 60
Intérêts de valeurs du portefeuille	26.705 50
Remboursement et amortissement des valeurs	6.471 47
Intérêt des fonds en dépôt	398 15
Total des recettes	158.774 86

Dépenses.

Paiement des retraites			36.852 »
Frais généraux			191 15
Frais aux banques			544 20
Achat des valeurs :			
25 oblig. Ouest nouvelles	11.100	»	
50 oblig. Ouest nouvelles	21.700	»	
25 oblig. Ouest nouvelles	10 900	»	
25 oblig. Ouest nouvelles	10.750	»	
1 oblig. Paris-Orléans	436	»	
1 oblig. Banque hypoth. 1881	428	»	
2 oblig. Banque hypoth. 1880	1.174	»	
150 fr. de rente 3 % amortissable	4.855	15	
25 oblig. Ouest nouvelles	10.830	15	72.173 30
Total des dépenses			109.760 65
En caisse au 1er novembre 1910			49.014 21
Egal			158.774 86

M. Fleury, actuaire, fait connaître, par rapport verbal, les observations que lui a suggérées l'inventaire de la Société.

Un échange de vues s'établit à ce sujet entre MM. Lande, Delefosse, Gassot, Fleury, Lepage, Verdalle, Pontet (de Rives), Nimier (de Saint-Brieuc), Jeanne, etc. Différents points sont ainsi examinés pour être soumis aux études du Conseil au cours de l'année prochaine, notamment ceux-ci : avantages et inconvénients du régime de l'approbation par répercussion sur le revenu du portefeuille ; frais d'administration prévus seulement pour les entrants par la combinaison C ; mode de subvention de l'A. G. ; différence de régime, devant la loi mutuelle, de la combinaison C et des autres combinaisons de la Caisse, etc.

Le Président lève la séance à midi et demi en promettant que toutes ces modifications vont être examinées avec les Conseils de l'A. G. et de l'Amicale.

L'assemblée renouvelle les pouvoirs de MM. Maurat et Jeanne pour assister le trésorier dans les formalités à remplir pour les remboursements de valeurs et versements de fonds.

Réélection : des membres sortants du comité directeur pour cinq ans, MM. Lande, Jeanne et Delefosse,

Des membres sortants du Comité des censeurs pour trois ans : M. Baronnet, Hiblot, Barada.

Le secrétaire général, Dr Delefosse. *Le Président.* Dr Lande.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le Professeur A. Robin.

Traitement de la fièvre typhoïde.

Il y a deux ans environ, j'ai fait dans cet amphithéâtre une série de leçons sur le traitement de la fièvre typhoïde. J'ai eu en vue, à ce moment, le traitement fondamental de la maladie. Mais il est des cas — des cas graves — où le traitement en question subit de telles modifications qu'il disparaît en partie devant l'urgence des complications. Je désire précisément aujourd'hui vous parler de 4 cas de ce genre, de l'un d'eux particulièrement, et vous montrer comment, en pareilles circonstances, vous pourrez diriger votre tactique thérapeutique, qui est l'art de modifier un traitement devant l'entrée en scène d'une complication menaçante.

Notre première malade est une ménagère de 27 ans, reçue dans le service au 20e jour de sa maladie. C'est une pauvre femme épuisée par le travail et la misère, qui contracta une fièvre typhoïde dans ces tristes conditions. Au moment de son admission, elle était en pleine stupeur. Son facies avait mauvais aspect, l'œil était éteint, la langue fuligineuse, sèche. La diarrhée était énorme, dix garde-robes abondantes et fétides par 24 heures. On trouvait une grosse rate, du gargouillement dans la fosse iliaque et un grand ballonnement du ventre. Il y avait de la dyspnée, 42 respirations à la minute, des sibilances partout dans la poitrine, un cœur sourd, un pouls à 140, mou, faible, une température à 40°, des urines rares : 250 gr. à 300 gr. par 24 heures.

Dans cet ensemble, tout paraissait atteint, sans prédominance particulière. Nous avons commencé par appliquer le traitement fondamental, dont je vous rappelle les bases : 1° soutenir la résistance de l'organisme ; 2° favoriser l'évolution des produits désintégrés ; 3° éliminer les déchets et les toxines. L'ordonnance type suivante répond à ces trois indications :

1° Bien aérer la chambre. Ne pas surcharger le lit de couvertures. Changer le malade de position de temps en temps.

2° Pratiquer une antisepsie soigneuse de la bouche et du pharynx.

3° Donner par jour 1 litre 1/2 de lait écrémé, 1/2 litre de bouillon, et compléter, pour arriver à 3 à 4 litres de liquide, par de la limonade, du vieux vin rouge coupé d'eau, du café, des eaux minérales.

4° Matin et soir, administrer un grand lavement avec 3/4 de litre d'eau bouillie additionnée d'une cuillerée à soupe d'eau de Labarraque (elle agit par ses propriétés antiseptiques).

5° Matin et soir, faire prendre un cachet de 0 gr. 25 de bichlorhydrate de quinine (à titre de tonique).

6° Donner dans les 24 heures, par cuillerées à soupe, une potion contenant 4 grammes d'extrait de quinquina et 2 gr. de benzoate de soude.

7° Si la diarrhée fait défaut, administrer un purgatif salin, le sulfate de soude, qui a l'avantage de purger sans diminuer les urines. Comme il n'est pas antiseptique par lui-même, on lui procurera cette propriété en lui adjoignant une petite quantité de sulfate de soude cristallisé dans l'eau oxygénée. Le sulfate de soude cristallisé dans l'eau oxygénée perd son eau de combinaison et fixe l'oxygène. C'est donc un produit chargé en eau oxygénée qui dégage son oxygène dans l'intestin. On prescrira 25 gr. de sulfate de soude ordinaire et 5 à 10 gr. de sulfate de soude cristallisé dans l'eau oxygénée.

8° Ausculter la poitrine, et, s'il y a des râles de stase, appliquer des ventouses sèches.

9° Ausculter régulièrement le cœur, et, si le cœur fléchit, faire prendre de la spartéine à petites doses, 0 gr. 10 centigr. dans 150 gr. d'eau, une cuillerée toutes les heures, de façon à obtenir une stimulation cardiaque lente et continue.

10° Donner systématiquement les bains froids.

Tel fut le traitement que nous avons commencé à mettre en œuvre chez notre malade. A partir de ce moment, son affection a traversé successivement cinq périodes.

La première période va du 20e au 24e jour. On note d'abord une légère détente thermique (38°5 et 39° au lieu de 40°), une diminution de la dyspnée (28 respirations au lieu de 42), un pouls moins fréquent mais petit et dépressible. Les urines sont plus rares très albumineuses, ce qui, avec la mollesse du pouls, constitue des indices de mauvais augure.

Dans la deuxième période, surviennent des accidents graves, des hémorrhagies intestinales et une ébauche de myocardite. Le 24e jour, le pouls fléchit encore et devient filant. La diarrhée est énorme : la malade essaye de se défendre contre son intoxication profonde par cette abondante diarrhée éliminatoire. On donne un premier, puis un second bain, plus frais, à 25° au lieu de 28°. Les bains sont indiqués par le délire, la diminution de la diurèse, malgré l'ébauche de myocardite. Malheureusement, aussitôt après le

second bain, survient une hémorrhagie intestinale. Nous supprimons les bains, ayant, réunies, les deux contre-indications de la balnéation : la myocardite et l'hémorrhagie intestinale. En pareille circonstance, on doit tout abandonner pour se concentrer sur le danger du moment : l'hémorrhagie intestinale. Comment la combattre ? Nous prescrivons deux potions, l'une à l'ergotine et à l'acide gallique, l'autre au chlorure de calcium :

Ergotine	4 gr.
Acide gallique	0 gr. 50
Sirop de térébenthine	30 gr.
Eau	120 gr.

donner une cuillerée toutes les heures, à l'heure.

Chlorure de calcium	4 gr.
Sirop d'opium	30 gr.
Eau distillée	120 gr.

donner une cuillerée toutes les heures, à la demie.

Nous y ajoutons de la glace sur le ventre, le repos absolu, et de la spartéine pour lutter contre l'ébauche de myocardite.

Le lendemain, 25e jour de la maladie, la situation s'aggrave. Il y a trois nouvelles hémorrhagies, le pouls est à 120, la température à 40° le soir. Le délire est continuel, la congestion pulmonaire exagérée, le cœur plus faible. Mais dans cet ensemble, le fait dominant est l'hémorrhagie. Aux deux potions hémostatiques, à la glace sur le ventre, j'ai superposé un autre traitement que je n'emploie pas en général dans la fièvre typhoïde : les injections de ferments métalliques. Je m'y suis adressé parce que ce traitement jouit de la propriété — j'ignore pourquoi — d'arrêter les hémorrhagies. J'y ajoutai les lavements gélatineux, 25 gr. de gélatine et 7 gr. 50 de chlorure de sodium par litre d'eau.

Le jour suivant, plus d'hémorrhagies. La température reste élevée, l'abdomen est tendu, douloureux et nous nous demandons s'il ne se produit pas une péritonite par perforation. On cesse les ferments.

Nous arrivons à la troisième période, qui va du 28e au 35e jour. Elle est plus grave encore que la précédente. La myocardite devient manifeste. Il y a de la congestion pulmonaire et les urines, qui s'étaient élevées un peu, retombent à 500 gr. Nous avons de la *myocardite* avec congestion pulmonaire. C'est là où il faut viser. Nous laissons le reste. On applique 20 ventouses sèches sur la poitrine. Tout en maintenant la glace sur l'abdomen, on en place sur la région précordiale. On donne la digitale :

Poudre de feuilles de digitale	0 gr. 60

infuser une demi-heure dans 150 gr. d'eau bouillante, filtrer et ajouter 2 gr. d'acétate de potasse, 4 gr. d'ergotine, et 30 gr. de sirop des cinq racines, pour une potion. La digitale renforce le cœur, l'ergotine l'aide comme vaso-constricteur.

Du 28e au 37e jour, c'est une lutte de tous les instants. Le pouls est arythmique, incomptable. La face est cyanosée, les mains violettes. Nous luttions contre la myocardite. Nous luttions contre la bronchite avec les ventouses, le benzoate de soude. Nous luttions contre l'adynamie avec l'alcool, le champagne, le quinquina, l'huile camphrée.

Sous cette influence, les accidents s'amendent et alors commence la quatrième période. Nous étions maîtres des hémorragies intestinales et de la myocardite. Cette 4e période est caractérisée par un changement complet. C'est l'adynamie qui domine avec un incident : une otite double suppurée. Le 37e jour, tout semblait aller très bien. Le lendemain, la température remonte à 39°. Nous interrogeons la surveillante qui nous répond que la diarrhée a cessé depuis deux jours et que la malade est constipée. On administre du sulfate de soude et il se produit aussitôt une détente complète. On peut considérer la partie comme gagnée. Le phénomène dominant étant l'adynamie, nous supprimons tout : on augmente le lait, on donne du café, de la strychnine, à la dose de 3 milligrammes par 24 heures.

Le 39e jour, apparaît une complication, l'otite double suppurée. Comme en pareil cas, l'otite suppure toujours, on ne doit pas hésiter à pratiquer la perforation du tympan.

Nous arrivons au 42e jour. Une seule chose laisse à désirer : l'absence de polyurie. Vous savez que, pendant la convalescence, la quantité d'urine augmente. Les médicaments que nous avions donnés étaient jusque-là des coups de fouet. Nous avions à reconstituer cet organisme. Encore ici, il convenait de faire fléchir le principe général d'après lequel l'alimentation ne doit être reprise dans la fièvre typhoïde qu'une fois la température tombée depuis plusieurs jours. Je donnai des potages. Dès le lendemain, il y eut 2.250 gr. d'urine, débâcle urinaire déclanchée par cette alimentation qui aurait été prématurée dans d'autres circonstances. Dès le lendemain, la langue était humide.

Nous sommes, ensuite, revenus au cœur, encore faible, avec la potion de digitale et ergotine. Aujourd'hui, au 64e jour de la maladie, on peut dire que la guérison est accomplie.

La fièvre typhoïde est terminée, mais la thérapeutique n'a pas fini son rôle. Reste à reconstituer les fibres altérées du myocarde. C'est la 5e période, très importante, elle aussi.

L'alimentation nous fournira des éléments de reconstitution du cœur. Nous donnerons une alimentation plus abondante que d'ordinaire, largement azotée et contenant des sels de potasse. La potasse forme le sol des muscles et du muscle cardiaque en particulier. On prescrira la viande,

les œufs, de petites doses de tartrate neutre de potasse, 2 grammes par jour, 1 gr. avant chaque repas dans un peu d'eau. On ordonnera, pour stimuler le système nerveux, 1 cachet de 0 gr. 50 de glycérophosphate de chaux, deux fois par jour. Y joindre l'hygiène, le grand air, les frictions stimulantes, les affusions fraîches. J'y ajouterai dans quelques jours la strychnine. Bien qu'il y ait diminution énorme de la tension artérielle, je me garderai de recourir aux vaso-constricteurs qui imposeraient au cœur une fatigue et un travail plus considérables.

Dans cette lutte, nous avons été aidés par la malade elle-même. Il est intéressant de savoir les moyens que l'organisme met en œuvre. La malade a conservé de l'aptitude à se nourrir. Elle a pris des quantités notables de lait et de bouillon. Le bouillon, qui n'a pas eu une bonne presse, est un des meilleurs reconstituants organiques. L'hémorrhagie intestinale a été aussi un mode de défense. Elle est favorable, à condition de ne pas atteindre des proportions trop grandes. Elle active les combustions des produits toxiques et elle les élimine. On voit après une hémorrhagie l'oxygène consommé augmenter. La malade s'est aidée par autre chose encore : son énorme diarrhée. Le jour où elle s'est arrêtée, la température est remontée, pour retomber après un purgatif.

Le médecin doit surveiller cet effort naturel. Il doit être le ministre et l'interprète de la nature. Obéir à la nature, a-t-on dit, c'est se donner la force de lui commander.

Je n'insisterai pas sur l'histoire de nos trois autres malades. Elle est analogue. Chez l'un d'eux, la myocardite débuta par une excitation cardiaque que je calmai avec du bromure. Chez un autre, la diarrhée ayant pris des proportions considérables, craignant qu'elle n'épuise le patient, je me laissai aller à l'arrêter. Immédiatement, la température remonta à 39°8, s'y maintint jusqu'à l'administration d'un purgatif. Donc, à moins de circonstances exceptionnelles, quelle que soit l'intensité de la diarrhée, quand il y a myocardite, ne l'arrêtez pas.

Je termine ces observations par les conclusions suivantes :

1° Quelle que grave que soit une fièvre typhoïde, il ne faut jamais désespérer. On doit lutter jusqu'au bout et assez souvent le médecin sort victorieux de cette lutte.

2° Il ne faut pas traiter et arrêter un symptôme qui peut être l'expression d'un effort naturel, surtout s'il y a de graves complications.

3° Quelle que soit la médication et son succès, vous devez la cesser quand les complications contre lesquelles elle est dirigée ont elles-mêmes cessé, car presque toujours elle va à l'encontre de la maladie.

4° Il ne faut jamais craindre de recourir à une médication opposée à celle que vous venez d'employer quand c'est nécessaire. On doit adapter la thérapeutique aux indications du moment.

5° Quand vous aurez à traiter une fièvre typhoïde grave, exercez une surveillance continue et ne craignez pas de faire à votre malade deux et trois visites par jour, pour parer, si possible, à toutes éventualités.

(*Leçon recueillie par* le Dr P. Lacroix.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Sérothérapie et Tuberculinothérapie contre la Tuberculose

A l'une des dernières séances de la Société du IXe arrondissement de Paris, M. le Dr Camille Savoire a communiqué les résultats encourageants, qu'il a obtenus au dispensaire antituberculeux de Beaujon, au moyen des sérums anti-bacillaires et de la tuberculinothérapie.

« Les sérums qui comptent à leur actif le plus grand nombre d'expériences cliniques sont les sérums de Maragliano et de Marmorek et grâce à leur emploi de remarquables résultats ont été obtenus dans les tuberculoses aiguës, tuberculose pneumonique, typhobacillose, méningite tuberculeuse, dans les poussées aiguës, au cours d'une affection chronique (broncho-pneumonie tuberculeuse), dans les tuberculoses locales (lupus, tumeurs blanches, tuberculoses ganglionnaires).

Les sérums agissent surtout sur les phénomènes aigus et on doit en réserver l'emploi aux formes tuberculeuses à température élevée, avec poussées congestives ou aux lésions locales pouvant être traitées localement. Ce ne sont d'ailleurs que des adjuvants agissant sur certains symptômes.

Dans les formes aiguës ou subaiguës, on emploie la sérothérapie pendant trois semaines et si, au bout de ce temps, aucune influence favorable ne s'est manifestée, si en particulier, la température et les phénomènes congestifs ne se sont pas modifiés, on en cesse l'emploi ; dans le cas contraire, on prolonge le traitement jusqu'à ce que la température vespérale se maintienne au-dessous de 38° et que les poussées congestives aient disparu.

Il est bon d'être prévenu que l'administration des sérums antituberculeux provoque presque aussitôt des phénomènes très alarmants, dyspnée, toux saccadée, palpitations, réactions congestives, mouvements convulsifs même, sueurs profuses, adynamie ; mais, heureusement, tout rentre dans l'ordre assez rapidement.

Les accidents que l'on observe avec l'emploi en injections sous-cutanées du sérum de Marmoreck se bornent à des boules d'œdème douloureux, survenant tardivement, au niveau des piqûres anciennes, à l'occasion d'une nouvelle

injection, des éruptions, un prurit plus ou moins intense.

Ces divers accidents ont été évités dans l'emploi du sérum de Vallée par une double chauffe à 50°, qui ne détruit pas, mais diminue légèrement l'activité de ce sérum, tout en détruisant l'action anaphylactique.

L'administration au malade du chlorure de calcium à la dose de 1 ou 2 grammes par jour permet également d'éviter ces accidents.

Enfin, l'administration des sérums antituberculeux par voie *rectale* supprime tout à fait la possibilité d'accidents anaphylactiques.

C'est à de dernier procédé que M. Savoire a recours pour le sérum de Marmoreck, injectant quotidiennement au-dessus de l'ampoule rectale préalablement débarrassée par un lavement évacuant, 10 à 20 cc. de sérum de Marmoreck. Il a fréquemment alterné l'emploi en injections rectales du sérum de Marmoreck avec l'emploi en injections sous-cutanées, à la dose de 10 à 20 cc., du sérum de Vallée et cette pratique lui a donné d'excellents résultats dans un cas de tuberculose aiguë à forme pneumonique devenue presque apyrétique après trois semaines de traitement ; — dans un cas de poussée aiguë, chez un tuberculeux diabétique rendu également apyrétique ; — dans deux cas de poussées aiguës hyperfébriles chez des cavitaires, dont on a pu régulariser la température suffisamment pour instituer une médication à la tuberculine.

En injection intra-rachidienne, le sérum de Marmoreck donne de bons résultats contre la méningite tuberculeuse.

La tuberculinothérapie ou médication par les tuberculines est un procédé d'immunisation active contre les produits du bacille de Koch.

On désigne sous le nom générique de tuberculines un ensemble de produits constitués par les cultures de bacille de Kock, filtrées après avoir été plus ou moins concentrées à froid ou à chaud, non additionnées ou non d'extrait des corps bacillaires, précipitées ou non par des substances diverses.

Cette définition indique que le nombre des tuberculines doit être assez considérable ; aussi nous contenterons-nous de citer ici les principales.

Tuberculine de Koch, tuberculine de Denys, de Louvain, tuberculine de Jacob, tuberculine de Beraneck, tuberculine de Carc Spengler, de Calmette, de l'Institut Pasteur, tuberculine de Klebs, tuberculine de Maréchal, etc.

Toutes ces tuberculines produisent de la rougeur au point d'inoculation, des phénomènes hyperthermiques (41°), de la tachycardie, des vomissements, de la diarrhée, des troubles nerveux et urinaires.

Elles provoquent, de plus, une vive réaction sur les foyers tuberculeux. Cette réaction, qui présente une grande importance au point de vue du résultat thérapeutique, varie également avec les doses employées et la sensibilité personnelle du sujet. Elle se produit d'ordinaire 5 à 6 heures après l'inoculation et se prolonge souvent pendant 3 à 6 et même 8 jours, se manifestant par une sensation de pesanteur, de piqûre, de blessure au niveau des lésions, une augmentation de la toux et de l'expectoration, qui devient souvent bacillaire lorsqu'elle ne l'était pas, et plus riche en bacilles, lorsqu'elle en renfermait ; l'apparition d'hémoptysies d'abondance variable allant de quelques filets sanguins mélangés aux crachats, au vomissement de sang. Loin d'être d'un mauvais indice, ces hémoptysies constituent un symptôme réactionnel favorable, mais doivent, néanmoins, être évitées par la modération des doses employées.

M. Savoire résume ensuite, en quelques lignes, les règles générales de sa pratique personnelle.

La dose initiale doit être déterminée par un examen attentif du malade, et elle varie avec chaque cas particulier et dans la pratique courante, de 1/100 à 1/250 de milligramme. En principe, on peut injecter dans le derme, suivant la méthode de Mantoux, une goutte de solution correspondant à la dose que l'on se propose d'employer pour le début du traitement et on l'accepte comme satisfaisante si elle donne une réaction suffisante (rougeur de la peau) ; suivant l'activité de la réaction, on diminue ou on augmente le titre de la solution et quand on a ainsi fixé la dose initiale, on commence le traitement.

On emploie la tuberculine de l'Institut Pasteur de Lille ou tuberculine de Calmette livrée en ampoules et dont on injecte tous les 12 *jours* des doses croissant habituellement comme suit : 1, 2, 5, 8, 10, 20, 50, 80, 100, 200, 500, 800, 1.000, 1.300, 1.500, 2.000. On dépasse rarement cette dose correspondant à 2.000 fois la dose initiale, mais on la maintient jusqu'à guérison.

Ces injections sont faites dans les masses musculaires sus épineuses au moyen d'une seringue en cristal et d'une aiguille en platine. Les doses indiquées s'appliquent aux cas classiques, mais elles doivent être surveillées et contrôlées par un examen du malade, fait avant l'injection et pendant les jours qui suivent, et comportent la mesure de la température et l'auscultation.

On fait prendre la température rectale, la veille du jour où l'on fait l'injection, à l'heure où cette dernière doit être faite et ensuite toutes les deux heures, puis on procède de même après l'injection pendant quarante-huit heures, et si l'on observe sous l'influence de l'injection une augmentation de la température habituelle de 5/10 de degré survenant dans les quarante-huit heures, on maintient la dose injectée sans l'augmenter et on la diminue si l'élévation de température est supérieure à 1°. Il en est de même si, en dehors de toute élévation de température, on observe une réaction locale caractérisée par une extension notable des râles ou l'apparition de souffles.

Si la réaction locale n'est pas terminée depuis soixante-douze heures au moins, lorsque l'on se propose de faire l'injection suivante, on différe cette dernière.

Enfin, l'apparition d'une grippe, ou d'hémorrhagies, ou d'une affection aiguë fait suspendre

le traitement ; on ne dépassera jamais la dose de 1 milligramme de tuberculine, et on prolonge le traitement trois mois après disparition des signes chroniques de tuberculose active (examens bactériologiques compris).

Ces règles permettent d'éviter les accidents observés dans le traitement tuberculinique, et l'on peut les résumer ainsi :

« Etablir la progression des doses de façon à éviter *toute réaction générale* et à n'obtenir qu'une réaction locale très légère, *sans extension* des signes d'auscultation. »

Pour terminer, voici les conclusions de M. Savoire :

Les sérums antituberculeux sont, pour la plupart, des dilutions étendues de tuberculine et agissent comme telles, sauf ceux de Marmoreck et de Vallée qui, tout en ne réalisant pas l'immunisation passive d'une façon absolue, permettent de traiter les formes aiguës et subaiguës dans lesquelles les malades sont plus intoxiqués que lésés. Celui de Marmoreck sera utilement employé contre les poussées aiguës au cours d'une affection torpide ou contre les tuberculoses locales (méningite, tumeur blanche, tuberculose ganglionnaire). Il permettra également de préparer certains malades fébricitants à supporter la cure tuberculinique.

Parmi les agents thérapeutiques d'origine spécifique, les diverses tuberculines paraissent constituer la médication la plus active dont nous disposons contre la tuberculose, mais cette médication doit être très *prudemment administrée*, sévèrement surveillée et réservée aux malades qui ne peuvent être soumis à la médication hygiéno-diététique, ou qui n'ont pas été améliorés par cette méthode dont elle n'est *qu'un adjuvant*. Elle ne devra être appliquée aux malades dont les lésions sont étendues ou non complètement apyrétiques qu'avec une grande circonspection.

L'association de la médication sérothérapique à la médication tuberculinique en faisant succéder la seconde à la première, dès que les phénomènes aigus et la température ont cédé depuis deux semaines au moins, a permis d'appliquer avec succès la tuberculinothérapie chez des tuberculeux dont les lésions étendues ou actives semblaient au premier abord contre-indiquer cette médication.

Un nouveau traitement du Tabès.

M. le Dr Jaworski a fait au *Congrès de médecine* une communication sur un *nouveau traitement du tabès*. Ce nouveau traitement, préconisé par Denslow, est basé sur cette idée que le tabès est peut-être dû à une irritation périphérique susceptible, en raison de sa permanence, d'épuiser les racines postérieures et d'arriver à provoquer des lésions tabétiques, grâce à la tare syphilitique. La source de l'irritation serait, la plupart du temps, une altération chronique de l'urèthre. Le Dr Denslow conseille, en conséquence, d'agir sur les lésions uréthrales par une *dilatation lente et graduelle du canal*, des applications topiques, etc. Ce traitement aurait, dit M. Jaworski, une action heureuse sur le plus grand nombre de troubles tabétiques et donnerait une guérison clinique de la maladie.

A propos de l'ibogaïne.

Le propre des médicaments de réelle et heureuse efficacité est de susciter, sans retard, des imitations et des contrefaçons qui escomptent, pour réussir à se faufiler dans les officines, une confusion d'origine et une similitude de terminologie. L'ibogaïne n'a pas échappé à la loi de la concurrence douteuse. Dès que ses propriétés éminemment réparatrices, stimulantes, toniflantes, ont été bien connues et affirmées par des succès nombreux et réitérés, il s'est trouvé des préparateurs peu consciencieux qui n'ont pas craint d'essayer de substituer d'autres produits ayant sensiblement le même aspect, extraits quelquefois même de plantes d'Afrique comme l'ouaba, l'yohimbiu, par exemple, mais en différant totalement au point de vue physiologique. On a même tenté d'introduire aux lieu et place de l'ibogaïne, des alcaloïdes mal connus, qui ont produit certains accidents toxiques un peu comparables à ceux de la strychnine, et qui, par suite, sont d'un maniement redoutable. Et cela à cause de la difficulté qu'on a à se procurer de l'iboga dont le prix est élevé.

Afin d'éviter de telles erreurs, il est nécessaire de prescrire du chlorhydrate d'ibogaïne sous la forme de dragées Nyrdahl, dont la formule constante et l'heureuse composition sont dues au Dr Landrin et qui sont les seuls produits authentiques ayant fait l'objet d'expériences à la Faculté de médecine et dans les hôpitaux de Paris. Ces dragées, qui sont utiles dans tous les états d'asthénie, et particulièrement dans la neurasthénie post-grippale, se prescrivent à la dose de 2 à 6 par jour.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Une nouvelle préparation d'opium : le pantopon. — Traitement de la sciatique. — Inversion du réflexe du radius.

M. Pouchet signale à l'*Académie de médecine* les travaux de M. le Professeur Sahli (de Berne) relatifs à une nouvelle préparation d'opium, le *pantopon*, substance qui offre l'avantage de contenir l'ensemble des alcaloïdes de l'opium sous une forme soluble et injectable, et réalise ainsi un désir bien des fois exprimé par les pharmacologues.

Le pantopon représente la totalité des principes actifs de l'opium. C'est une poudre cristalline gris-brun qui s'emploie aux doses de 1 à 2 centigrammes par voie d'injection hypodermique, 1 à 5 centigr. sous forme de pilules, et 5

à 8 centigr. en solution dans une potion de 300 gr. Les cristaux sont parfaitement solubles dans l'eau et fournissent une préparation colorée en jaune-brun.

L'action médicamenteuse de cet agent est distincte de celle de la morphine et de celle de l'extrait thébaïque. Avec lui on n'observe ni l'excitation, ni l'état nauséeux que provoque si fréquemment la morphine. Il est aussi plus énergique que l'opium, ce qui se conçoit aisément, une partie des principes actifs de l'opium brut restant à l'état insoluble dans l'extrait thébaïque ordinaire. Le pantopon réalise ce desideratum : l'emploi de l'opium total sous forme soluble, injectable.

— MM. Ramond, Deffins et Pinchon présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur la *valeur comparative des traitements locaux les plus usuels de la sciatique*.

Les auteurs ont traité, aux consultations de médecine de la Pitié et de Saint-Antoine, un grand nombre de sciatiques. Ils ont essayé tous les traitements habituels, le siphonage, les injections juxta-nerveuses, les injections épidurales de cocaïne et enfin l'injection sous-cutanée d'air stérilisé.

Le siphonage leur a donné, sur 20 sciatiques aiguës, 7 guérisons, 6 améliorations et 7 insuccès ; sur 3 sciatiques subaiguës ou chroniques datant au moins d'un mois, 1 amélioration et 2 insuccès.

Les injections juxta-nerveuses pratiquées au niveau de l'émergence dans la fesse du grand nerf sciatique, avec des solutions de salicylate de soude, d'antipyrine, de cocaïne, de sulfate de magnésie, leur ont donné, chez 7 malades atteints de sciatique aiguë, 4 guérisons, 2 améliorations et 1 insuccès seulement, et chez 2 malades atteints de sciatique chronique, 2 insuccès complets.

Les injections épidurales de cocaïne leur ont procuré : pour les doses de 0 gr. 02 centigr. de cocaïne, 2 succès et 3 insuccès dans 5 sciatiques récentes, et 3 insuccès dans 3 sciatiques chroniques ; pour les doses de 0 gr. 03 à 0 gr.05, 2 guérisons.

Le traitement qui a paru, à MM. Ramond, Deffins et Pinchon, être le plus intéressant, par sa simplicité et ses excellents résultats, est l'*injection hypodermique d'air stérilisé*. Pour ce traitement, point n'est besoin d'un outillage spécial : une aiguille de seringue de Pravaz, la soufflerie d'un thermocautère, un tube de verre contenant un peu d'ouate (pour filtrer l'air) suffisent. Il est bon de fixer à l'extrémité du tuyau de caoutchouc un petit ajutage qui permettra d'emmancher directement l'aiguille.

L'injection se pratique aux points où le malade accuse le maximum de douleur, par exemple — s'il s'agit d'une sciatique totale — à la fesse, à la partie moyenne de la cuisse et au mollet. La quantité d'air à injecter est d'environ deux tiers de litre en chaque point. On reconnaîtra que cette quantité est atteinte lorsque l'emphysème sous-cutané produit en un point aura rejoint l'emphysème voisin. L'air doit être poussé lentement, afin d'éviter toute douleur. L'injection est suivie d'une sensation d'engourdissement et d'une amélioration immédiate et constante qui peut être définitive.

Cette méthode n'est pas à l'abri d'inconvénients. Le plus fréquent est la généralisation de l'emphysème. Il ne saurait se produire si l'on se borne à injecter 2/3 de litre à chaque point. Plus grave serait l'embolie gazeuse, mais elle n'a jamais été signalée. Il est bon, cependant, pour la prévenir, d'aspirer pour voir s'il vient du sang ou d'injecter d'abord quelques centimètres cubes de sérum artificiel : s'il se forme une boule d'œdème, on peut être sûr que la pointe de l'aiguille plonge dans le tissu cellulaire sous-cutané et non dans une veine.

Les résultats ont été les suivants : sur 23 cas, 13 guérisons, 4 améliorations et 6 insuccès ; sur 10 cas ayant résisté à d'autres traitements, 2 guérisons, 4 améliorations et 4 insuccès.

Les auteurs concluent que chaque traitement a sa valeur et doit être tenté. L'injection d'air stérilisé paraît être une des médications les plus efficaces.

— M. Babinski fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur l'*inversion du réflexe du radius*.

A l'état normal, la percussion de l'extrémité inférieure du radius provoque ordinairement une simple flexion de l'avant-bras sur le bras. Quand les réflexes tendineux du membre supérieur sont forts, d'autres mouvements, en particulier la flexion des doigts, peuvent accompagner la flexion de l'avant-bras. C'est ce qui a lieu généralement dans l'hémiplégie d'origine cérébrale. Il peut se produire, dans certaines circonstances pathologiques, une sorte de transposition du réflexe normal, c'est-à-dire la flexion seule des doigts sous l'influence du choc radial. Cette inversion du réflexe du radius, M. Babinski l'a constatée chez des malades atteints de lésions de la moelle cervicale (syringomyélie, tumeur).

P. L.

Erratum. — Dans le compte rendu du Congrès d'Urologie (communication de M. Moran) paru au n° 47 du *Concours*, lire à la ligne sept : 18 cas au lieu de 8 cas.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Le Fer,

Par le Dr André Lombard.

Faisant partie intégrante de la molécule hémoglobine, véritable aliment du sang, le fer est un des médicaments les plus justement appréciés de la médecine populaire autant que des médecins eux-mêmes ; sans doute n'est-il pas le

spécifique de toutes les anémies, quoiqu'il joue souvent dans ces affections un rôle utile, mais il est bien celui de la chlorose. Contenu dans la viande, le jaune de l'œuf (un milligr.),les lentilles, les haricots, la chicorée, les choux verts, les épinards, le fer alimentaire suffit aux besoins de l'organisme ; mais, s'il y a déficit d'absorption ou d'utilisation, il convient de faire appel au fer médicamenteux. On discute pour savoir si l'apport de ce médicament favorise l'assimilation du fer alimentaire ou y supplée. Quel que soit l'avis des physiologistes à cet égard, les médecins emploient le fer parce qu'il augmente l'hémoglobine et parce qu'il joue le rôle d'oxydase et sert à transporter sur les tissus l'oxygène de l'air. C'est ainsi qu'à petites doses il excite la nutrition cellulaire, augmente les combustions intra-organiques. Ces phénomènes sont, chez certains sujets, assez accusés pour provoquer de l'insomnie, de la tachycardie, de l'angoisse précordiale. Ce médicament occasionne fréquemment des troubles digestifs se traduisant par de la gastralgie et de la constipation, et aussi des érythèmes prurigineux et de l'acné.

A un degré différent, toutes les anémies bénéficient de la médication martiale ; l'anémie post-hémorrhagique, aussi bien que celle qui succède à une convalescence longue, au rhumatisme, à la blennorrhagie ; aussi bien que celle qu'on observe chez les goutteux, les diabétiques, les saturnins, les rachitiques, les scrofuleux. Dans l'anémie palustre,on lui doit quelquefois préférer l'arsenic ; souvent aussi, dans l'anémie syphilitique ; il reste ici encore cependant un utile adjuvant du mercure et de l'arsenic. Mais c'est dans la chlorose que son emploi est nettement indiqué.

En raison des troubles digestifs qu'il occasionne parfois, on ne l'emploiera pas chez les dyspeptiques, et si les anémiques ou chlorotiques ont un système gastro-intestinal fonctionnant mal, on s'occupera d'abord de le soigner avant de prescrire la médication martiale. Il est mieux toléré par les hypopeptiques ou les apeptiques. On ne le donnera pas aux hyperchlorhydriques, mais on prescrira quelquefois l'acide chlorhydrique pour faciliter son absorption. En outre, les médicaments auxquels on l'associera auront pour but d'éviter ou de supprimer les fermentations gastro-intestinales, d'augmenter la motricité gastrique. Chez les malades atteints d'affections valvulaires, on s'en abstiendra ; de même chez les fébricitants ou les congestifs, chez les malades chez qui on soupçonne un ulcère gastrique. On ne l'emploiera pas non plus chez les tuberculeux ; il déterminerait une hémoptysie, comme j'en ai observé une foudroyante chez un tuberculeux cavitaire : j'avais prescrit du fer à une jeune femme qui le soignait et, comme celle-ci était frappée des bons résultats que produisait sur elle la médication, elle crut bon d'en faire bénéficier le malade à qui elle s'intéressait ; il en avait pris pendant six jours. Cependant, il est peut-être quelques formes de tuberculose ou d'anémie tuberculeuse tout à fait au début, qui sont heureusement influencées par le fer. Si les hémoptysies ou les hématémèses peuvent être provoquées ou ranimées par ce médicament, il n'en est pas moins vrai que le fer est indiqué après les hémorrhagies traumatiques ou dans les métrorrhagies dues à l'anémie de la malade. Ainsi le prescrira-t-on dans l'aménorrhée, la stérilité liée à la chlorose, aussi bien que pour diminuer l'abondance des règles qu'on observe parfois chez les jeunes filles.

Nous avons vu les aliments qui contiennent du fer ; avant de parler des nombreuses formes pharmaceutiques sous lesquelles on peut l'administrer, il convient de citer les eaux minérales qui constituent quelquefois un bon mode d'administration de la médication ferrugineuse. On trouve dans les eaux bicarbonatées sodiques (Vals, Vichy) des traces appréciables de fer (arséniate), déposées après le dégagement du gaz carbonique ; le fer constitue une médication accessoire de la médication alcaline. Les propriétés thérapeutiques des eaux ferrugineuses sont dues le plus souvent à des bicarbonates, des crénates, des apocrénates, quelquefois des arséniates, rarement des sulfates (Bardet). Le fer est souvent associé au manganèse ; par exemple dans les eaux de Luxeuil, de Cransac. Orezza doit son efficacité au bicarbonate de fer ; elle doit être gazéifiée, sinon le fer passe à l'état de protocarbonate, insoluble. On prescrira aussi les eaux de la Bauche,de Forges (ferrugineuses bicarbonatées-calciques-silicatées), de Châtel-Guyon (chlorurées sodiques et magnésiennes, bicarbonatées mixtes et ferrugineuses), de Royat (chlorurées-sodiques-lithinées-arsenicales-ferrugineuses) ; de Bussang (bicarbonatées-sulfatées, carboniques-ferrugineuses).

L'administration du fer présente certaines incompatibilités ; c'est ainsi qu'on ne doit pas le prescrire avec les vins de Bordeaux, le vin de quinquina, les astringents, en somme toutes les substances contenant du tannin ; on ne le prescrira pas non plus avec les substances avec lesquelles il forme des précipités insolubles : carbonates alcalins, acide phosphorique, arséniate de soude, albumine ; on se souviendra qu'avec le phénol, l'antipyrine, il donne des précipités colorés, et, avec le chlorate de potasse, un mélange explosif.

On prescrira les sels de fer de préférence au milieu ou à la fin des repas ; jamais à jeun en raison de leur action irritante sur le tube digestif.

Le fer ne constitue pas un médicament de la première enfance ; il est au contraire fréquem-

ment employé dans la seconde et la troisième enfance, à l'âge de la puberté, et dans l'âge mûr. En passant en revue les nombreux sels utilisables, nous verrons à quelles doses et sous quelles formes on peut les prescrire. D'une façon générale, la médication martiale n'a pas besoin de doses très élevées pour être utile ; son emploi ne doit pas être indéfiniment prolongé ; il convient, après un ou deux mois de traitement, de la suspendre pour la recommencer s'il y a lieu. De même, il sera souvent nécessaire de varier la préparation. On associe les sels de fer à la magnésie, à l'aloès pour éviter l'action constipante ; on les associe à d'autres reconstituants pour obtenir une action plus efficace. D'une façon générale, les sels insolubles sont préférables parce que, plus et mieux que les sels solubles, après l'action des sucs digestifs, ils sont absorbés par les phagocytes et excitent la leucocytose.

Pour la commodité de la description, nous pourrions envisager les sels solubles, puis les sels insolubles ; nous préférons, mais d'une façon tout arbitraire, envisager : le fer métallique, les sels minéraux, parmi lesquels le sulfate de fer, plus désinfectant que ferrurugineux cependant, les sels organiques, les sels dus à un acide phosphorique, et ceux qui représentent une combinaison du fer et de l'arsenic.

Le *fer réduit* par l'hydrogène constitue la seule forme sous laquelle on puisse administrer le fer métallique ; c'est une poudre grise, insoluble dans l'eau, soluble dans les acides ; de 3 à 5 ans on en peut prescrire un à deux centigr. par jour ; de cinq à douze ans, deux à cinq centigr. ; de douze à quinze ans, cinq à dix centigr ; aux adultes, cinq à trente centigr. On peut faire absorber des dragées, des pilules :

Fer réduit par l'hydrogène.....	0 gr. 05
Poudre de rhubarbe	0 gr. 10
Extrait mou de quinquina.....	0 gr. 08

en 1 pilule très molle, n° 50, en prendre deux par jour ;

Des cachets :

Fer réduit.....	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Rhubarbe pulvérisée.....	0 gr. 10

en 1 cachet, n° 40.

ou bien :

Fer réduit	0 gr. 10
Poudre de noix vomique.....	0 gr. 05
Poudre de Colombo.....	0 gr. 25
Poudre de rhubarbe.....	0 gr. 30

en 1 cachet, 3 à 4 par jour (Debove, Pouchet et Sallard) ; ou plus simplement encore :

Fer réduit.....	0 gr. 10 à 0 gr. 20

en 1 cachet n° 40.

Aussitôt après, on aura soin de prescrire, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Acide chlorhydrique.....	1 à 2 gr.
Eau distillée	250 gr.

diluée dans un quart de verre d'eau.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Deux ordres du jour.

1° Ordre du jour présenté au Congrès socialiste de Toulouse par le Syndicat de médecine sociale.

Le Syndicat de médecine sociale :

Considérant que les médecins employés au traitement des accidentés du travail et à la confection des certificats, dans les cliniques placées sous le contrôle *des assureurs*, des *chefs d'industrie ou des syndicats de garantie*, sont à juste titre suspects à la classe ouvrière, qui soupçonne que les certificats de ces médecins sont parfois dictés par les propriétaires de ces cliniques patronales ;

Considérant, d'autre part, que les médecins employés au traitement des accidentés du travail et à la confection des certificats, dans les cliniques placées sous le contrôle *des organisations ouvrières*, sont suspects aux tribunaux qui, heureux de trouver ce prétexte, ont une propension naturelle à diminuer le taux des incapacités permanentes lorsque le blessé se présente muni de certificats émanant d'une clinique ouvrière ;

Considérant que, par ce fait, le taux moyen des incapacités a diminué sensiblement dans les grandes villes et que, par suite, la classe ouvrière se trouve gravement lésée ;

Qu'ainsi les cliniques installées, dirigées ou surveillées par les organisations tant *patronales* qu'*ouvrières*, sont très gravement contraires aux intérêts des ouvriers et employés blessés ;

Emet le vœu que les organisations ouvrières respectent l'indépendance des médecins, combattent les cliniques patronales, boycottent les médecins employés dans ces cliniques et décident que nulle part elles ne créeront elles-mêmes des cliniques placées sous leur propre surveillance.

Considérant d'ailleurs que dans la question des accidents du travail, il y a deux choses distinctes :

1° le traitement du blessé ; 2° sa défense,

Le Syndicat de médecine sociale :

Sur la question du traitement, déclare que l'ouvrier doit pouvoir choisir son médecin comme son boulanger et que la classe ouvrière ne doit pas elle-même (quels que soient les avantages financiers qui pourraient en résulter), tendre à diminuer cette liberté ; que le blessé doit en effet rester absolument maître du choix de son médecin.

Sur la question de la défense du blessé, le syndicat déclare qu'il doit être à la disposition des conseils judiciaires qui devraient être partout créés.

Pour le Syndicat de médecine sociale et par ordre,

Docteur JAMART,
Secrétaire général du Syndicat de médecine sociale de la Seine.

2° Société médicale du XIVe arrondissement.

Siège social : 15, rue d'Odessa.

Séance du 7 novembre 1910.

ORDRE DU JOUR

voté à l'unanimité sur la proposition du Docteur JOULIARD.

La Société Médicale du 14e arrondissement :

Considérant :

Que les Syndicats ouvriers de la Bourse du Travail ont installé et dirigent dans des quartiers ouvriers des cliniques, où les soins médicaux et chirurgicaux sont donnés gratuitement non seulement aux ouvriers syndiqués, surtout en ce qui concerne les accidents du travail, mais encore à leurs femmes et à leurs enfants ;

Que ces organisations ouvrières ont fait de ces cliniques de véritables entreprises financières dont elles tirent des bénéfices pécuniaires considérables ;

Que les médecins de ces cliniques ne sont que de simples employés préposés par la Bourse du travail au traitement des malades et à la confection de certificats d'accidents du travail, source principale des bénéfices ;

Qu'en effet si l'on s'en rapporte aux comptes-rendus du récent Congrès de la C. G. T. à Toulouse, les médecins des cliniques ouvrières consentent aux organisations des remises variant de 25 à 50 % sur le tarif Dubief ;

Que d'ailleurs ces médecins sont tellement suspects aux tribunaux que les juges ont une propension naturelle à diminuer le taux des incapacités permanentes chez les ouvriers munis de certificats émanant de médecins employés dans ces cliniques ouvrières ; qu'en conséquence les agissements de ces médecins, tout en portant à leur honorabilité une atteinte très grave, tendent à jeter par surcroît le discrédit sur la profession médicale tout entière, et causent à l'ensemble du corps médical et particulièrement aux médecins de quartier un préjudice pécuniaire considérable, tout en compromettant les intérêts des ouvriers blessés devenus suspects aux yeux de la magistrature ;

Qu'en dernier lieu, la monopolisation par ces cliniques des soins donnés à la classe ouvrière dans les quartiers populeux, spécialement pour les accidents du travail, supprime de fait le libre choix du médecin en canalisant, au profit de quelques médecins aux gages de la Bourse du travail, les familles des ouvriers et surtout les ouvriers blessés à qui la loi a reconnu le droit de choisir librement leur médecin ;

Par ces motifs :

1° Décide le boycottage immédiat des médecins employés dans ces cliniques ;

2° Signale au bureau du Conseil général le danger pressant qui résulte de la généralisation de ces cliniques et le prie d'inviter les bureaux des Sociétés dans les arrondissements intéressés à mettre à leur prochain ordre du jour la question des cliniques ouvrières et la recherche des moyens les plus efficaces pour les combattre ;

3° Adresse le présent ordre du jour, en dehors du Conseil général des sociétés d'arrondissement, à tous les autres organes de défense professionnelle (Syndicat des médecins de la Seine, Syndicat médical de Paris, *Concours médical, Aurore médicale, Moniteur médical, Petit Praticien de France*, à Lille).

Pour copie conforme :

Le secrétaire général,
Dr G. COLDEFY.

CHRONIQUE DU LIBRE CHOIX

Le libre choix du médecin aux employés de l'Assistance.

On nous communique la note suivante du Syndicat du personnel non gradé des hôpitaux et hospices de la Seine sur la réforme du service médical à domicile des membres de ce personnel.

A Messieurs les membes de la 5e commission, Messieurs les membres du Conseil de surveillance, Monsieur le Directeur de l'A. P. à Paris.

Messieurs,

Nous avons eu l'avantage de vous faire parvenir, en leur temps, plusieurs rapports complémentaires à notre cahier de revendications ; aujourd'hui, nous vous adressons la présente note relative aux modifications à apporter au service médical à domicile du personnel et au libre choix du médecin, pour ce dernier.

En vertu des arrêtés, circulaires et règlements (arrêtés des 15 janvier, 19 février, 30 décembre 1904, 23 décembre 1907 ; circulaires des 2 octobre, 2 décembre 1905, 25 avril 1907, 22 août 1908), le personnel est soigné soit par les médecins des établissements dans lesquels il travaille, soit par des médecins désignés par l'administration et répartis par quartier, s'il s'agit du personnel délogé.

Ces médecins sont à leur tour contrôlés par des médecins hiérarchiquement placés au-dessus d'eux, et désignés par l'administration.

En résumé, malades et médecins traitants ou contrôleurs sont tous fonctionnaires au même titre ; nous estimons que, pour le médecin traitant, cela ne saurait être toléré, c'est pourquoi nous réclamons le libre choix.

Nous attirons, Messieurs, votre attention sur ce fait : *Nul employé* (disent nos instructions relatives à la maladie) *à visiter à domicile, ne devra, sous aucun prétexte, s'absenter de chez lui*

avant d'avoir reçu la visite du médecin de contrôle, sous peine d'être considéré comme non malade, de perdre le bénéfice de l'indemnité de maladie et de se rendre en outre passible d'une sanction disciplinaire.

La pratique nous a démontré que souvent l'application de l'ordonnance prescrite par le médecin traitant ne peut être appliquée en raison de la lenteur que met le médecin contrôleur à accomplir sa tâche.

La réforme que nous réclamons consiste en :

1° Le droit à tout agent délogé d'appeler comme médecin traitant tel médecin qu'il lui convient, à charge pour lui d'en informer, dans les 24 heures qui suivront l'interruption de service, le directeur de l'établissement où il est employé, et de lui faire parvenir un certificat constatant son état de santé et la durée approximative de l'interruption de service, fixée par le médecin traitant.

2° Le droit à l'administration de déléguer un médecin contrôleur pour constater l'état de l'agent malade, sous réserve des garanties suivantes :

a) Le médecin contrôleur informera, par lettre recommandée, l'agent malade et le médecin traitant du jour et de l'heure de sa visite de façon que cette dernière ait toujours lieu en présence du médecin traitant et offre ainsi toutes les garanties désirées à l'agent malade et à l'administration.

Un certificat, signé des deux docteurs constatant son état et fixant la durée approximative de la maladie, sera laissé à l'agent malade à charge pour ce dernier de le faire parvenir à son directeur dans les 24 heures qui suivront la consultation.

b) Rien ne sera changé en ce qui concerne la délivrance des médicaments actuellement en usage en vertu de nos règlements.

La réforme que nous préconisons n'augmenterait en rien le budget, étant donné ce que coûte le service médical actuel, et nous vous laissons, Messieurs, le soin de fixer les honoraires des médecins traitants, selon les aspirations et revendications fixées par les organisations syndicales médicales de la région parisienne.

En résumé, nous demandons le libre choix du médecin basé sur les mêmes principes que ceux fixés par la loi de 1898 sur les accidents du travail.

Paris, le 20 novembre 1910,

Pour le syndicat et par mandat,

Le secrétaire : F. MERMA.

CORRESPONDANCE

L'Agenda-Memento et ses Renseignements.

Mon cher confrère,

Mes confrères de Bourges ont des histoires au sujet des ouvriers des Etablissements militaires auxquels ils donnent leurs soins. Ils me demandent des renseignements à ce sujet.

Je ne connais pas le premier mot de la question naturellement. Mais j'ai immédiatement ouvert l'*Agenda-memento* dont je me suis précautionné dimanche et j'ai eu la très grande satisfaction d'y trouver, à la page 252, sous la rubrique : Soins à donner par les médecins, etc., ce que je cherchais.

Il importe surtout de savoir ce qu'il y a dans l'*Instruction C. B. O. Vol.* 65 dont vous parlez. Je dis donc à mes confrères de se procurer la fameuse instruction. Mais où figure cette instruction ? où peut-on se la procurer ? C'est ce que je voudrais que vous m'indiquiez.

Croyez, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments. Dr PRUNET.

Cette affaire est un exemple éclatant de l'utilité de votre *Agenda-Memento*. Je suis très heureux de vous le signaler.

Réponse.

Il s'agit de l'Instruction C du 28 août 1898 publiée dans le Bulletin officiel (B. O). du Ministère de la guerre, volume n° 65 de l'Edition méthodique. Ce volume, qui concerne le personnel civil d'exploitation des établissements militaires, est édité par la librairie militaire Chapelot et Cie, 30, rue Dauphine, à Paris.

D'après l'article 3 de cette Instruction, « le personnel chargé d'assurer le service médical des ouvriers civils comprend : 1° des médecins militaires ; 2° des médecins civils ; 3° des sages-femmes ; 4° un ou deux ouvriers détachés à titre d'aides auprès du médecin pendant les heures de sa consultation et de son service à l'établissement.

Le tableau B annexé à l'Instruction (et publié en note à la page 252 de l'*Agenda-Memento*) indique les localités dans lesquelles le service est assuré par des médecins civils. Le tableau A indique les localités dans lesquelles les médecins militaires sont chargés de ce service. Il est beaucoup plus étendu que le tableau B, et Bourges y figure..

Dans l'*Agenda-Memento* sont analysés les articles de l'instruction intéressant plus spécialelement les médecins..

L'heure de la consultation est déterminée par le Directeur après entente avec le médecin. Le diagnostic, les décisions du médecin, la durée de l'exemption de travail (qui ne doit pas en principe dépasser 4 jours), les médicaments à délivrer, sont inscrits par le médecin sur un registre spécial. (Art. 11).

Les visites à domicile (Art. 11), sauf la restriction reproduite dans l'*Agenda-Memento* en ce qui concerne les ouvriers habitant trop loin, « sont faites lorsqu'elles ont été reconnues nécessaires par le médecin à la consultation ou lorsqu'elles sont demandées par les ouvriers assez malades pour ne pouvoir se rendre à l'établissement. Le Directeur règle, suivant les circonstances locales, les mesures à prendre pour mettre le médecin à même d'assurer le service ».

« Il est recommandé de ne pas se présenter chez le médecin ni de le faire demander, si ce n'est en cas d'extrême urgence. Le Directeur règle, de

concert avec le médecin, les moyens à prendre pour que celui-ci soit prévenu le plus promptement possible lorsqu'un ouvrier a besoin d'être visité pendant la nuit.

« Le médecin tient état des ouvriers qu'il visite à domicile et du nombre de ses visites à chacun d'eux ». Le médecin rend compte au Directeur de sa première visite, lui fait connaître si à son avis la maladie entraînant incapacité résulte du service, informe le Directeur de la guérison, le tout dans les formes et à l'aide des imprimés prescrits.

Il appartient en outre au médecin de rendre compte au Directeur quand l'ouvrier doit être hospitalisé (Art. 12) et d'intervenir comme expert de l'administration en cas d'accident du travail (Art. 13).

L'Instruction est suivie d'annexes comprenant, en outre des tableaux A et B, des modèles de registres, de carnets d'ordonnances, de bons de médicaments, de certificats divers, etc., trop étendus pour qu'il nous soit possible de les reproduire ici.

Pour nos confrères du *Caducée*.

Avez-vous déjà vu un ministre de la République française sans solde ? Non, sûrement non — on trouverait plutôt vingt personnes touchant les appointements d'un ministre sans faire aucun travail.

Le fait ne peut se passer — et cela ne surprendra personne — que dans le règne des poires, c'est-à-dire chez les médecins. Voici les faits :

Un médecin de réserve, qui n'est nullement susceptible d'être convoqué en 1910, accepte de faire une période pour remplacer un confrère militaire seul dans sa garnison, qui désire prendre 30 jours de vacances.

Il reçoit pour ce faire un ordre de convocation pour 30 *jours sans solde*.

Etonnement du médecin militaire qui avait prié de convoquer son confrère civil pour une période régulière de 28 jours avec solde, le surplus devant être fait bénévolement.

Saviez-vous d'abord que — toujours un peu parias — seuls de tous les officiers de réserve, les médecins sont encore appelés pour 28 *jours* ?

Que pensez-vous, de plus, de ce sans-gêne administratif, qui offre des remplaçants à l'œil à des heureux qui sont payés pendant leurs congés !

Amitiés et merci.

Dr P. Bailly Salin.

BIBLIOGRAPHIE

« **Medicus** » **Guide Annuaire** des Etudiants et des Praticiens (médecine, chirurgie, odontologie et pharmacie) par A. Rouzaud, préface de M. le Docteur Yvon, membre de l'Académie de Médecine. Volume grand in-8° raisin de CXLIV-1440 pages (41 rue des Ecoles), Paris. Prix : 5 francs.

Nous annonçons à nos lecteurs l'apparition de *Medicus* qui est la continuation du numéro des étudiants du *Progrès Médical* et qui a paru en 1909 sous le titre : Index du Progrès Médical.

Outre les éléments très intéressants que cette publication contenait l'an dernier et dont nous avons entretenu nos lecteurs, *Medicus* a réalisé aujourd'hui une innovation intéressante en publiant l'annuaire complet des docteurs en médecine, dentistes, pharmaciens et sages-femmes.

Le mouvement contre l'agrégation et l'opinion publique. Brochure de 113 pages in-8, par le Dr R. Lafontaine. (En vente à Paris) chez M. Maloine, éditeur, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 1 fr. 50.

Le Comité d'action contre l'agrégation a rassemblé dans cette brochure les documents principaux publiés par la grande presse et la presse médicale, à l'occasion du mouvement contre l'Agrégation.

On y trouvera réunis les arguments des adversaires et des partisans de la réforme de l'enseignement médical, dans le sens indiqué par les Congrès de Praticiens, l'histoire des manifestations de la Faculté de Médecine, la leçon du Docteur Bérillon, les ordres du jour de la Faculté, des Syndicats Médicaux, des Associations d'étudiants, de la Société Médicale des hôpitaux et du Comité d'action lui-même.

Nous recommandons la lecture de cette brochure à tous les Praticiens qui se sont intéressés à la réforme de l'enseignement médical, à ceux qui ont pris une part active au Congrès, à tous les médecins qui suivent avec attention le mouvement professionnel.

Vient de paraître dans la Collection *Les Etudes Contemporaines* (Librairie Grasset) : **Le milieu médical et la Question Médico-Sociale**. Prix. 2 fr.

Dans les « Etudes Contemporaines » devait figurer l'étude du « Milieu médical » qui a tant fait parler de lui dans ces derniers temps. La « Querelle de l'Agrégation » avec ses scènes de pugilat et la lutte des « praticiens » contre les « mandarins » ne sont que la bruyante expression d'un état d'âme, que M. le Pr Grasset analyse avec impartialité, dont il montre les origines multiples et qu'il rattache finalement à une maladie communément répandue dans la Société contemporaine : *psychonévrose grégaire* caractérisée par la *phobie de l'inégalité* (*anisophobie*) et l'idée de persécution par tout ce qui a l'apparence d'une supériorité.

L'auteur croit que le remède, pour la Société tout entière, est le retour à la doctrine de l'égalité des droits devant la loi avec l'inégalité des positions sociales, doctrine qui est basée sur la loi biologique naturelle de tous.

REPORTAGE MÉDICAL

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Dr A. Mathieu, reprendra le 3 décembre, à 10 h. 45, et continuera les samedis suivants à la même heure ses conférences sur l'étude clinique des maladies de l'estomac et de l'intestin. Cette série, non payante, est ouverte à tous les étudiants et docteurs en médecine.

Entrée : 20, rue de Cîteaux, ou bien : Jardin de l'hôpital, bâtiment des bains.

Imperforation de l'hymen chez deux sœurs.— M. le docteur Boxer Magne rapporte les observations suivantes :

Une jeune fille de 19 ans, qui souffrait beaucoup du ventre, vint le consulter et il constata chez elle

les symptômes d'une hématocolpos. L'utérus était tellement augmenté de volume qu'il apparaissait comme s'il y avait eu une grossesse de quatre mois. L'hymen était imperforé. L'auteur l'incisa et il s'écoula une abondante quantité de sang et de sérosité.

L'autre observation est celle de la sœur de cette jeune fille. Elle avait seize ans, n'avait jamais été réglée. L'auteur dut l'examiner, en raison des douleurs qu'elle accusait et reconnut chez elle la même imperforation de l'hymen. Cette membrane fut incisée également, mais il n'y eut pas d'écoulement, ni de sang, ni de sérosité.

(*The Lancet.*)

Sherlock Holmes médecin. — Sans avoir précisément pris le type de Sherlock Holmes dans la vie, le romancier Conan Doyle a pourtant trouvé son modèle... parmi les médecins.

A l'époque où il étudiait la médecine à Edimbourg, il assista aux cours du professeur Bell, qui était un diagnostiqueur stupéfiant.

Avant même d'examiner médicalement le malade il remarquait d'un coup d'œil les moindres détails de son visage, de ses mains et de ses vêtements... Et il tirait de ces observations des déductions fantastiques de justesse et de rapidité quant aux causes logiques de la maladie.

Ce fut l'exemple du professeur Bell qui donna à sir Conan Doyle l'idée de créer le type du policier Sherlock Holmes.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

Tant il est une fois de plus vrai que la médecine mène à tout ! !

Accident de travail. — Antécédents morbides. — La Cour de Montpellier (10 juillet 1908) avait attribué à un ouvrier victime d'un accident du travail et atteint d'une incapacité absolue et permanente, au lieu d'une rente annuelle et viagère égale au tiers de son salaire (loi de 1898) une rente égale au sixième du salaire. Elle avait estimé que l'*artério-sclérose du sujet avait contribué à la chute* qu'il avait faite et en avait *aggravé les suites* ; un homme sain n'aurait souffert que d'une incapacité partielle.

La Cour de Cassation (27 mai 1910) a cassé l'arrêt de la Cour de Montpellier avec ce motif : « *Les prédispositions morbides* de la victime d'un accident du travail, *qu'elles aient facilité l'accident ou qu'elles en aient aggravé les suites, ne doivent pas être prises en considération dans la détermination de l'indemnité* qui lui est due ; le juge doit la fixer en tenant uniquement compte, d'une part, du salaire de l'ouvrier blessé pendant les douze mois qui ont précédé l'accident, et d'autre part, des facultés de travail qui lui restent après ledit accident. »

(*Journ. de méd. int.*)

La ligne Riom-Châtel-Guyon. — Grâce à l'énergie, à la ténacité, à l'influence du très distingué député de Riom, M. Clémentel, les préliminaires du chemin de fer Riom-Châtel-Guyon viennent d'entrer enfin dans leur phase définitive.

Le ministre des travaux publics, à la prière instante de son collègue du Parlement, a donné hier la dernière signature autorisant la construction de ce tronçon ferré à l'exécution duquel se trouve lié l'avenir de Châtel-Guyon.

L'adjudication des travaux est en train de se faire et le premier coup de pioche sera donné dans les tout premiers jours de décembre prochain.

Dans ces conditions, nul doute que la mise en exploitation effective en soit possible pour la saison 1912.

Nous saisissons l'occasion qui nous est offerte pour informer nos lecteurs de la nomination de M. le Dr Pessez comme administrateur délégué de la Société des Eaux minérales de Châtel-Guyon, en remplacement du Dr Angelby, décédé.

M. le Dr Pessez est un vieux membre du *Concours Médical* où il a souvent publié de remarquables articles d'Hydrologie thermale.

La parfaite connaissance qu'il possède de son sujet nous est un sûr garant que les destinées de la jolie station d'Auvergne sont entre bonnes mains.

Foi syndicaliste. — Il semble difficile de trouver quelque part cette foi plus ardente que chez notre très honoré confrère le Dr Georges Voronoff (du Caire). En effet, c'est sur la création projetée, et vraisemblablement prochaine, d'un « Syndicat international des médecins du Caire » qu'il compte le plus pour modifier, dans la capitale de l'Egypte, une situation déontologique qu'il décrit ainsi dans l'article de tête du dernier numéro (1er novembre 1910) de la *Presse Médicale d'Egypte* :

« Des mauvais confrères — on n'en voit pas d'autres, et nous le sommes tous ! Qui de nous n'a pas sur la conscience des visites faites à un malade chez qui on nous a présenté une ordonnance toute fraîche d'un confrère ? Et des rencontres de deux ou trois médecins, venus voir le même malade au nez et à la barbe du confrère traitant ! Et le chambardement de notre traitement par le dernier venu ! Et les consultations où le médecin consultant expulse le médecin traitant, pour diriger, lui, le traitement ! Et les médisances, les critiques, les conseils d'opération là où il n'en faut pas, rien que pour embêter le confrère traitant, et vice versâ. Ah non, elle n'est vraiment pas belle notre profession, telle que nous la pratiquons au Caire.

« Je dis : « Nous tous », parce que, hélas, depuis huit ans que je pratique au Caire, je n'ai pas encore rencontré un confrère qui suive les vraies règles de déontologie médicale. J'ai bien trois ou quatre confrères qui font tout ce qui leur est possible pour ne pas trop s'en écarter, mais c'est tout, et ils reconnaissent eux-mêmes l'impossibilité de vivre en bons confrères avec les médecins du Caire ».

On ne saurait guère reprocher à notre confrère de mettre par trop en pratique le conseil bien connu : « Glissez, mortels ! n'appuyez pas ! » Quoi qu'il en soit, nous souhaitons vivement que son espoir se réalise. On aime à penser, du reste, que, sans le vouloir, il aura poussé au noir ce tableau déontologique peu banal (*Bull. méd.*).

L'identité des criminels. — Le « Literary Digest » expose une nouvelle méthode d'identification recommandée par le professeur Tamassia, de l'Université de Padoue. Elle repose sur l'observation des veines de la main ; son promoteur la déclare plus sûre, en tous cas plus facile et plus expéditive que l'examen minutieux des empreintes digitales. Rien de plus personnel que la disposition des veines sur la paume. Quelques physiologistes, comme Lusanna et Capon, ont soutenu que cette disposition pouvait être héréditaire ; mais leur doctrine fut réfutée par les travaux de Capon lui-même qui reconnaît n'avoir trouvé de ressemblances familiales que dans 12 cas sur 72 : encore les ressemblances étaient-elles imparfaites. Tout le monde a observé que le réseau veineux est extrêmement varié non seulement chez les individus différents, mais sur les deux mains du même individu. A supposer qu'on puisse trouver une certaine analogie entre deux

mains droites et risquer de ce fait une confusion fâcheuse, il est invraisemblable qu'une seconde analogie se rencontre entre les mains gauches des deux intéressés. Il y a donc là un moyen de contrôle qui supprime pratiquement toutes chances d'erreur. Le grand avantage de la méthode de TAMASSIA est sa simplicité. Il faut quelque expérience et de l'observation pour lire dans les lignes délicates du doigt. Le premier venu, muni d'une photographie, reconnaîtra le dessin des veines d'une main.

Molière contre la médecine. — On a attribué diverses origines à la haine de MOLIÈRE contre les médecins. Lui-même souffrant d'une maladie de cœur en aurait voulu à la Faculté de son impuissance à le guérir. Son aversion grandit lorsqu'il eut assisté à la mort de GASSENDI succombant à treize saignées successives. On a dit encore que des infortunes domestiques auraient indisposé MOLIÈRE contre les médecins ; quoi qu'il en soit, son antipathie pour la corporation médicale fut prodigieuse et même injustifiée. Car si à cette époque la médecine était souvent entachée de sorcellerie, si d'autre part des charlatans obtenaient de grands succès aux dépens des vrais savants, il n'en est pas moins vrai qu'il se trouvait parmi les médecins des hommes de haute valeur qui faisaient avancer la science dans la voie du progrès.

C'est à cette époque que la chimie dégagée de son occultisme s'enseigne publiquement pour la première fois. BARTHOLIN découvre de nouvelles glandes et rénove les connaissances de la sanguinification, MALPIGHI porte partout ses investigations, LEUWENHOECK reconnaît les globules sanguins et CHARAS se livre sur soi à de dangereuses épreuves pour trouver le remède contre les morsures de vipère.

Tout cet effort scientifique si sérieux et si utile, MOLIÈRE l'a méconnu et cette erreur a porté grand tort à la popularité de la médecine, car ses types de charlatans se sont immortalisés et il a fallu « deux cents ans pour qu'on osât faire parler aux médecins sur la scène un autre langage que celui de M. PURGON ».

(*Belgique médicale.*)

L'interdiction de l'absinthe en Suisse. — Les dernières heures de l'absinthe ont sonné en Suisse. Le délai référendaire pour la loi prohibant l'absinthe a expiré le 4 octobre sans qu'on ait même tenté de réunir les 30,000 signatures nécessaires au referendum. Le Conseil fédéral a immédiatement édicté une ordonnance d'exécution fixant au 7 octobre l'entrée en vigueur de l'interdiction.

Cette ordonnance contient également des définitions de l'absinthe et de ses imitations qui seront obligatoires pour les tribunaux. « Est réputée absinthe, dit l'article premier de l'ordonnance, sans égard au mode de fabrication, toute eau-de-vie chargée des principes aromatiques de la plante d'absinthe combinée avec d'autres substances aromatiques, telles que celles contenues dans l'anis, le fenouil, etc., qui présente l'odeur de l'anis et du fenouil et se trouble lorsqu'on l'additionne d'eau. »

Parmi les principes aromatiques de l'absinthe, la thuyone est considérée comme le critère décisif de cette liqueur. Sont réputées en outre imitations de l'absinthe — et interdites comme l'absinthe elle-même — qu'elles soient chargées ou non de principes aromatiques de la plante d'absinthe, toutes les boissons aromatiques qui possèdent les qualités extérieures caractérisant l'absinthe elle-même et qui renferment certaines proportions d'huiles essentielles. L'observation de ces prescriptions sera surveillée par les cantons dont les gouvernements remettront chaque année un rapport au Conseil fédéral sur l'exécution de la loi.

(*Prov. Méd.*)

Examen histologique des tissus des momies égyptiennes. — M. A. Rupper, d'Alexandrie, qui a fait des recherches histologiques sur les tissus de momies provenant de la XVIIIe à la XXe dynastie, en publie les résultats : il aurait trouvé : l'athérome, la pneumonie, des accès du rein, de la cirrhose hépatique. Dans les abcès du rein, ainsi que dans d'autres régions siège des blessures, il aurait trouvé, grâce à la coloration des tissus avec le bleu de méthylène, la fuschine, l'hématoxiline, le Gram, des microorganismes. Même dans les reins de deux momies de la XXe dynastie, il aurait trouvé des œufs calcifiés de bilarzia hématobia.

Ce qu'il y a de remarquable c'est l'énorme proportion des maladies rénales à cette époque qui remonte à plus de mille ans avant J.-C. En effet, sur six momies, il y avait une atrophie congénitale des deux reins dans un cas ; dans deux autres cas, les reins contenaient de nombreux abcès pleins de bactéries ; dans deux autres, la bilarzia existait ; une seule fois, les reins étaient sains. (*British Medical Journal.*)

Modification du comité de santé. — Le Ministre vient de préparer un projet de décret créant au Comité technique de santé une commission peu nombreuse, facile à nommer, chargée d'examiner et solutionner sans délai tous les dossiers non litigieux.

Faut-il défendre les aliments salés après l'ingestion de calomel ? — Les accidents survenus quelquefois à la suite de l'ingestion de calomel ont fait penser depuis longtemps à la décomposition possible de ce sel, en présence du chlorure de sodium des aliments, avec formation de sublimé corrosif, et les deux opinions de la possibilité et de l'impossibilité de cette décomposition ont trouvé des défenseurs.

Pour trancher définitivement la question, *MM. Louis Gaucher et Roger Abry*, de Montpellier, ont eu recours à l'expérimentation sur les animaux, et jamais ils n'ont constaté que du sublimé se fût produit au cours de la digestion, lorsque le calomel s'est trouvé en présence du chlorure de sodium.

Il semble donc qu'il n'y ait pas lieu de proscrire les aliments salés après l'administration du calomel comme purgatif (*Semaine médicale*, 8-9-09).

Joyeusetés. — Deux vieux amis se retrouvent.

— Tiens, comment vas-tu, qu'est-ce que tu deviens ?

— Je suis notaire, et toi ?

— Médecin, et je suis pressé, on m'attend chez un client !

— Ah ! très bien ! quand il sera à point, pense à moi.

(*Nouv. Rev. Méd.*)

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 50 Dimanche 11 DÉCEMBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
La déclaration des maladies contagieuses à la commission sanitaire du Sénat..... 1061

Société civile du Concours médical
Procès-verbal de l'assemblée générale extraordinaire du 20 novembre 1910. — Procès-verbal de l'assemblée générale ordinaire du même jour. — Banquet. 1063

Pratique chirurgicale
Traitement des fistules et cavités tuberculeuses par l'injection de pâte bismuthée..... 1068

La semaine médicale
L'endopélyscopie. — Valeur diagnostique et pronostique de la réaction de Meyer à la phénolphtaléine dans les albuminuries..... 1070

Revue des sociétés savantes
Les arsenicaux organiques. — Lésions oculaires par poussières des routes goudronnées. — Hemophilie traitée par les injections de peptone de Witte. — Méningites bénignes. — Le « 606 » et la syphilis nerveuse. — La réaction de Wassermann dans la syphilis traitée par le « 606 ». — Cancer de la lèvre traité par l'électro coagulation. — Diagnostic des affections de l'appareil génital de la femme et des affections intestinales..... 1071

Formulaire raisonné
Le fer..... 1073

Conseils cliniques aux Praticiens
A propos du traitement de la conjonctivite purulente. 1074

Correspondance
Assistance médicale gratuite. — Un point délicat de déontologie. — A propos des médecins attachés aux cliniques ouvrières. — A propos de la diminution du nombre des médecins..... 1075

Comités départementaux du « Concours Médical »..... 1078

Bibliographie..... 1080

Reportage médical..... 1080

PROPOS DU JOUR

La Déclaration des Maladies contagieuses à la Commission sanitaire du Sénat

Le Sénat va être appelé sous peu à modifier la Loi relative à la protection de la Santé publique du 15 février 1902, et la Commission sénatoriale, qui étudie cette modification, sous la présidence de M. Cordelet, avec M. Strauss comme rapporteur, songe à transformer l'article 5 de la loi qui oblige tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme, à déclarer certaines maladies quand ils en constatent l'existence.

La Commission et son très distingué rapporteur, désireux de faciliter la tâche du médecin et de rendre l'application de la loi sanitaire effective, présenteront vraisemblablement au vote de la Haute Assemblée un texte dans lequel le chef de famille, d'institution, d'établissement, ou le plus proche parent du malade seront les premiers tenus de faire la déclaration. Le médecin traitant, dès le diagnostic de la maladie posé, devra leur remettre un bulletin de déclaration qu'ils seront tenus eux-mêmes d'envoyer à l'Administration compétente. Celle-ci en accusera réception, mais au seul médecin. Ce dernier, à son tour, devra faire lui même la déclaration si, *dans les trois jours*, il n'a pas reçu d'accusé de réception. En un mot, le médecin n'aurait à première vue d'obligation et de responsabilité qu'en cas de défaillance du chef de famille ou de ses ayants-droit. Un amendement a été déposé par un de nos confrères, M. le Dr Cazeneuve, sénateur du Rhône. Lui aussi a le désir de faire partager au chef de famille la responsabilité de la déclaration de la maladie transmissible, laissée jusqu'à ce jour au seul médecin ; mais il trouve que la procédure, proposée par la commission sénatoriale, est trop lente, et qu'au cas de négligence du chef de famille, le pouvoir administratif ne saurait attendre trois jours la déclaration du médecin. Il pense en outre qu'en pareil cas, on aurait tort de mettre le médecin au second plan dans l'accomplissement du devoir social de prophylaxie, où la nécessité de donner le diagnostic à la famille fait jouer au praticien le rôle le plus important. M. le sénateur Cazeneuve demande donc que le médecin reste seul chargé

de la déclaration, mais il réclame du malade ou, à son défaut, du chef de famille, l'obligation de collaborer à cet acte en signant avec lui le bulletin de déclaration.

Pas n'est besoin d'insister beaucoup pour montrer que le projet de la Commission nous est beaucoup plus favorable que l'amendement de M. Cazeneuve ; mais il est à craindre que, si le sénateur du Rhône défend son amendement à la tribune comme il en a fermement montré l'intention, il présente des arguments qui impressionnent ses collègues du Sénat.

Cependant, s'il est admissible que, pour les raisons d'ordre supérieur de préservation de la santé et de la vie humaines, on oblige le médecin traitant à un degré de responsabilité dans la déclaration de la maladie transmissible, il n'est pas acceptable que cette responsabilité du médecin passe avant celle du malade ou de sa famille. Contre la déclaration imposée au chef de famille, on donne des arguments de sentiment qui, à notre avis, ne tiennent pas contre le raisonnement. Le malade et sa famille, dit-on, sont déjà assez éprouvés par la maladie sans leur donner un nouveau souci. — A cela nous répondrons que la loi exige de familles bien autrement éprouvées la déclaration des décès, déclaration qui, elle, ne peut se faire par correspondance, comme celle des maladies contagieuses. — En cas d'épidémies, objecte-t-on, les populations seront affolées, si on force les familles à faire connaître leurs malades. — Le seront-elles moins, répliquerons-nous, quand du seul fait de la dénonciation de leur médecin, dénonciation faite parfois malgré elles, la maladie de leur parent sera divulguée et des mesures sanitaires seront prises aussitôt ?

Puisqu'il est universellement admis que la déclaration aux autorités sanitaires d'un certain nombre de maladies transmissibles est actuellement nécessaire dans l'intérêt supérieur de tous, il faut que celui qui, du fait de la maladie, devient un danger public, ou ceux qui le représentent, soient les premiers obligés à assumer le devoir de protéger leurs voisins de la contamination. Cette obligation est dure, nous le reconnaissons ; mais elle est juste, car elle est basée sur la définition même de la liberté par l'article 4 de la Déclaration des Droits de l'homme du 26 août 1789 :

« La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui *ne nuit pas à autrui.* »

Or, il n'est pas douteux qu'en dissimulant une maladie transmissible et en échappant aux nécessités d'utiles prescriptions sanitaires, on nuit à autrui ; par conséquent, le chef de famille ne peut reprocher aux obligations de la loi d'apporter une restriction à sa liberté.

Du reste, en de nombreuses circonstances, les familles acceptent sans se révolter la nécessité de certaines responsabilités. Outre celle des déclarations de naissance et de décès, ne voyons-nous pas les proches parents prendre l'initiative et la responsabilité de mesures de préservation, lorsqu'ils demandent l'internement d'un aliéné ? Le médecin, qui délivre dans ce cas le certificat nécessaire, assume certes, lui aussi, une grave responsabilité ; mais son rôle, bien que fort important, passe au second plan : il donne un conseil technique, mais ce n'est pas lui qui agit.

Beaucoup de nos confrères sont d'avis que, dans la déclaration des maladies contagieuses, le rôle du médecin traitant devrait encore se borner à celui de conseiller technique. C'est bien personnellement notre opinion. Mais nous sommes absolument certains que cette manière de voir n'a aucune chance d'être admise par le Gouvernement, ni par le Parlement. Les Pouvoirs publics sont fermement résolus à faire appliquer, coûte que coûte, la loi sanitaire et, dans la pratique, ils considèrent qu'ils ne peuvent se contenter de la seule bonne volonté du Corps médical, si cette bonne volonté ne devient pas pour lui une obligation légale.

Une observation pourtant gênante que nous avons entendu faire par le Dr Jeanne, est la responsabilité civile que pourrait encourir le médecin en cas d'erreur de diagnostic à la suite d'une déclaration.

Prenons un exemple : Un médecin croit devoir diagnostiquer une fièvre typhoïde dans la famille d'un épicier habitant un village. Il fait déclarer ou déclare la maladie. Le service de désinfection se met en mouvement, tout le village apprend que la maison de l'épicier est contaminée. Il en résulte un préjudice réel porté à ce commerçant qui, durant une certaine période verra fuir sa clientèle ordinaire. Or, le service sanitaire fait une enquête ; on procède au séro-diagnostic, la maladie évolue et il est constaté d'une façon indiscutable que le médecin a fait une erreur de diagnostic. Dans quelle situation se trouvera ce praticien, si l'épicier le poursuit civilement en dommages-intérêts pour réparer le préjudice réel qui lui a été porté ? Il serait nécessaire que, dans la rédaction de la loi, l'on trouvât le moyen d'introduire une disposition mettant le médecin, qui a agi en toute bonne foi, à l'abri de ces poursuites, qui, dans l'esprit de certains magistrats, pourraient paraître justifiées. Nous espérons que le distingué rapporteur de la commission, M. le sénateur Strauss, prendra note de cette observation. Nous nous demandons même si elle ne va pas remettre en question tout ce qui paraissait convenu.

Voilà donc où nous en sommes avec la loi sanitaire. Il y aura, parmi les médecins, des protestataires qui, une fois de plus, maudiront l'ingérence continue de l'Etat dans le domaine médical. Hélas ! si cette ingérence se bornait à cela !

Mais ceux qui voudront bien réfléchir jugeront qu'au XXe siècle, les médecins ne peuvent plus adopter pour la prophylaxie des maladies transmissibles le précepte de l'Ecole de Salerne :

Cede cito, longinque abi, seroque reverte ;

que la conduite de Sydenham, fuyant devant l'épidémie, serait de nos jours considérée comme un crime professionnel ; que la liberté individuelle doit, dans une mesure limitée, céder au devoir de solidarité humaine, et que Disraëli a prononcé un mot qui a fait fortune et est devenu une loi primordiale dans tous les pays civilisés, quand il a dit :

« Le souci de la santé publique est le premier devoir d'un homme d'Etat. »

J. Noir.

SOCIÉTÉ CIVILE DU " CONCOURS MÉDICAL "

Assemblée générale extraordinaire du 20 novembre 1910.

Le Dr Gassot, président, ouvre la séance à deux heures et demie.

Prennent place au bureau : les Drs Maurat, Jeanne, Diverneresse, Noir et Boudin.

L'assemblée désigne comme assesseurs les Drs de Grissac et Faraggi.

Le président expose que cette assemblée générale extraordinaire a été convoquée dans le but d'apporter quelques modifications aux statuts, non pas pour changer le fonctionnement de la Société civile, mais plutôt pour régulariser un état de choses qui existe depuis plusieurs années.

Il rappelle en outre que la convocation pour cette assemblée générale a été publiée dans le n° 44 du *Concours* et que, dans le même numéro page 942, ont été publiées les modifications proposées pour les statuts.

Il constate donc que les formalités statutaires ont été remplies.

Il donne ensuite lecture des modifications proposées pour les statuts de la Société civile du *Concours médical* :

Article premier. — Il est fondé une société entre les docteurs A. Gassot, A. Maurat, H. Jeanne, Noir, Diverneresse, H. Cézilly et Boudin, co-directeurs de la Société civile du *Concours médical*, d'une part, et, d'autre part : 1° les membres actuels de la Société civile du *Concours médical*), 2° les médecins abonnés au journal le *Concours médical* qui adhéreront aux présents statuts d'après le mode indiqué à l'article 6 ci-après. (*Adopté.*)

Article 2. — Cette société reste dénommée : *Société civile du Concours médical* ; son siège est à Paris, actuellement, 23, rue de Dunkerque ; il pourra être transporté à une autre adresse sur simple décision du Conseil de Direction. Sa durée est illimitée, de même que le nombre de ses membres. (*Adopté.*)

Article 3. — La Société a pour but l'étude des questions professionnelles et l'organisation des œuvres reconnues utiles à la profession médicale. (*Adopté.*)

Article 4. — La Société n'est pas dissoute par la mort de l'un quelconque de ses membres, elle continue de plein droit entre les survivants. (*Adopté.*)

Article 5. — Les docteurs en médecine et les officiers de santé reçus devant une Faculté française peuvent seuls être admis au nombre des membres de la Société civile. (*Adopté.*)

Article 6. — Tout médecin, qui voudra faire partie de la Société, devra adresser au Conseil de Direction la formule d'adhésion aux présents statuts dûment remplie et signée. Il devra en outre se faire présenter par un membre de la Société, à moins qu'il ne fasse déjà partie d'une association médicale (Association locale, Syndicat, Caisse des pensions de retraite, Association amicale, Sou médical).

Ces formalités remplies, il lui sera adressé une carte constatant sa qualité de sociétaire et lui donnant accès aux séances de l'Assemblée générale. (*Adopté.*)

Article 7. — Les membres de la Société civile peuvent se retirer par lettre recommandée adressée au Conseil de Direction. (*Adopté.*)

Article 8. — La Société se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs de ses membres, mais cette exclusion ne pourra être prononcée que pour cause d'indignité. Un règlement intérieur déterminera les conditions dans lesquelles l'exclusion sera prononcée. (*Adopté.*)

Article 9. — Le sociétaire qui se retire ou qui est l'objet d'une exclusion perd *ipso facto* tous ses droits dans l'actif social et les avantages sociaux. Il n'est admis à faire valoir aucune revendication. (*Adopté.*)

Article 10. — Le fonds social se compose :

1° De la somme de 53.419 fr. 29, constituant l'avoir de la Société civile au 1er octobre 1905 ;

2° Des revenus de ladite somme ;

3° De tous les dons faits au profit de la Société ; en un mot de tous les fonds et revenus qui pourront provenir à la Société, de quelque source que ce soit.

Les sociétaires ne versent ni droit d'entrée ni cotisation annuelle, mais ils doivent être abonnés au journal le *Concours médical*.

A propos de ce dernier paragraphe, le président explique que cette proposition est faite pour ne plus avoir à servir le journal à ceux qui montreraient qu'ils se désintéressent des études de notre Société, en n'étant plus lecteurs abonnés du journal. Cette mesure ne concerne pas évidemment les anciens membres de la Société civile ; elle ne s'adressera qu'aux nouveaux. (*Adopté.*)

Article 11. — Le fonds social ne peut, en aucun cas, être distribué entre les sociétaires par voie de répartition individuelle et proportionnelle. Il ne peut être employé que dans l'intérêt commun et dans un but général, et ce, dans tous les cas, conformément aux décisions de l'Assemblée générale annuelle.

Le Dr Brasse (de Rouen) demande l'utilité qu'il y a de supprimer les mots suivants, contenus dans les anciens statuts : « Partie de ces fonds pourra être affectée par cette assemblée aux besoins d'un ou plusieurs sociétaires dans un but de solidarité et de confraternité ».

Le Président : Aucune.

Dr Maurat, trésorier : C'est pour ne pas avoir à refuser ce secours, car nos ressources sont bien limitées. Nous n'attachons aucune importance au maintien ou à la suppression de ce paragraphe ; mais nous vous faisons remarquer qu'en pratique, nous donnons des conseils contentieux à tous nos membres, et cela gratuitement.

(*Paragraphe supprimé à la majorité*).

Article 12. — La Société est administrée, conformément à l'article 1656 du Code civil, par un Conseil de Direction composé de sept membres dont un président, un vice-président, un secrétaire et un trésorier.

Ce Conseil se réunit au moins quatre fois par an. Il délibère à la majorité des membres présents, la voix du Président étant prépondérante en cas de partage ; il exécute les décisions de l'Assemblée générale et présente, chaque année, à cette Assemblée, un rapport sur la situation matérielle et morale de la Société.

Les fonctions de ses membres sont gratuites ; toutefois les membres du Conseil reçoivent un jeton de présence dont la valeur est fixée à 20 francs par séance et des frais de déplacement s'il y a lieu (*Adopté.*)

Article 13. — En cas de vacance survenue dans son sein par décès, démission ou toute autre cause, le Conseil pourvoit au remplacement provisoire du membre absent. Sa nomination n'est définitive qu'après ratification par l'Assemblée générale. (*Adopté.*)

Article 14. — Le Conseil de Direction est actuellement composé de la manière suivante :

Président : M. le Dr A. Gassot ;
Vice-Président : M. le Dr H. Jeanne ;
Trésorier : M. le Dr A. Maurat ;
Secrétaire : M. le Dr P. Boudin ;
Membres : MM. les Drs H. Cézilly, Ch. Diverneresse et J. Noir. (*Adopté.*)

Article 15. — Chaque année, les sociétaires sont convoqués en Assemblée générale par le Conseil de Direction. Cette Assemblée prononce souverainement sur toutes les questions portées à l'ordre du jour.

L'Assemblée générale délibère valablement à la majorité absolue des membres présents, quel qu'en soit le nombre. Nul ne peut se faire représenter à l'Assemblée générale.

Les convocations sont faites par avis inséré, un mois à l'avance, au journal le *Concours médical*. (*Adopté.*)

Article 16. — Le journal le *Concours médical* est l'organe de la Société ; il publie les procès-verbaux et comptes rendus des Assemblées générales ainsi que ceux des réunions du Conseil de Direction. (*Adopté.*)

Article 17. — Aucune modification ne pourra être faite aux présents statuts ni aux conventions qui les précèdent que du consentement des parties contractantes, savoir : 1° le Conseil de Direction ; 2° les membres de la Société civile du *Concours médical* représentés par une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet avec indication préalable de l'ordre du jour. (*Adopté.*)

Enfin le Président fait remarquer que la dernière modification est de substituer partout la désignation de « Conseil de direction » à la place de « Conseil d'administration » (*Adopté.*)

L'ensemble des modifications est adopté à l'unanimité

La séance est levée à trois heures.

Assemblée ordinaire tenue à 3 heures 1/4.

Mêmes président et assesseurs.

Après une courte allocution du président, le trésorier donne connaissance de ses comptes (publiés dans le n° 44 du *Concours médical*, p. 940), Ce rapport est adopté à l'unanimité .

Le projet de budget est également adopté sans discussion.

Service de la Propagande.

Le Dr Boudin, chef du service de la propagande, donne lecture du rapport suivant :

Rapport sur les Comités départementaux.

Voici les résultats obtenus en 1910, dans le domaine de la propagande

Quels comités ont été institués en 1910 ?

En exécution des décisions prises par l'assemblée générale de 1909, les Drs Jeanne, Maurat et Boudin ont institué vingt-cinq Comités départe-

mentaux du *Concours*. Profitant des réunions de Syndicats, ou priant nos confrères d'organiser une réunion, nous sommes allés dans 25 départements faire des causeries, à la suite desquelles nous demandions à nos confrères de nous désigner ceux qui leur paraissaient les plus aptes à faire de la bonne propagande pour les idées syndicalistes et de prévoyance, qui nous sont chères.

Que disions-nous, dans ces réunions ?

Nous commencions par montrer l'utilité de la création de ces Comités. Un correspondant du *Concours*, si zélé, si actif soit-il, ne pouvait jusqu'alors faire beaucoup de besogne ; tantôt, c'étaient des difficultés géographiques qui paralysaient son action ; tantôt son éloignement de tous les points de son département ; tantôt, tel dévoué n'avait pas l'oreille de la majorité de ses confrères. Certains nous montraient encore qu'ils se fatiguaient à toujours être seuls pour prêcher la mutualité, la prévoyance et la défense professionnelles ; ils étaient les premiers à nous demander d'être relevés de leurs fonctions de correspondants, prétendant avoir usé leur influence auprès de leurs confrères.

Aussi, l'Assemblée générale de l'an dernier a pensé qu'il serait utile d'avoir, non pas un seul, mais plusieurs correspondants par département, pour diffuser leur action de propagande. Ces correspondants formeraient ainsi le Comité départemental.

Mais, pourquoi le *Concours* a-t-il pris l'initiative de cette organisation ? Parce que, fidèle à ses traditions et à la ligne de conduite, dont malgré tout, il ne s'est jamais départi, il s'est souvenu qu'il avait été créé, en 1879, alors que les syndicats médicaux n'existaient pas encore, pour être une société d'études et un moyen de diffusion des idées de solidarité. Les syndicats médicaux n'ayant pas encore les ressources suffisantes pour faire cette besogne de propagande, il appartenait donc au *Concours* de l'accomplir.

Et quelles œuvres sont-elles à recommander ? Toutes celles qui peuvent être utiles au praticien.

Nous montrions alors à nos confrères l'utilité de la lecture du *Concours*, journal d'études et de combat, de même que journal scientifique pratique, avec une petite correspondance très goûtée, parce qu'utile. Etre l'organe vraiment indispensable pour le médecin, voilà quel est le but du *Concours* et, pour le prouver une fois de plus, nous annoncions la remise gratuite, à nos abonnés, d'un vrai Code médical, sous la forme d'un agenda-memento du praticien.

Puis, nous montrions ce que donnaient et l'Amicale, avec ses diverses combinaisons que vous connaissez tous, et la Caisse des retraites, et le « Sou médical ». Enfin, nous parlions d'autres œuvres, qui ne sont pas filiales du *Concours*, mais qui, comme l'Ancre médicale, sont dirigées par des confrères en qui nous avons toute confiance.

Mais, affirmions-nous, jamais ce nouvel organisme, jamais ce Comité départemental, ne devra se départir de son but unique : la propagande. Jamais il ne fera du syndicalisme ; non, c'est au syndicat seul que la défense professionnelle générale doit être réservée. Nous n'hésiterions pas à désavouer publiquement tout Comité départemental qui se mettrait en travers de l'organisation syndicale et qui la gênerait dans son action.

Nous ne voulons pas non plus que ces Comités puissent être accusés de former de petites chapelles. Il n'est plus, le temps des Comités de salut public et toute excommunication répugne à notre esprit. Nous allions même, dans ces réunions, jusqu'à parler de questions brûlantes. Nous n'hésitions pas à expliquer la réserve du journal ou la conduite de certains des nôtres, qui une fois rentrés chez eux, pensent reprendre toute leur liberté d'action et de langage et vont se mêler à des batailles ou à des groupements, suivant leurs propres opinions. On nous demandait encore pourquoi les luttes autour de la Prévoyance, du Syndicat de médecine sociale, de l'Agrégation, de l'Association générale ?

A toutes les interrogations, nous répondions franchement, tout en montrant que, quoi qu'on ait pu en dire, le *Concours* est toujours resté le même, car le Conseil de direction du *Concours* n'est responsable que des décisions qu'il prend en réunion et entend laisser entière liberté aux membres qui le composent, lorsque chacun, personnellement, veut s'occuper, à titre particulier, des questions qui l'intéressent.

Notre franchise a dissipé bien des malentendus et, de partout, nos confrères nous ont remerciés d'être venus leur apporter des explications, que jamais ne leur auraient données articles ou polémiques. Aussi, cette première expérience, ces tournées que nous avons faites, au cours de cette année, nous prouvent que nous sommes dans le vrai : nos comités départementaux seront utiles et rendront service au corps médical tout entier. Laissant le syndicat discuter et s'occuper de la défense professionnelle, nos comités n'agiront que pour le seul intérêt général du praticien, puisque leur seule besogne est de faire connaître toutes les œuvres qui peuvent rendre service. Ainsi, pas de ces vaines questions de personnes ou de clocher, mais l'amélioration de la situation du médecin, par l'union, la concorde et la mutualité : voilà notre but.

Mes chers confrères, quelque pénibles que puissent être ces voyages par toute la France, nous avons la ferme intention de les continuer. Nous vous demandons de nous indiquer les dates de réunions de vos syndicats, pour que nous puissions, si besoin en est, demander à y assister et vous développer les bienfaits des organisations médicales. Toujours fidèle à sa tâche, le *Concours* point ne faillira (1). Dr Paul Boudin.

Le Dr Servas, de Bourg, en quelques mots émus, remercie le Dr Boudin de la peine qu'il se donne pour propager les idées de solidarité et de prévoyance et déclare que tous les délégués du *Concours* feront leur possible pour suivre son exemple. (*Applaudissements.*)

(1) Nous annexons plus loin, page 1079, le texte des instructions adressées à chaque membre des Comités départementaux.

Agenda. — Le président annonce l'apparition de l'*Agenda* du *Concours* et dit que les premiers exemplaires seront distribués le jour même. Il remercie alors publiquement, au nom de tout le Comité de Direction du *Concours*, MM. Boulanger et Dumesny, pour l'activité et le gros travail qu'ils ont dû fournir pour mener à bien cette œuvre ingrate. L'*Agenda*, ajoute le président, sera d'abord forcément incomplet ; à nos abonnés de nous faire leurs critiques, pour que, l'an prochain, nous puissions leur présenter quelque chose de mieux encore.

Vœux des Bouches-du-Rhône. — Le président donne la parole au Dr Bagarry pour exposer les vœux suivants :

Ordres du jour :

1er ordre du jour : Le groupement départemental du *Concours médical* des Bouches-du-Rhône invite l'Assemblée générale du *Concours médical* à étudier les moyens d'arriver, au besoin par une réforme sérieuse des statuts de la Société civile, aux résultats suivants : 1° Organisation réelle, c'est-à-dire identique dans toute la France, des groupements départementaux (ou régionaux), de façon à avoir des groupements statutaires et réellement représentatifs des sociétaires adhérents ; 2° Composition de ces groupements, tels que les délégués de ces groupements (ou correspondants) puissent non seulement porter à l'Assemblée générale les vœux de leurs mandants, mais encore la force de leurs bulletins de vote.

2e ordre du jour : Le groupement départemental du *Concours médical* des Bouches-du-Rhône dont l'attention est attirée par la modification aux statuts de la Société civile, qui imposerait aux nouveaux membres l'abonnement au journal, émet la proposition suivante :

Création d'un organe hebdomadaire qui serait la propriété de la Société civile, c'est-à-dire des 7000 praticiens la composant ; ou plutôt achat par la Société civile du journal *Le Concours médical* dont elle assure et va encore plus assurer la valeur et le rendement.

Dr Jeanne. — Il n'y a là qu'un petit malentendu facile à régler. Lorsque le groupement des Bouches-du-Rhône nous transmit son projet de statuts, nous ne vîmes aucun inconvénient à le publier dans le n° 34 du *Concours* ; nous ne prévoyions pas non plus ce qu'on nous apporte aujourd'hui. Mais, à la suite de cette publication, certains esprits légitimement ombrageux nous ont signalé le danger de ces groupements *avec statuts*. Pour eux, le péril consisterait en une lutte possible avec les syndicats : ces rouages locaux ne constitueraient qu'une contrepartie des organisations syndicalistes et pourraient se mettre en conflit avec elles.

Dans notre esprit, les comités départementaux du *Concours* ne doivent faire que de la propagande ; ils doivent aider les syndicats et non pas risquer de les combattre. Aussi, répondons-nous au premier vœu par un *non possumus* formel, et demandons-nous à l'assemblée de désavouer amicalement, mais nettement, les statuts du groupement des Bouches-du-Rhône.

Quant au 2e ordre du jour, nous répondons encore : impossible. Nous sommes liés par les dispositions testamentaires du fondateur du *Concours*, le Dr A. Cézilly : le journal est pour plus de moitié la propriété des héritiers du Dr A. Cézilly : il nous est donc tout à fait impossible de songer à un changement quelconque.

Dr Bagarry. — On s'est mépris sur les intentions du comité des Bouches-du-Rhône. Jamais nous n'avons voulu faire échec aux syndicats

Quant au second point, nous demandons l'avis seulement du *Concours*, après lui avoir soumis une idée.

Dr Coze. — Nous pouvons remercier le Dr Bagarry, qui n'a évidemment que d'excellentes intentions, mais qu'il me permette de lui faire remarquer que nous n'avons mission que de faire un comité uniquement destiné à la propagande. Nous devons insister beaucoup pour bien proclamer que jamais ces comités ne s'occuperont d'agir en pseudo-syndicats. J'ai d'ailleurs déposé ce matin, à la réunion des délégués des Comités du *Concours*, un ordre du jour dans ce sens et cet ordre du jour a été voté à l'unanimité. Je demande qu'il en soit de même ce soir. (*Approbations dans la salle.*)

« Les délégués du *Concours médical* estiment :

1° Que les comités de propagande du *Concours médical* doivent rester sans statuts, se borner à la propagande seule et s'interdire toute action professionnelle ; ils ne doivent, dans aucun cas, s'immiscer ou se superposer à l'action syndicale ;

2° Félicitent les confrères de Marseille du sentiment qui les avaient guidés, mais les invitent à renoncer à leurs statuts. » (*Adopté.*)

Dr Bagarry. — Nous étions insuffisamment renseignés. Je remercie nos amis du *Concours* des explications amicales qu'ils ont bien voulu nous donner.

Le Président. — Aucun blâme n'est adressé aux confrères des Bouches-du-Rhône ; mais ils sont invités à supprimer ces statuts que notre assemblée ne veut pas reconnaître : je mets aux voix cette proposition. (*Adopté.*)

Le Dr Jeanne donne encore lecture d'une question posée par le Comité des Bouches-du-Rhône.

« Le groupement départemental du *Concours médical* des Bouches-du-Rhône serait heureux de voir étudier par l'A. G. du *Concours médical* la question suivante :

« Rentre-t-il dans le rôle des Syndicats médicaux de veiller à la dignité professionnelle des membres qui les composent ?

« Les Syndicats médicaux ont-ils le droit d'émettre un avis, un blâme, au besoin, sur la tenue professionnelle de leurs membres, de ceux par exemple qui usent de réclames ou publicité dans les journaux ?

« Cet essai de rôle moralisateur serait-il un bien, ou au contraire un danger ? »

Le Dr Jeanne fait remarquer que cette question doit être renvoyée à l'Union des Syndicats qui seule a qualité pour y répondre. (*Adopté.*)

Paraîtra le 15 Janvier 1911 :

ÆSCULAPE

Grande Revue mensuelle illustrée, médicale et paramédicale

(MÉDECINE, PHARMACIE ; — SCIENCES, LETTRES, ARTS, dans leurs rapports avec la Médecine)

Papier couché, nombreuses illustrations, format in-4° Jésus (36 × 28 cm), *48-64 pages*

ABONNEMENTS : France 20 fr. ; Etranger, 25 fr. par an

Les 5,000 premiers abonnements de France

tous les abonnements de l'Étranger sont remboursés

Nota. — Il ne s'agit pas ici de soi-disant remboursements en coupe-papier, buvards et autres futilités. Nos primes valent au moins le prix de l'abonnement à « ÆSCULAPE », la plupart valent beaucoup plus. Des concours généreux se sont présentés dès la première heure pour l'entreprise tentée, de grandes maisons françaises ont compris qu'un intérêt national s'attachait à notre pleine réussite et à la vulgarisation immédiate et large de notre grande et luxueuse Revue. Ainsi s'explique que *tous nos abonnements de l'Etranger soient remboursés* et que certaines de nos primes aient été payées, en bel argent sonnant, plus cher que le montant de notre abonnement. Ajoutons que tous les frais de port et d'emballage sont à notre charge et que nous ne demandons à nos abonnés aucune somme supplémentaire.

Adresser, dès maintenant, un mandat de 20 francs (étranger 25 fr.), à M. ROUZAUD, éditeur d'Æsculape, 41, rue des Ecoles, Paris. On recevra au choix l'une des primes suivantes :

I. — **Instruments de Chirurgie, Médecine, Laboratoire.**

1° « Bon » pour 20 fr. d'instruments à choisir dans le catalogue de la maison **Mathieu**.

2° « Bon » pour 20 fr. d'instruments à choisir dans le catalogue de la maison **Guyot**.

3° « Bon » pour 20 fr. d'instruments à choisir dans le catalogue de la maison **Mariaud**.

Nota. — Le « bon » et le catalogue de la maison choisie sont adressés à l'abonné dès la réception du mandat d'abonnement.

II. — **Instruments médicaux.**

4° *Seringue de Barthélemy*, modèle Vigier, avec boîte métal et aiguille en platine iridié de 5 cm ; accompagnée de deux seringues cristal, genre Lüer (valeur de l'ensemble 21 fr.).

5° *Seringue de 20 centimètres cubes* (pour sérum de Roux, etc.), avec tube-raccord caoutchouc, deux aiguilles et boîte métal (valeur 21 fr.).

III. — **Livres.**

6° *L'Art et la Médecine*, par Paul Richer, membre de l'Académie de médecine ; ouvrage de grand luxe, 562 pages, 350 illustrations (valeur 30 fr.).

7° *Œuvres de Rabelais*, 4 vol. édition des Bibliophiles, reliure d'amateur, tête dorée. (Les œuvres de notre vieux et savoureux confrère s'imposent à toute bibliothèque médicale) ; valeur 24 fr.

8° *Œuvres d'Alfred de Musset*, édition de la collection artistique Jouaust, 7 volumes (*Premières Poésies, Poésies Nouvelles, Comédies et Proverbes* (2 vol.), *Contes, Nouvelles*, etc. *Confession d'un Enfant du Siècle*) ; valeur 21 fr.

IV. — **Abonnements** (Les personnes abonnées déjà à l'une des revues ci-dessous ne peuvent choisir cette même Revue comme prime).

9° La *Grande Revue*, bi-mensuelle. Abonnement d'un an (valeur 20 fr. pour la France, 25 fr. pour l'Etranger).

10° *La Revue* (directeur : Jean Finot), bi-mensuelle. Abonnement d'un an (valeur : 24 fr. pour la France, 30 fr. pour l'Etranger).

11° *L'Art Décoratif* (Revue de l'Art ancien et de la Vie artistique moderne). Abonnement d'un an (valeur : 20 fr. pour la France, 24 fr. pour l'Etranger.

12° *Mercure de France*, bi-mensuel. Abonnement d'un an (valeur : 25 fr. pour la France, 30 fr. pour l'Etranger.

V. — **Objets d'art.**

13° *La Baigneuse*, plaquette bronze de CHARPENTIER, fournie par le Parthénon, 54, rue des Ecoles, original au Musée du Luxembourg (valeur 30 fr.).

14° *Pierre et Jean*, plaquette bronze de CHARPENTIER, fournie par le Parthénon, original au Musée du Luxembourg (valeur 20 fr.).

15° *Un grès de Bigot* fourni par le Parthénon (valeur 25 fr.)

16° *Un grès de Pointu* fourni par le Parthénon (25 fr.)

17° *Un grès de Dalpeyrat* fourni par le Parthénon (25 fr.)

Premiers articles à paraître dans ÆSCULAPE

Les mains sont le reflet de l'âme ; leur psychologie. — Le 606 (ce qu'il est, ce qu'il vaut ; le 606 et l'opinion ; le 606 et la caricature). — La Faculté de Beyrouth : ses professeurs, ses élèves, son rayonnement. — Le Professeur Edmond Périer chez le comte Potocki, sauveur des races animales rares (interview). — Rosa-Josepha, monstre pygophage ; sa psychologie, son idylle. — Les nouveaux médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris. — La mise en valeur des stations thermales françaises. — Les amoureuses de prêtres. — L'originalité de l'Ecole Médicale Lyonnaise. — Le Docteur Rabelais. — Pénétrons efficacement le Maroc par nos médecins. — Sonnets médicaux. — Les transplantations d'organes. — Une forme d'amour morbide : le fétichisme. — La médecine au Salon d'automne. — L'influence médicale française à l'Etranger. — Etude médico-psychologique sur Héloïse, Abélard et le chanoine Fulbert. — A propos du squelette préhistorique de la Chapelle-aux-Saints. — Le chlorure de calcium, médicament du jour. — Le Théâtre du Grand-Guignol et l'œuvre d'épouvante d'André de Lorde, etc., etc.

Tous articles abondamment illustrés

MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE
ANTIBACILLAIRE & RECONSTITUANTE

ÉMULSION MARCHAIS

PHOSPHO-CRÉOSOTÉE

POUR LE TRAITEMENT RATIONNEL DES

TUBERCULOSES — BRONCHITES
CATARRHES — PNEUMONIES
GRIPPES — ASTHMES

CHAQUE CUILLERÉE A CAFÉ CONTIENT :

Créosote de Hêtre	0,10
Baume de Tolu	0,100
Glycérophosphate de Chaux	0,20

De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon

Disparition de la **TOUX** et de l'**EXPECTORATION**
Disparition de la **FIÈVRE**
Disparition des **SUEURS NOCTURNES**
Disparition de la **DYSPNÉE**
AMÉLIORATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL
Augmentation de l'**APPÉTIT**
Régularisation des **FONCTIONS DIGESTIVES**
AUGMENTATION du POIDS du CORPS

L'ÉMULSION MARCHAIS *est la meilleure préparation créosotée*
Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration
En desséchant les bronches, l'**EMULSION MARCHAIS** agit d'une manière remarquable sur l'expectoration.
Traité de Médecine, Dr FERRAND.

VITTEL-CENTRALE

EAU de TABLE et de RÉGIME des Cies des Grandes Sources : VITTEL-CENTRALE **ARTHRITIQUES, GOUTTEUX**

IODONE ROBIN
OU PEPTONATE D'IODE



entièrement assimilable

Ce produit diffère complètement et est de beaucoup supérieur aux Préparations similaires dites ***IODES ORGANIQUES INSOLUBLES*** ou instables, il a donné dans les Hôpitaux des résultats remarquables.

Communication à l'Académie des Sciences, par **BERTHELOT** en **1885**, sur les Peptonates

L'**IODONE** a été comparé et étudié dans la Thèse sur les composés iodés par le Dr BOULAIRE, 1906 F. M. P., *qui a été communiquée à l'Académie de Médecine de Paris* (Séance du 26 mars 1907).

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS ET ÉTRANGER

L'IODONE ROBIN

ou IODE ORGANIQUE ASSIMILABLE, est Souverain contre :

GOUTTE, ARTÉRIO-SCLÉROSE ASTHME, SYPHILIS, RHUMATISME

Il ne donne aucune réaction bleue avec l'empois d'amidon, ce qui prouve qu'il n'y a pas d'iode en liberté. ***Il est rigoureusement titré et contient 1 centigr. d'iode métallique par 5 gouttes.***

DOSE Se prend dans du lait à jeun ou aux repas, dans du vin, de l'eau édulcorée ou non, de préférence au moment des principaux repas, à la dose de 10 à 100 gouttes, sans effet d'iodisme. 20 gouttes correspondent à 1 gr. d'iodure de potassium, soit 20 à 200 gouttes par jour.

VENTE EN GROS : **13, Rue de Poissy, PARIS.** — DÉTAIL : *PRINCIPALES PHARMACIES.*

Le Dr Proby, au nom de la Fédération du Sud-Est, résume une proposition, destinée à être adressée par l'Union des Syndicats au Ministère du Travail, et demandant que le nombre des représentants médicaux soit porté à six ou sept, au lieu de trois, actuellement admis ; il demande en outre que la province soit représentée dans cette commission. En tous cas, deux points doivent avant tout être réclamés : le prix de la visite doit être porté à deux francs et l'indemnité kilométrique doit être comptée du domicile du médecin à celui du malade.

Le Président. — Nous sommes tous de l'avis du Dr Proby, et le *Concours* est tout décidé à continuer la campagne en ce sens. Mais il importe de bien établir la séparation des pouvoirs : alors que le *Concours* fera la propagande pour ces idées, l'Union seule a qualité pour exécuter et entrer dans le domaine de l'action. Nous renvoyons donc à l'Union. (*Adopté.*)

Mutualité syndicale. — Dr Jeanne. — La réforme des syndicats médicaux que nous discutions hier, à l'Union peut entraîner beaucoup de conséquences, ne serait-ce que dans le domaine de la prévoyance et de la mutualité professionnelles. Nous pourrions faire l'application de l'art. 6 de la loi de 1884, concernant les caisses de prévoyance annexées aux syndicats et suivre l'exemple de l'Angleterre. Nous serions conduits à examiner l'hypothèse du sectionnement de nos filiales actuelles en caisses départementales, sous le couvert du syndicat local. Le contrôle serait ainsi plus efficace, en même temps qu'il y aurait plus d'intérêt dans la participation au syndicat et plus d'activité pour la propagande. En tous as, un projet est en cours d'études.

Le Président. — Nous vous faisons remarquer qu'il ne s'agit que d'un projet actuellement en cours d'études et que, par suite, il faut attendre plus de maturité pour pouvoir utilement le discuter.

Dr Noir. — Il est de toute nécessité d'augmenter l'intérêt des réunions syndicales. Un avantage matériel doit s'ajouter à la défense professionnelle pour attirer les adhésions et empêcher les démissions. C'est ce que nous avons fait au Syndicat des médecins de la Seine, où nos adhérents peuvent trouver une assistance en cas de risque professionnel, un prêt gratuit immédiat et un office de recouvrements.

Dr de Lauradour. — En effet, ces avantages retiennent beaucoup de tièdes dans nos rangs.

Dr Decourt. — Il serait utile que le *Concours* publiât une étude sur les avantages que le syndicat pourrait retirer de cette réforme. Quelques syndiqués se montrent hostiles au *Concours* sans qu'on sache pourquoi ; ils changeront d'avis à la suite de cette étude.

Quel lien officiel pourrait-on établir, en l'espèce, entre le *Concours* et les Syndicats ?

Dr Jeanne. — Aucun, mais nous serons heureux d'appeler à collaborer à cette étude des membres de l'Union des Syndicats.

Dr Decourt. — C'est le lien officiel que je demande, je me déclare ainsi satisfait.

Dr Flandrois (de Lorient). — Je demande à ce que le *Bulletin* de l'Union fasse quelque chose pour remercier le *Concours*.

Dr Noir. — Nous avons toujours cherché à mettre entre les deux l'accord parfait, mais une séparation absolue. Le *Concours* est un organe essentiellement libre et indépendant, tandis que le *Bulletin* de l'Union est un organe officiel. Le *Concours* est tenu de garder son absolue liberté de penser : si les syndicats lui sont reconnaissants, ils sauront bien le lui prouver

La séance est levée à 4 h. 1/4.

Banquet.

Le banquet qui réunissait, le soir, les membres du *Concours médical* et de ses filiales a été au moins aussi brillant que les autres années : l'entrain et la camaraderie y ont régné d'un bout à l'autre, et nos invités y reçurent l'accueil cordial sur lequel on doit pouvoir toujours compter au milieu des médecins.

Le Président Gassot ouvrit la série des toasts par l'appel à la concorde que nous avons publié au nº 48. Son langage fut compris à demi-mot et on le lui prouva par de frénétiques applaudissements.

Le Président Gairal remercia alors tous les dévoués collaborateurs de l'Union des Syndicats médicaux et notamment M. le Dr Lucas-Championnière qui n'a pas hésité à prendre en main, sur notre demande, le drapeau de la défense professionnelle à l'un des postes les plus durs à tenir : la commission de révision du Tarif Dubief.

M. Lucas-Championnière, dans sa réponse, s'étant dit défiant de son âge et de ses forces, M. Jeanne réfuta ses craintes sans fondement et en profita pour lever son verre à tous les plus anciens du *Concours* présents au banquet, tels que Lebrun, Courgey, de Grissac, etc., qu'il apercevait dans le voisinage de M. Lucas-Championnière.

A ces noms de gens toujours aptes à faire leurs preuves malgré la soixantaine, il associa ceux de MM. Rocher et Gatineau, qui mettent les ressources d'une *âme médicale* à nous défendre dans les prétoires ; de M. Rondel, inspecteur général de l'assistance publique, de nos dévoués actuaires, MM. Léon Marie et Fleury.

MM. Bérillon et Fayard pansèrent d'une main délicate les derniers coups reçus, on ne sait pourquoi, par les membres du Conseil de Direction, et surtout par J. Noir et Diverneresse dont les noms furent l'objet de la manifestation familiale qui termina le repas.

Puis on se rendit dans les salons où se fit la quête pour les Œuvres du Secours immédiat (204 fr.), et où l'on s'entretint en petit comité des projets locaux ou généraux relatifs à la protection du Corps médical.

Ce qu'il est semé d'idées dans ces heures de solidarité vécue, nous renonçons à le dire, mais il nous appartient de le noter, car l'œuvre du *Concours médical* est et sera toujours faite de ces éléments coordonnés et mis au point.

Etaient présents aux assemblées et au banquet. — MM. de Grissac, d'Argenteuil ; Tourtourat, de Paris ; Boulanger, de Paris ; Dumesny, de Paris ; Boudin, de Paris ; Corbière, de Paris ; Servas, de Bourg ; Coze, d'Aix-les-Bains ; Lacroix, de Paris ; Duchesne, de Paris ; Martial, de Paris ; Gassot, de Chevilly ; Viel, de Pont-l'Abbé-Picauville ; Cézilly (P.), de Coye ; Charbonnier, de Caen ; Brasse, de Rouen ; Jeanne, de Paris ; Huguenin, de Paris ; Verhaeghe, de Lille ; de La Rochefordière, de Paris ; Faraggi, de Paris ; Diverneresse, de Saint-Mandé ; Chapoy, de Besançon ; Vimont, de Paris ; Flandrois, de Lorient ; Noir, de Paris ; Lépine, de Belleville-sur-Saône ; Proby, d'Oullins ; Guillaud, de Lyon ; Bazot père, de Joigny ; Bazot fils, de Paris ; Jacquot, de Creil ; Bonnet, de Neuville-sur-Saône ; Maurat, de Chantilly ; Edouard, de Châtillon-sur-Chalaronne ; Dunogier, de Paris ; Mignon, du Vésinet ; Oudaille, du Cannet ; Dengler, de Sellières ; Cahen, de Vichy ; Harlet, de Roubaix ; Bobrie, de la Rochelle ; Fayard, du Péage-de-Roussillon ; Hervier, de Vierzon ; Bagarry, de Marseille ; Prunet, de Jars ; Malzac, de Lassalle ; Delbès, de Périgueux ; Laroche, de Paris ; Coste, de Montataire ; Suttel, du Puy ; Thirard, d'Evreux ; Nimier, de Saint-Brieuc ; Boivin, de Bruz ; Ingelbrecht, de Lyon ; Pontet, de Rives ; Paradis, de Bonne ; Lecerf, d'Ivry-la-Bataille ; Mathey, de Ronchamp ; Gilson, d'Angoulême ; Richard, de Guéméné ; Guimet, de Varennes ; Roger, de Hédé ; Bolliet, de Lyon ; Decourt, de Mitry-Mory ; Gatineau, de Paris ; de Lauradour, de Saint-Ouen ; Gosselin, d'Argenteuil ; Hazard, de Paris ; Lande, de Bordeaux ; Le Menant des Chesnais, de Paris ; Verdalle, de Cannes ; de Fourmestraux, de Chartres ; Duclos, de Gentilly ; Levassort, de Paris ; Tabary, de Paris ; Ausset, de Lille ; Ladevèze, de Saint-Florent ; Barada, de Betz ; Naudet, d'Artenay ; Lafontaine, de Paris ; Rachet, de Honfleur ; Pamart, de Paris ; Gonin, de Paris ; Courgey, d'Ivry ; Lebrun père, de Bar-sur-Aube ; Bérillon, de Paris ; Guiberteau, de Saint-Jean-de-C. ; Gairal, de Carignan ; Tabard, de Vareddes ; Mercier (Maurice), de Paris ; Billon, de Dôle ; Cosse, de Tours ; Lebrun fils, d'Ivry ; Maurat fils, de Chantilly ; Philippeau, de Paris ; Baratoux, de Paris ; Pessez, de Châtel-Guyon ; Lapervenche, de Ribérac ; Vivie, de Ribérac ; Mallet, de Paris ; Patureau-Miran, de Paris ; Lecomte, de Paris ; Bellencontre, de Paris ; Vallat, de Joinville-le-Pont ; Vallat, de Paris ; Debray, de Creil ; Monsseaux, de Vittel ; Champetier, de Vals-les-Bains ; Parès, de Paris ; Samalens, député du Gers ; Darras, de Paris ; Dardel, d'Aix-les-Bains ; Reyneau, d'Orléans ; Mazeran, de Châtel-Guyon ; Villaret, d'Ivry ; Laurent, député de la Loire ; Daix, de Clermont ; Tarrius, d'Epinay ; Gillet, de Paris ; Laquerrière, de Paris ; Ygouf, de Saint-Lô ; de Langenhagen, de Plombières ; Dubuisson, député du Finistère ; Lucas-Championnière, de Paris ; Rondel, de Paris ; Rocher, de Paris ; Le Fur, de Paris ; Fleury, de Paris ; Matton, de Salies-de-Béarn ; Delcroix, de Paris, etc.

Excusés. — MM. Léon Marie, de Paris ; Lepage, de Paris ; Armand, d'Albertville ; Chevallier, de Rully ; Steeg, de Paris ; Couband, de Paris ; Grabinski, de Neuville-sur-Saône ; Me Augé, de Paris ; Reumaux, de Staples ; Treille, de Lavaveix-les-Mines ; Pize, de Quingey ; Urpar, d'Arles ; Roux, de Saint-Gervais ; Séailles, de Paris ; Perrin, de Bezons ; Pédebidou, sénateur, Mirman, de Paris ; H. Cézilly, de Coye, etc.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Traitement des fistules et cavités tuberculeuses par l'injection de pâte bismuthée ;

Par M. le Dr DE FOURMESTRAUX,

Chirurgien de la Maison de Santé de Chartres.

Depuis 2 ans, nous avons traité tous les malades porteurs de fistules ou de cavités tuberculeuses qui nous ont été adressés, par la méthode des injections de pâte au sous-nitrate de bismuth (méthode de Beck) ; nous avons obtenu des résultats qui nous paraissent intéressants et que nous résumerons brièvement.

La méthode de Beck est une méthode toute récente, puisque c'est en 1908 que E. G. Beck, de Chicago, injectant dans des trajets fistuleux une pâte contenant du sous-nitrate de bismuth pour étudier à l'écran le trajet et l'étendue d'une fistule tuberculeuse, vit, contre toute attente, cette fistule se tarir avec une rapidité à laquelle les traitements antérieurement employés ne l'avaient pas habitué. Il répéta l'expérience et put constater que les malades ainsi injectés étaient améliorés ou guéris avec une rapidité parfois surprenante. Il publia les résultats obtenus, qui étaient impressionnants, puisque, sur 192 cas traités, il comptait 64 % de guérisons (1). Le détail de ces observations et l'exposé complet de la technique opératoire du promoteur de la méthode et de la nôtre sont longuement exposés dans la thèse de notre élève Lissonde (2). A la suite de Beck, Hines, Pennington, Ridlon et Blanchard, en Amérique, Steinmann, Dollinger en Allemagne et en Autriche, Rendu, Mauclaire, Dujarrier, en France, exposèrent tour à tour les résultats de leur pratique avec des appréciations très diverses. Consécutivement aux cas d'intoxication rapportés par David et Kauffmann, Bacchus, la méthode des injections du sous-nitrate de bismuth dans les fistules bacillaires fut violemment critiquée, et abandonnée par un certain nombre de chirur-

(1) E. G. BECK. — *The journal of the American Association*, 4 mars 1908, n° 11, pp. 868-872.

(2) LISSONDE. — Thèse de Paris. Imprimerie Oudin, 1910.

FOURMESTRAUX et LISSONDE. — *Archives médico-chirurgicales de province*, 1910.

FOURMESTRAUX. — Congrès français de chirurgie, Paris, 1910.

giens qui l'avaient adoptée avec enthousiasme.

De l'étude des résultats que nous avons obtenus, il ne nous semble pas que la méthode de Beck comporte «ni cet excès d'honneur ni cette indignité. »

Technique opératoire. — Le gros avantage de ce procédé thérapeutique nous semble son extrême simplicité, qui paraît devoir le mettre à la portée de tout praticien ayant quelque notion de l'asepsie et sachant se laver les mains. Nous procédons personnellement de la façon suivante : Les bords de la fistule sont désinfectés chirurgicalement : eau stérilisée, alcool-éther, ou plus simplement après badigeonnage de la peau avec une solution de teinture d'iode dédoublée. Un drain taillé en bec de flûte, une seringue en verre, permettent de réaliser l'aspiration tout au moins partielle du pus stagnant dans la cavité fistulisée. Après assèchement aussi complet que possible de la dite cavité, on procède à l'injection. La technique opératoire de cette dernière est simple et l'on peut employer une seringue du modèle habituel, seringue de 10 à 20 cm.; certaines seringues présentent un embout arrondi qui permet une introduction plus facile dans l'orifice fistuleux.

La pâte à injecter est variable suivant les chirurgiens, et Beck en donne 3 formules en faisant varier dans la composition du mélange à injecter la paraffine pour le rendre plus ou moins consistant. La meilleure formule, à la suite d'essais nombreux, nous semble la suivante :

Vaseline stérilisée.....	20 gr.
Paraffine stérilisée par centrifugation à chaud.....	2 gr.
Bismuth (sous-nitrate).....	7 gr.

Pour un tube n° 1.

Phénomènes secondaires à l'injection. — Dans les cas les plus habituels, l'injection est accompagnée d'une légère douleur : sensation de chaleur, de pesanteur, de brûlure même parfois. Peu de phénomènes réactionnels généraux, mais des phénomènes réactionnels *locaux* intéressants. Si l'on change le pansement le lendemain du jour où a été faite l'injection, on constate qu'il est fortement mouillé par un liquide qui n'a en rien l'aspect de l'écoulement purulent que l'on avait pu constater les jours précédents. C'est un liquide séro-lactescent contenant en suspension des particules de bismuth. Les jours suivants, ce liquide, parfois très abondant, a absolument l'aspect séreux, et rien dans ses caractères extérieurs n'évoque l'aspect des suppurations tuberculeuses, si caractéristiques. Dans les cas exceptionnellement heureux, on a pu (Beck) voir la fistule se tarir après une seule injection.

Pour notre part, c'est là un fait que nous n'avons pu constater, et c'est vers le 3e ou 4e jour en moyenne, que nous avons vu dans les cas heureux, une modification dans la quantité et la qualité de l'écoulement.

Résultats obtenus. — Les statistiques des frères Beck (1) sont très intéressantes, (E. G. Beck, 192 cas traités avec 64 pour cent de guérisons ; J. C. Beck, 319 cas avec 22 pour cent de guérison), quand on considère le pronostic très sévère des fistules et cavités tuberculeuses traitées par les moyens habituels. La statistique de Pennington, ne comportant, il est vrai, que 17 cas, donnerait près de 75 % de guérisons. Rosen, de Berlin, aurait eu des guérisons dans la moitié des cas. Nous avons personnellement eu des résultats impressionnants dans certains cas et d'autres qui nous ont un peu désillusionné. On trouvera dans le travail de Lissonde l'observation détaillée des malades que nous avons traités en suivant cette technique. Aux cas où nous avons eu des résultats vraiment surprenants chez des tuberculeux fistulisés et traités depuis longtemps par la méthode classique, il convient d'opposer ceux où les résultats ont été négatifs.

Sur 29 malades traités par nous, nous avons eu 6 guérisons apparentes, chez des malades où le traitement est cessé depuis un laps de temps de 2 à 6 mois ; 12 améliorations très nettes sur des malades encore en traitement. Dans les autres cas, les résultats ont été négatifs. Nous avons eu enfin 2 intoxications, l'une très légère, l'autre plus grave ; toutes deux du reste, au moment où nous avons commencé à appliquer cette méthode.

Les intoxications. — Le point noir dans l'application de cette nouvelle et intéressante méthode consiste dans la possibilité d'accidents d'intoxication due aux sels de bismuth injectés à dose parfois considérable dans l'organisme. L'intoxication par les sels de bismuth est connue des médecins et des radiologues depuis longtemps, et a été récemment mise au point dans un très intéressant travail de Bensaude et Agasse-Lafont (2). Ces intoxications peuvent être divisées en deux classes très distinctes : intoxication aiguë, intoxication lente. Tantôt il y a intoxication par le métal bismuth ; c'est dans ce cas une intoxication à manifestations lentes due presque exclusivement à l'usage externe des préparations bismuthées. Tantôt au contraire, l'intoxication est provoquée par l'*absorption des nitrites*, due à la décomposition du sous-nitrate. Dans ces cas, on se trouve en présence d'une intoxication aiguë, et cette forme succède presque toujours à l'introduction des sels dans le tube

(1) E. G. Beck. — Dernière statistique. Communication faite à l'Académie de Cleveland, janvier 1910, et rapportée dans le *Munchener medizinische Wochenschrift*, août 1910, n° 33.

(2) *Archives des maladies de l'appareil digestif* 1909, n° 1, p. 13.

digestif. Dans l'emploi de la méthode de Beck, il est tout à fait exceptionnel de se trouver en présence d'une intoxication à forme aiguë. Dans des cas très exceptionnels, on peut cependant avoir des phénomènes immédiats graves.

Dans une coxalgie fistulisée, nous avons été à même d'observer quelques troubles inquiétants : diminution des urines, ascension thermique, sécheresse de la langue. Nous avons débridé et lavé le trajet fistuleux : tout est rapidement rentré dans l'ordre. E. G. Beck, dans sa pratique très étendue, ne signale que 2 cas d'intoxication très légère sur près de 200 cas dont il rapporte l'observation. Aussi ne voyons-nous pas d'intérêt à substituer le carbonate au sous-nitrate comme on l'a proposé. Il nous paraît, en tous cas, prudent de ne pas dépasser à chaque injection la dose de 40 gr. de pâte (14 gr. de sous-nitrate). Nos injections moyennes ont été de 18 à 20 gr. de pâte.

Mode d'action. — L'action de l'injection de pâte bismuthée, si elle est indéniable, est difficile à définir. Elle nous semble cependant agir de façon mécanique et antiseptique. Le sous-nitrate de bismuth est un puissant antiseptique. Au contact des tissus, se transforme-t-il en albuminate de bismuth ? Se forme-t-il, au contact des milieux alcalins, des nitrites dont l'action nous échappe ? Une transformation existe évidemment, puisque le sous-nitrate de bismuth, sel insoluble, peut être absorbé. Quelle est-elle ? Nous n'en savons encore rien et ne pouvons la définir. L'action mécanique est évidente ; quelques auteurs et avec eux Ridlon et Blanchard ont pu prétendre qu'un mélange de cire et de vaseline donnait les mêmes résultats que la pâte bismuthée. Dans les cavités osseuses, la pâte bismuthée agit-elle comme le plombage de Moosetig-Moorhof qui favorise la guérison, en permettant le remplacement progressif du plombage iodoformé par du tissu osseux ? Suivant l'heureuse expression de Dujarrier, le mélange bismuthé servirait de cadre à l'édification de nouveaux tissus qui finiraient par se substituer totalement à lui.

Il nous paraît prématuré de porter un jugement définitif sur cette méthode nouvelle. De quelque façon qu'on l'interprète, dans bien des cas cependant, son action est évidente. Les dangers d'intoxication sont réels, mais moins grands qu'on ne l'a dit. Excellente technique dans les fistules à court trajet, dans les cavités osseuses peu étendues, cette méthode doit être employée avec prudence dans les fistules complexes, cela d'autant que le rein, le foie, les organes de défense des malades tuberculeux fistulisés et infectés auxquels on s'adresse, présentent des altérations cellulaires qui rendront aléatoire la lutte contre une intoxication nouvelle.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'Endopélyscopie.

M. le Dr Jayle vient de décrire dans la *Presse Médicale* une nouvelle méthode d'exploration et d'éclairage internes de la cavité abdominale due au professeur Dm. de Ott (de St-Pétersbourg) et dénommée *endopélyscopie* pour l'éclairage du petit bassin, et *cœlioscopie* pour l'éclairage de la cavité abdominale.

La malade à examiner est mise en position du spéculum pour les examens, et en position de la taille pour les opérations ; puis, on la fait basculer en arrière de 30° à 45°, la tête en bas ; les épaules convenablement soutenues (position dorso-sacrée déclive).

Pour l'éclairage, l'instrument nécessaire est la valve éclairante du prof de Ott. C'est une valve courbe et concave ; elle porte à son extrémité une petite lampe électrique de 5 à 6 volts et de 0,25 ampères ; cette lampe est fixée au bout d'une tige métallique creuse contenant le fil électrique et qui s'ajuste sur la valve et y est maintenue par une bague métallique. La tige se termine par un ajutage qui permet de brancher le courant.

« La source d'électricité peut être fournie par des piles au bisulfite de mercure ou par des accumulateurs, et le professeur de Ott se sert ordinairement de ces derniers. Si l'on a le courant de la ville, mieux vaut l'utiliser ; si le courant est alternatif, on place un transformateur entre la lampe électrique et la prise ; si le courant est continu, on utilise un réducteur de potentiel ;

« *Technique opératoire.* — La *colpotomie* peut être antérieure, s'il s'agit de cas exceptionnels d'annexes situées dans le cul-de-sac utéro-vésical. Dans toutes les autres circonstances, c'est-à-dire, en règle générale, elle sera *postérieure*.

« Supposons l'utérus sain ou, s'il est malade, supposons le traité comme il convient.

« La malade est inclinée à 20° ou à 25°.

« Le col utérin est tiré en haut, vers le pubis, par une pince, et une incision transversale, grande, est faite sur le vagin ; l'on va jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

« Quatre ou cinq fils de soie sont placés sur les lèvres de chaque incision, du péritoine au vagin. Leur but est de faire l'hémostase et de servir pour la traction.

« La malade est, à ce moment, inclinée à 45° au moins.

« On place alors : en arrière une valve longue, large et un peu recourbée ; en avant, la valve éclairante.

« La valve éclairante comprend deux parties : la valve même, qui a été stérilisée à l'autoclave, à l'étuve sèche ou dans une bouilloire et la tige supportant la lampe, qui ne peut être stérilisée qu'au formol ou par un procédé quelconque ne comportant pas une chaleur dépassant 60°.

On ajuste la tige de la valve au fil du courant et la lampe éclaire tout le pelvis. La lumière du

jour ne gêne pas ; tout ce que l'on peut dire, c'est qu'elle est inutile.

« On voit le pelvis avec les annexes de chaque côté, le rectum en arrière.

« On place une longue compresse au niveau du détroit supérieur et, *sous le contrôle de la vue*, on commence l'opération que l'on désire pratiquer sur les annexes.

« Sans doute, les manœuvres ne sont pas aussi aisées que par la laparotomie ; mais, en s'aidant de trocarts longs et de pinces longues, on parvient à ponctionner, à attirer et finalement à extraire les poches kystiques et les annexes enflammées. Toutes ces manœuvres sont d'ailleurs bien connues. Ce qui fait l'intérêt de la pelviscopie, c'est qu'*on voit* par derrière l'utérus que la valve éclairante repousse en avant et qui ne gêne pas.

« Les ligatures sont placées au mieux. Des pinces peuvent être laissées, pour être retirées le lendemain ou le surlendemain.

« L'opération terminée, on retire la longue compresse qui a préservé la grande cavité abdominale et on draine à la gaze iodoformée.

« Dans le cas d'hystérectomie vaginale, la pelviscopie n'est utilisée qu'après l'ablation de l'utérus, réalisée par le procédé des ligatures.

« La valve éclairante sert alors à contrôler l'état du pelvis, à voir si les vaisseaux sont bien aveuglés, à se rendre compte de l'état des annexes, si l'on a pu les attirer dans la plaie, etc.

Cœlioscopie. — Par l'emploi des valves éclairantes, on peut voir non seulement le pelvis, mais encore l'ensemble de la cavité abdominale. La valve à employer est plus longue que celle de l'endopélyscopie et elle est plate.

Il faut avoir soin de tirer *fortement* la paroi au niveau de l'ombilic. Assez souvent, il est nécessaire, au moyen d'un instrument d'environ 60 centimètres de long, de déplacer des anses intestinales (comme avec une main), pour voir le bord antérieur du foie et la vésicule biliaire.

« La cœlioscopie n'a sans doute que des indications limitées ; cependant, elle peut être utile, dans certains cas, pour se rendre compte de l'état de la partie supérieure du ventre. C'est donc une ressource de plus à l'endroit de la voie vaginale.

L'auteur a ainsi pu, au cours d'une laparotomie pour affection pelvienne, explorer la vésicule biliaire, après avoir récliné l'intestin.

« En résumé, l'endopélyscopie rend la colpotomie véritablement exploratrice et elle facilite l'ablation des annexes par la voie vaginale.

« Elle permet, après l'hystérectomie vaginale, si l'accès du pelvis n'est pas rendu trop difficile, par des pinces, de se rendre compte de l'hémostase et de l'état du pelvis.

« La cœlioscopie est possible par la voie vaginale.

« L'emploi de la valve éclairante, au cours d'une laparotomie, permet d'inspecter l'intérieur de l'abdomen bien au-delà des limites de l'incision pratiquée ».

Valeur diagnostique et pronostique de la Réaction de Meyer à la phénolphtaléine dans les Albuminuries.

MM. Triboulet et Périneau viennent de publier dans *La Clinique* les recherches qu'ils ont poursuivies sur la valeur du nouveau réactif de l'albumine, le réactif de Meyer.

Sous l'influence de ce réactif, toute dilution de sang, si faible soit-elle, 1/10.000, 1/20.000 et au delà même, en milieu organique, urine, matière fécale, liquide de sérosité, etc., vire au rouge franc, instantanément et de façon durable.

N'oublions pas que le réactif de Meyer à la phénolphtaléine doit être maintenu continuellement dans une atmosphère d'hydrogène par le dépôt, au fond du flacon, de zinc pulvérulent ; la solution doit rester absolument limpide et claire.

Voici la technique à employer, d'après les modifications conseillées par M. le Dr Sardou :

« A l'urine soumise à l'examen (3 centimètres cubes) on ajoute égal volume d'alcool acétique à 2 p. 100. Sur ce mélange, après agitation, on verse 1 centimètre cube de réactif de Meyer, on agite le tout et on fait tomber, en dernier lieu, les trois gouttes d'eau oxygénée.

« En somme, avec la réaction de Meyer, à la phénolphtaléine, le clinicien possède un réactif sensible qui lui permet, dans une mesure vraiment très précise, de *diagnostiquer* parfois une albuminurie délicate à dépister, et surtout d'en *diagnostiquer* la nature. La réaction est-elle *négative* ? On a grandes chances d'être en présence d'une albuminurie toxique, non inflammatoire, qui, à moins de complications surajoutées, cessera avec la période aiguë de la maladie causale, et disparaîtra sans laisser de traces. Par contre, la réaction à la phénolphtaléine est-elle *positive* ? On a vraisemblablement affaire à une atteinte rénale, à une néphrite à pronostic sérieux, exigeant une longue surveillance et pouvant, d'emblée, *et par suite de rechutes successives*, passer à l'état chronique, constituer un mal de Bright (réserves faites pour certains processus hémorrhagipares (purpura).

« Inutile, semble-t-il, d'insister sur l'utilité incontestable d'un tel *diagnostic pathogénique* précoce, pour le *pronostic* et pour le traitement, présent et à venir. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Les arsenicaux organiques. — Lésions oculaires par poussières des routes goudronnées. — Hémophilie traitée par les injections de peptone de Witte. — Méningites bénignes. — Le 606 et la syphilis nerveuse. — La réaction de Wassermann dans la syphilis traitée par le 606. — Cancer de la lèvre traité par l'électro-coagulation. — Diagnostic des affections de l'appareil génital de la femme et des affections intestinales.

M. Armand Gautier, dans une communication à l'*Académie de médecine*, rappelle qu'il a

fait connaître le premier, il y a plus de dix ans, l'innocuité des composés *arsenicaux organiques* et leur efficacité extraordinaire. La série des médicaments en question, partie du cacodylate de soude, s'est augmentée peu à peu pour arriver à l'atoxyl et au 606.

Dès 1900, dit M. Gautier, j'ai signalé à l'Académie et à d'autres Sociétés savantes les effets surprenants des cacodylates et mieux encore de l'arrhénal dans la syphilis secondaire ou tertiaire. A cette époque déjà, M. Brocq, M. Gastou, M. Maramaldi (de Naples) ont publié des cas de guérison, par les cacodylates, de lésions syphilitiques rebelles à la cure mercurielle. Les propriétés anti-syphilitiques des arsenicaux organiques en général, des cacodylates et de l'arrhénal en particulier, ont donc été établies en France bien avant la venue du 606, qui n'est qu'un nouveau produit, théoriquement prévu, de cette série. Les cacodylates jouissent d'une action anti-syphilitique intense. Ils n'offrent pas, d'autre part, les dangers du 606. Il serait intéressant, dès lors, d'établir cliniquement une comparaison entre les nouveaux arsenicaux et les anciens, envisagés quant à leur emploi dans la thérapeutique de la syphilis.

— M. Letulle dépose sur le bureau de l'*Académie de médecine* un mémoire de MM. Truc et Fleig (de Montpellier) intitulé : *Lésions oculaires par poussières des routes goudronnées*. Les auteurs, se basant sur de nombreuses observations et sur des expériences faites chez les animaux, estiment que les routes non goudronnées ont un rôle peu nocif pour les yeux normaux, alors que les routes goudronnées sont, au contraire, nuisibles en proportion de leur richesse en goudron.

Les poussières goudronnées sont facteurs de blépharites, de conjonctivites, de kératites, avec troubles oculaires parfois persistants, dus surtout à l'action chimique du goudron. Bien que ces lésions oculaires soient plutôt bénignes, il n'en sera pas moins utile de conseiller aux automobilistes circulant sur les routes goudronnées l'emploi de lunettes protectrices.

— MM. Nobécourt et Léon Tixier rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation d'*hémophilie traitée par des injections de peptone de Witte*, suivant la méthode de Nolf et Herry.

Le malade, âgé de neuf ans, était atteint d'hémophilie constitutionnelle, familiale et congénitale. Les auteurs, après divers traitements restés inactifs, s'adressèrent aux injections sous-cutanées de peptone de Witte, que Nol et Herry ont préconisées. La solution contient :

Peptone de Witte.....	5 gr.
Chlorure de sodium.....	0 gr. 50
Eau distillée.....	10 gr.

et est stérilisée par chauffage à 120 degrés, pendant un quart d'heure.

L'enfant reçut 12 injections, la première de 7 centim. cubes, les suivantes de 4, 5 ou 6 centim. cubes, les dernières de 3 ou 4 cent. cubes. Les intervalles des injections ont été successivement de 1 jour, 7, 5, 12, 17, 29, 9 jours, etc. Les résultats ont été des plus satisfaisants et il est permis de dire que, chez ce malade, les injections de peptone de Witte ont eu une action particulièrement favorable sur l'hémophilie. Elles ont, d'autre part, déterminé certains phénomènes réactionnels (fièvre, douleurs locales, etc.).

— MM. Rist et Rolland rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* cinq observations de *méningite bénigne d'allure épidémique* qu'ils ont recueillies l'été dernier. Il s'est agi d'accidents méningés aigus, fébriles, à lymphocytes, terminés tous par la guérison. Les affections méningées de ce genre, qui peuvent revêtir, chez l'adulte principalement, le masque de la méningite tuberculeuse ou de la méningite cérébro-spinale, sont à l'étude et relèvent de causes souvent mal définies. M. Widal les a qualifiées du nom d'*états méningés*.

— MM. Pierre Marie, Leri et Barré exposent à la *Société médicale des hôpitaux* l'histoire d'un cas de *paralysie de la troisième paire traitée par le* 606. La paralysie, qui avait résisté à l'administration du protoiodure pendant 3 semaines, a disparu quelques jours après une injection de 50 centigr. de 606.

M. Milian a observé deux cas de paralysie du moteur oculaire commun traités par le 606, l'un il y a cinq semaines, l'autre il y a une semaine. Le résultat est encore actuellement nul.

M. Sicard a vu, chez un tabétique de date récente, le signe d'Argyll-Robertson rétrocéder en grande partie à la suite d'une injection sous-cutanée péri-scapulaire de 606. Chez des tabétiques de vieille date, le signe d'Argyll-Robertson n'a pas été modifié.

M. Léon Bernard a soigné une malade atteinte de *syphilis cérébro-spinale* et lui a appliqué successivement le 606 et les préparations mercurielles. L'état de la patiente était caractérisé par l'association de phénomènes parétiques des membres inférieurs, de paralysies oculaires, de céphalalgie, de troubles psychopathiques et de cachexie. Une injection de 606 resta sans effet, du moins apparemment. La situation s'aggravant, on commença, 7 jours après l'injection d'arsénobenzol, une série d'injections de benzoate de mercure : à la douzième piqûre mercurielle, les phénomènes morbides commencèrent à s'améliorer et actuellement toute la symptomatologie est très amendée. Cette observation semble apporter un appoint à la prééminence du traitement mercuriel sur le traitement par le 606 pour les accidents de la syphilis cérébro-spinale.

MM. Georges Guillain et Ravaut ont utilisé le 606 contre une *hémiplégie syphilitique* de la période secondaire. La malade était une femme de 28 ans. Une injection de 45 centigr. de 606 lui fut faite. La malade mourut le 7e jour qui suivit l'injection. A l'autopsie, on trouva un pe-

tit foyer de ramollissement cérébral, sans autre lésion viscérale apparente. Bien qu'ayant l'impression que cette hémiplégie devait s'améliorer par le traitement mercuriel (3 injections de biiodure avaient produit une légère amélioration), les auteurs se refusent à attribuer la mort à l'injection de 606, des hémiplégies syphilitiques ou non syphilitiques pouvant avoir une terminaison mortelle plus ou moins rapide, avec ou sans traitement.

M. QUEYRAT, tout en se déclarant grand partisan du 606, estime qu'il ne faudrait pas croire ni laisser croire que ce médicament a prise sur tous les cas de syphilis. Il l'a vu échouer, en Allemagne notamment, plusieurs fois. Chez une malade du service du professeur Herxheimer, à Francfort, par exemple, 3 injections de 50 centigr. de 606 sont restées inefficaces contre des syphilides cutanées et muqueuses et le Wassermann est demeuré positif. La malade, soumise alors à la cure mercurielle, guérit.

— MM. JEANSELME et TOURAINE communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur la *réaction de Wassermann dans la syphilis traitée par le* 606.

Les recherches des auteurs ont porté sur 36 cas. Le Wassermann a été 23 fois d'emblée négatif peu après l'injection, pour redevenir positif cinq fois dans la suite. Dans 8 cas, il est resté positif et cela jusqu'à trente-trois jours. Dans quelques cas enfin, la réaction, négative avant l'injection, s'est montrée momentanément positive après, pendant une dizaine de jours, puis finalement négative.

La disparition de la réaction coïncide souvent avec la cessation des accidents, mais la réaction peut retarder sur la clinique et l'on voit les accidents syphilitiques disparaître avec un Wassermann qui reste encore positif quelque temps.

— M. FAUCHON-VILLEPLÉE présente à la *Société française d'électrothérapie et de radiologie médicale* trois observations de *cancer de la lèvre inférieure traité par l'électro-coagulation*. Ces cancers, avec simple anesthésie cocaïnique, ont été détruits au cabinet du médecin en une seule séance sans que le malade ait eu à interrompre ses occupations. L'escharrification profonde s'est réparée rapidement, ne laissant qu'une cicatrice très petite. L'auteur ne se prononce pas, ses observations étant trop récentes, sur les résultats éloignés ; mais au point de vue des résultats immédiats, il insiste sur les points suivants : pour le médecin, l'application est facile et n'exige pas un matériel important ; pour le malade, il suffit d'une seule application et il n'y a pas pour ainsi dire ni précautions, ni soins consécutifs. Aussi l'électro-coagulation paraît-elle offrir une supériorité manifeste sur la radiothérapie qui exige plusieurs séances et sur l'ablation chirurgicale, qui est plus complexe, nécessite des pansements et donne des pertes de substance plus considérables.

A la suite de cette communication, s'engage une discussion sur les effets thermiques des courants de haute fréquence. M. DELHERM montre que les effets thermiques ont été de tout temps connus en France; peu d'auteurs français, il est vrai, les ont recherchés d'une façon systématique, mais il ne faut pas oublier que Bonnefoy a insisté depuis longtemps sur les sensations de chaleur éprouvées par les patients soumis à l'action du condensateur. C'est en Allemagne, surtout dans ces derniers temps, qu'on a utilisé la thermothérapie d'une manière suivie.

— M. JAYLE présente à la *Société de l'Internat* un travail sur les *erreurs de diagnostic entre les affections de l'appareil génital de la femme et les affections intestinales*. L'auteur classe ces erreurs en quatre groupes :

1° Erreurs dues aux anses intestinales grêles. Dans des cas de ptose accentuée, des anses intestinales peuvent être prolabées dans le pelvis, donner au toucher vaginal une sensation d'empâtement qu'il ne faut pas prendre pour de la pelvi-péritonite chronique, pour des annexes congestionnées et prolabées.

2° Erreurs dues au cæcum. Le cæcum, surtout chez les femmes amaigries et atteintes de ptose, peut être prolabé dans le pelvis. Dans cette position anormale, il se distend fréquemment, et il en résulte des douleurs dont le siège correspond aux annexes droites. Le diagnostic de salpingite, d'ovarite se présente facilement à l'esprit. Pour éviter l'erreur, on mettra la malade en position déclive, la faisant respirer largement, et, avec la main abdominale, s'aidant du doigt vaginal, on appuiera sur la tumeur de bas en haut et d'avant en arrière ; fréquemment, s'il s'agit de ptose cæcale, la masse diminue et remonte un peu, quelquefois disparaît.

3° Erreurs dues au côlon pelvien. Le côlon pelvien contient souvent des matières, même lorsque l'ampoule rectale a été préalablement vidée par une selle spontanée. A l'examen, on trouve un gros cordon allongé plus ou moins bosselé, mobile, qui peut faire croire à une salpingo-ovarite. On évitera l'erreur en constatant que le même gros cordon est perçu dans la fosse iliaque gauche. Un purgatif réduira le volume dudit cordon.

4° Erreurs dues au rectum. L'accumulation des matières dans le rectum est une cause fréquente d'erreurs de diagnostic. Elle peut faire croire à l'existence d'affections utérines et annexielles qui n'existent pas.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Le Fer (*Suite*),

Par le Dr André LOMBARD.

L'*iodure de fer*, iodure ferreux, est un sel blanc, de saveur styptique, très hygrométrique ; on l'emploie spécialement dans le lymphatisme,

la scrofule, la scrofulo-tuberculose, l'anémie des convalescents et l'hérédo-syphilis ; il occupe parmi les sels de fer, une place tout à fait spéciale et peut avantageusement remplacer, en été, l'huile de foie de morue, avantage appréciable malgré le reproche qu'on lui peut adresser de noircir les dents et de provoquer quelquefois de la gastralgie. Il est aussi très utile dans l'anémie saturnine parce qu'il joint aux propriétés reconstituantes du fer l'action éliminatrice des iodures. On le prescrit à la dose moyenne de deux centigr. et demi par année d'âge et par jour, en médecine infantile, en pilules et en sirop. Le sirop du Codex, de saveur astringente, contient pour 20 gr. (une cuill. à soupe), 0 gr. 10 de sel ; on en donne donc 5 gr., par jour et par année d'âge aux enfants et deux à quatre cuillerées à soupe aux adultes. On peut supprimer ses effets fâcheux sur le tube digestif en lui associant la rhubarbe :

Sirop de sucre.....	300 gr.
Extrait de rhubarbe.....	5 gr.
Iodure de fer.....	4 gr.

une cuill. à soupe contient environ 0 gr. 30 de rhubarbe et 0 gr. 25 d'iodure de fer.

Les pilules sont facilement altérables ; on peut utiliser celles du Codex selon la formule de Blancard dosées à 0 gr. 05 d'iodure ferreux, ou bien les faire préparer avec un laxatif :

Iodure de fer.....	0 gr. 10
Poudre de cascara sagrada.....	0 gr. 10
Extrait de gentiane.....	0 gr. 05

en 1 pilule. En prendre de deux à dix par jour.

Le *bromure de fer* présente réunies les propriétés du fer et celles des bromures, il est soluble dans l'eau, on le prescrit en pilules de 0 gr. 05, à la dose de vingt à cinquante centigr. Il en est de même du *sesquibromure de fer* ; c'est aussi un sédatif en même temps qu'un reconstituant. Ce dernier sel est très soluble dans l'eau et l'alcool, donc très hygrométrique ; on le prescrit à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 par jour, en dragées.

(*A suivre.*)

CONSEILS CLINIQUES AUX PRATICIENS

A propos du traitement de la Conjonctivite purulente,

Par le Dr Jacqueau (de Lyon).

Il y a quelques mois, mon distingué et très regretté confrère, le Dr Trousseau, publiait ici même un article où il réhabilitait en quelque sorte le nitrate d'argent dans le traitement de la conjonctivite purulente. En parcourant cet article, je me rappelais avec quelque amertume les difficultés de son emploi, même dans une clinique bien organisée, au temps où nous ne possédions pas d'autres armes contre l'ophtalmie infantile, et les mécomptes, pour ne pas dire les désastres, qu'il avait si souvent produits sur les cornées des jeunes enfants.

Peu de jours après, un confrère des plus compétents en médecine générale m'amenait d'une petite ville des environs un bébé de trois semaines dont les cornées devenaient purulentes et se perforaient avec rapidité. Ayant lu les lignes auxquelles je viens de faire allusion, il avait dès le début employé le nitrate d'argent, n'avait pu faire convenablement la neutralisation saline, et autant que moi-même, il était persuadé qu'il avait nui à l'enfant en se servant du nitrate, lequel avait agi comme premier élément d'attaque de l'épithélium cornéen. L'amélioration extrêmement rapide du reste, après cessation de cette médication, nous en donna la preuve.

Je retrouve dans le premier numéro d'octobre du *Concours*, sous la signature du Dr Védrines, un nouveau plaidoyer en faveur du traitement de la conjonctivite purulente par des attouchements au nitrate à 1/10e suivis de la neutralisation par l'eau salée saturée.

Le *Concours médical* est un journal de vulgarisation lu surtout par des praticiens; aussi contrairement à l'opinion de mes deux collègues, je ne saurais trop les mettre en garde et m'élever contre ce traitement. Loin de moi la pensée de dire que celui-ci est mauvais ; je suis absolument persuadé qu'il est excellent ; je dis seulement et j'affirme que, pour un praticien livré à lui-même, il est extrêmement difficile à appliquer, et de ce fait, des plus dangereux.

Que se passe-t-il en effet presque toujours ? On ouvre avec beaucoup de difficultés les yeux du bébé qui crie, et dont à ce moment les paupières, d'autant plus bouffies qu'il crie plus fort, se laissent très difficilement retourner.

On instille le nitrate, on badigeonne à 1/50 ou même 1/10, mais on n'atteint jamais ainsi les culs-de-sac palpébraux. En revanche, celui-ci fuse rapidement sur la cornée à travers la fente infime laissée entre les conjonctives ectropionnées. On tarde plus ou moins à neutraliser, parce que les paupières ne se tiennent pas retournées, parce que l'enfant se débat, parce que l'on est seul ou que l'on est mal aidé. Et lorsque enfin l'eau salée arrive sur la conjonctive, elle n'arrive souvent plus sur la cornée ou y arrive trop tard.

Pendant ce temps, le nitrate fait son œuvre, attaque l'épithélium cornéen, et dès que celui-ci est détruit, voilà la porte ouverte à toutes les infiltrations, à toutes les infections et à leurs conséquences, perforations, staphylomes, avec, au bout, la cécité possible. Cette cécité, ce ne sera pas l'ophtalmie qui l'aura créée, mais ce sera le médecin dont l'arme aura été plus dangereuse que le mal.

CONFRÈRES !

Pour le Traitement

de l'**ENTÉRITE**

et de la **CONSTIPATION**

Prescrivez

et Exigez

l'***EAU***

et les ***PRODUITS***

Chatel-Guyon-Gubler

AUTHENTIFIÉS et GARANTIS

Par la

Marque de Fabrique



Le Timbre

aux 2 Bouteilles

renversées

Échantillons gratuits aux Médecins

Société des Eaux Minérales de Châtel-Guyon, 1, rue Rossini, PARIS

Consommation d'Hiver

VALS SOURCE LA REINE

Dans les convalescences des

MALADIES INFECTIEUSES,

de la **GRIPPE,**

des **FIÈVRES ÉRUPTIVES,**

alors qu'il y a insuffisance rénale manifeste et que l'économie est surchargée de toxines et d'éléments de dénutrition dont il est nécessaire de hâter l'élimination, la **REINE DE VALS** exerce un véritable

LAVAGE DU SANG et augmente la diurèse.

Faut-il ajouter qu'elle est acceptée avec le plus grand plaisir par les malades dont la bouche est remplie encore de mucosités fuligineuses qui leur sont si désagréables.

La **REINE DE VALS** est aussi la boisson préférée des

ARTHRITIQUES et des **DYSPEPTIQUES** qui peuvent la consommer indéfiniment sans crainte d'accidents d'aucune sorte

---

La **REINE DE VALS** se trouve chez tous les marchands d'eaux minérales, dans toutes les pharmacies. On peut se la procurer d'ailleurs dans tous les dépôts de la Compagnie Fermière de Vichy, ou s'adresser directement à M. CHAMPETIER, à Val-les-Bains (Ardèche).

Que les praticiens, je le répète, abandonnent donc totalement l'emploi du nitrate d'argent dans l'ophtalmie purulente des jeunes enfants ; qu'ils en laissent l'emploi aux spécialistes qui, sachant le manier, désirent encore l'employer (et je crois qu'ils sont peu nombreux actuellement). Ils ont à leur disposition d'autres armes excellentes et beaucoup plus aisément maniables, parce que moins dangereuses. Il s'agit toujours du reste, de sels d'argent, et sans faire entre eux, car ils sont nombreux, un choix hésitant, qu'ils s'arrêtent à celui qui a fait ses preuves, et dont l'action, chez l'enfant au moins, paraît absolument efficace, je veux dire le protargol.

Voici, pour être plus précis, comment je conseille de procéder lorsqu'un confrère aura, en l'absence de tout oculiste, à soigner une ophtalmie purulente de l'enfance.

1° Lavages trois fois par jour, pas davantage, à l'eau bouillie tiède. Pour cela, se servir simplement d'un tortillon de coton hydrophile essoré à une faible hauteur de la fente palpébrale. A défaut d'aide, le pouce et l'index de la main gauche entr'ouvrent les paupières pendant que l'autre main presse le tortillon. Des petits brassages exécutés en même temps et avec douceur par les doigts maintenant les paupières, font sourdre toutes les mucosités purulentes. Si l'eau est tiède, si les doigts ne sont pas trop froids, l'enfant ne bougera souvent pas du tout, et s'il dort, il se réveillera à peine.

2° Après les lavages, mais le matin et le soir, seulement, on instillera entre les paupières II à III gouttes du collyre suivant :

Protargol.....	1 gr.
Eau distillée.....	5 gr.

Faire dissoudre lentement à froid, flacon brun.

La solution est peu douloureuse, pénètre aisément partout, n'a pas besoin d'être neutralisée. Elle n'est précipitée ni par les chlorures, ni par l'albumine.

3° Après trois jours dans la plupart des cas, après quatre, cinq ou six jours dans d'autres cas plus graves où la suppuration et le gonflement des paupières ne paraissent pas diminuer aussi vite, on dédouble la solution qui passe de 1/5 à 1/10, et on continue les instillations de la même façon, matin et soir.

4° Après trois à six jours encore, selon la gravité de l'affection, on restreint le nombre des instillations, que l'on ne fait plus qu'une fois par jour à ce même titre de 1/10, pour les espacer encore et les cesser complètement lorsque le liquide, de purulent, est redevenu clair. C'est alors une question d'appréciation, mais à ce moment le danger est conjuré.

J'insiste sur le titrage élevé de la solution protargolée, 1/5, puis 1/10. La guérison est à ce prix. On n'aura fort rarement, sinon jamais, des mécomptes, avec ce procédé systématiquement employé. Il a en outre l'avantage très appréciable de pouvoir être appliqué directement par l'entourage, lorsque le médecin ne pourra faire des visites fréquentes et régulières. Enfin, il est sans danger

Dans cette note, que je fais à dessein très concise, je n'ai en vue que les ophtalmies de l'enfance, les plus fréquentes de beaucoup, du reste. Pour les ophtalmies purulentes de l'adulte, la guérison totale est moins certaine, quelle que soit d'ailleurs la méthode employée. On pourra, dans tous les cas, donner de la même façon les premiers soins, et, devant des menaces sérieuses, le mieux sera alors de diriger rapidement, si possible, le malade vers une clinique ou vers un spécialiste, et là alors redeviendra peut-être de mise le nitrate d'argent que je viens de combattre avec ardeur.

CORRESPONDANCE

Assistance médicale gratuite.

Notre confrère Houdart, de Pontarlier, nous adresse la copie de la lettre envoyée par tous les médecins de Pontarlier au maire de cette ville :

Monsieur le Maire de Pontarlier,

Les médecins de Pontarlier, soussignés, avertis par la presse qu'il était question de rattacher le service des indigents de la ville au service départemental de l'assistance gratuite, ont l'honneur de vous avertir qu'ils ne peuvent accepter cette combinaison.

La Société de médecine de Besançon et le Syndicat des médecins du Doubs cherchent à obtenir pour tout le département le système du Jura : libre choix pour l'indigent, médecin rétribué selon son travail réel. Nous abondons dans ces idées que nous croyons réalisables ici comme ailleurs, ce serait aller contre nos principes de créer une situation pour l'abolition de laquelle nous luttons.

Veuillez, etc.

Un point délicat de déontologie. A propos des médecins attachés aux cliniques ouvrières.

Monsieur le Directeur du *Concours*,

En ma qualité d'abonné du *Concours*, je me permets de vous poser une question d'ordre déontologique à laquelle je vous serais très obligé de me répondre pour éclairer ma conscience.

Une organisation ouvrière importante m'a demandé à plusieurs reprises, par l'organe de son secrétaire, si je voulais assurer exclusivement le service médical de ses adhérents moyen-

nant des honoraires spéciaux à fixer, et si j'étais disposé à l'aider en toutes circonstances de mes conseils, notamment pour les questions si complexes d'accidents du travail.

J'ai toujours, jusqu'à présent, refusé mon acquiescement, étant imbu du principe du libre choix, et ne voulant, d'ailleurs, en aucune façon, faire de la médecine au rabais, sauf dans les cas bien déterminés de l'assistance et des secours mutuels.

Revenu récemment à la charge, le secrétaire de ce groupement me rappela l'affiliation de certains médecins à la C. G. T., la fondation de Syndicats affiliés aux Bourses du Travail, et parut très étonné de mon peu d'enthousiasme pour sa proposition faite de grand cœur et dans mon intérêt.

Ces arguments, joints à ce fait que certains confrères acceptent de soigner gratuitement employés de chemin de fer, gendarmes, etc., joints à cet autre fait que plusieurs confrères de notre région sont médecins exclusifs et salariés d'usines ou ateliers, tous ces arguments m'incitent à vous poser la question suivante :

Un médecin syndiqué, membre du *Concours*, conscient de ses devoirs de solidarité professionnelle, peut-il accepter d'être médecin d'une organisation comme la Bourse du Travail, par exemple, au même titre que tel confrère syndiqué consent à être médecin de gendarmes, de cheminots ou d'usine ?

Sous quelle forme et dans quelles conditions pourrais-je accepter l'offre qui m'a été faite et que je n'ai nullement sollicitée ?

Je voudrais accepter, étant père de famille et pas millionnaire, mais je ne voudrais être taxé, par qui que ce soit, de mauvais confrère ou d'accapareur.

D'autre part, la même proposition faite à quelque autre confrère serait *peut-être* accueillie avec enthousiasme, je vous le dis franchement, comme je le pense.

Ne pourrais-je pas devenir, par exemple, le médecin conseil officiel, moyennant rétribution annuelle, sans pour cela laisser imposer aux sociétaires mon nom comme médecin traitant exclusif ?

L'affaire que je vous expose me paraît présenter un intérêt général, c'est pourquoi je me suis permis d'y appeler votre attention, à vous qui connaissez à fond les questions d'ordre professionnel et qui montrez tant de dévouement à la cause syndicale. Dr L.

A Monsieur le Docteur L.... •

Le Concours médical m'ayant chargé de vous répondre, je crois tout d'abord devoir vous communiquer le document ci-dessous qui vous fixera sur l'opinion d'un groupe de médecins qui est un des plus énergiques défenseurs de l'indépendance médicale puisqu'il n'admet (à l'inverse des syndicats médicaux actuels et peut-être futurs) aucun médecin acceptant de donner des soins soit dans les cliniques patronales, soit dans les cliniques ouvrières, ou même à domicile, mais sous les ordres de l'une ou l'autre de ces organisations.

Voici la pièce parue dans le journal *La Médecine sociale* d'octobre 1910 :

La Section de la Seine a fait présenter au Congrès de la C. G. T. à Toulouse le vœu suivant :

Le Syndicat de Médecine Sociale de la Seine,

Considérant que les médecins employés au traitement des accidentés du travail et à la confection des certificats dans les cliniques placées sous le contrôle des assureurs, des chefs d'industrie ou des syndicats de garantie, sont à juste titre suspects à la classe ouvrière, qui soupçonne que les certificats de ces médecins sont parfois dictés par les propriétaires de ces cliniques patronales ;

Considérant d'autre part que les médecins employés au traitement des accidentés du travail et à la confection des certificats, dans les cliniques placées sous le contrôle des organisations ouvrières, sont suspects aux tribunaux qui, heureux de trouver ce prétexte, ont une propension naturelle à diminuer le taux des incapacités permanentes lorsque le blessé se présente muni de certificats émanant d'une clinique ouvrière ;

Considérant que, par ce fait, le taux moyen des incapacités a diminué sensiblement dans les grandes villes et que par suite la classe ouvrière se trouve gravement lésée ;

Qu'ainsi les cliniques installées, dirigées ou surveillées par les organisations tant patronales qu'ouvrières, sont très gravement contraires aux intérêts des ouvriers et employés blessés ;

Emet le vœu que les organisations ouvrières respectent l'indépendance des médecins, combattent les cliniques patronales, boycottent les médecins employés dans ces cliniques et décident que nulle part elles ne créeront de cliniques placées sous leur surveillance ;

Considérant d'ailleurs que, dans la question des accidents du travail, il y a deux choses distinctes : 1° le traitement du blessé ; 2° sa défense ;

Le Syndicat de Médecine sociale de la Seine,

Sur la question du traitement, déclare que l'ouvrier doit pouvoir choisir son médecin comme son boulanger et que la classe ouvrière ne doit pas elle-même (quels que soient les avantages financiers qui pourraient en résulter) tendre à diminuer cette liberté ; que le blessé doit en effet rester absolument maître du choix de son médecin.

Sur la question de la défense du blessé, le Syndicat déclare qu'il doit être à la disposition des conseils judiciaires qui devraient être partout créés.

Pour le Syndicat et par ordre :

Le secrétaire,

Docteur JAMART.

Inspirez-vous donc du document ci-dessus et de la pièce ci-dessous pour faire comprendre aux organisations ouvrières qu'elles doivent faire tous leurs efforts pour étendre et non pour restreindre la faculté qu'a le blessé d'appeler le médecin qui lui inspire le plus de confiance et de sympathie.

Voici la 2e pièce à laquelle je faisais allusion tout à l'heure.

Extrait du procès-verbal de la séance du Conseil judiciaire ouvrier tenue le vendredi 9 novembre 1907.

A propos des dispensaires pour accidentés du travail.

M. le Dr Diverneresse critique le fonctionnement ou plutôt l'institution des cliniques pour accidentés du travail, non pas qu'il mette en doute ni la valeur, ni la bonne foi des chirurgiens qui peuvent y exercer, car il en est de bons, mais il expose que les médecins des quartiers ouvriers sont journellement appelés pour donner leurs soins dans les familles ouvrières pour toutes les maladies, et que le plus souvent ils sont obligés de les donner gratuitement. Si lorsque ces mêmes ouvriers sont blessés et alors que les dits docteurs pourraient, en cette circonstance, trouver une compensation à leurs sacrifices, si ces blessés, dit-il, se rendent dans les dispensaires, c'est une perte pour les docteurs, qui ne peuvent plus trouver, dans des honoraires qui leur auraient été payés par le patron, la compensation à leurs soins, tardivement ou incomplètement payés pour les maladies non garanties par le patron comme le sont les blessures.

Cette question a ému les médecins de quartier qui certainement l'envisageront.

Ajoutez à cela que les organisations ouvrières, en créant dans les Bourses du travail des cliniques, organisent elles-mêmes un monopole médical au profit de 2 ou 3 médecins au détriment d'autres médecins, eux aussi défenseurs des légitimes revendications des ouvriers.

Puisqu'elles combattent les monopoles, les organisations ouvrières seraient mal venues à en établir un autre.

Enfin ce monopole a les inconvénients de tous les monopoles ; non seulement il restreint le libre choix du médecin par le blessé, mais il peut desservir les ouvriers eux-mêmes. En effet, les Bourses du Travail doivent passer des contrats plus ou moins longs (10 ans, il y a même un contrat de 18 ans) avec les médecins qui organisent ces cliniques. Les Bourses ne peuvent donc plus rompre ce contrat sans s'exposer à des procès, à des dommages-intérêts pour rupture de contrat.

Or, une fois que les 2 ou 3 médecins se sont assuré le service médical de la Bourse pour de longues années, s'ils paraissaient faiblir dans la défense des ouvriers, les blessés se plaindront, il pourra y avoir là un sujet de mécontentement contre la Bourse, et on ne pourra pas congédier ces médecins protégés par le contrat ; cette clinique, créée dans le but d'attirer des adhérents à la Bourse, pourra devenir ainsi un motif de démissions ou de refus d'adhésion.

Dites que le rôle des organisations ouvrières doit se borner à donner des renseignements aux blessés sur les médecins indépendants et énergiques dans la défense des légitimes intérêts des ouvriers et employés blessés ou malades.

D'autre part communiquez à vos autres confrères, la note que je vais faire paraître dans le *Concours* sur l'origine des cliniques ouvrières, et où je m'efforce de montrer qu'à la suite des décisions prises par les ouvriers au congrès de Toulouse, les cliniques ouvrières vont éclore partout, si les syndicats médicaux s'obstinent à ne pas donner aux syndicats ouvriers la liste des médecins qui ne sont attachés à aucun service médical d'usine, d'assurances ou de sociétés industrielles.

Les blessés exigent, en effet, de leurs syndicats respectifs la liste de ces médecins, auxquels ils peuvent s'adresser, sans aucune suspicion pour leurs certificats, trop souvent faits en faveur des patrons comme le constate le Ministre des Travaux publics. Et à défaut de cette liste ils exigent la création de cliniques ouvrières.

Mais si par malheur vous ne pouvez arriver à convaincre les uns et les autres, si l'organisation ouvrière persiste à vouloir un médecin spécial comme le chemin de fer ou l'usine a son médecin spécial, alors allez trouver le Président de votre syndicat et posez-lui la question suivante :

« M. le Président, si demain un médecin venait vous dire :

« On m'offre la place de médecin de chemin de fer, puis-je en tant que médecin syndiqué l'accepter et continuer à faire partie du syndicat dont sont membres des confrères auxquels je vais enlever des employés qui les auraient pris comme médecin ?

Que lui répondriez-vous ?

Si ce médecin qui vient vous consulter vous disait :

« Si je ne prends pas cette place, un autre médecin non syndiqué ou syndiqué va la prendre, il n'en résultera qu'une chose, que, si ce n'est pas moi qui agis contrairement au libre choix, ce sera un autre moins scrupuleux, qui profitera de mes scrupules. Donc en observant la discipline syndicale, je me trouverai en état d'infériorité parce que syndiqué respectueux des principes ».

« Que lui répondrez-vous, M. le Président ?

« Lui répondrez-vous :

« Il ne faut pas vous préoccuper de savoir si un autre commettra la faute antisyndicale, et la commettre vous-même, sous prétexte que si elle doit être commise, il vaut mieux encore que ce soit vous syndiqué, qu'un autre, qui en profitiez et qui la commettiez. »

Lui direz-vous que s'il commet cette faute, il sera exclu du syndicat ? »

Dites encore à votre Président :

« Si le syndicat veut prendre l'engagement écrit de me verser dix mille francs d'indemnité pour le cas où, après m'avoir promis d'exclure tout médecin qui acceptera à l'avenir une place de médecin traitant dans une organisation industrielle, financière ou ouvrière, le dit syndicat manquerait à sa promesse, et conserverait ou admettrait comme adhérent un confrère acceptant d'être médecin traitant d'une organisation industrielle, financière ou ouvrière, si le syndicat, dis-je, veut prendre pareil engagement, je m'engage aussi à ne pas conclure le contrat spécial qui m'est proposé par un syndicat ouvrier.

Mais si le syndicat ne peut pas prendre cet

engagement, je vais vous dire, M. le Président :

Si je ne prends pas la place que m'offre le syndicat ouvrier, un autre va la prendre. Si vous pensez qu'il vaut tout autant que ce soit un syndiqué qui prenne la place au dispensaire de la gare, puisqu'un autre la prendrait, vous ne pouvez pas tenir un autre langage vis-à-vis de moi pour le dispensaire ouvrier ; puisque si moi, syndiqué, je ne la prends pas, un autre la prendra. Si vous maintenez comme adhérent au syndicat le confrère qui va au dispensaire de la gare, vous ne pouvez pas ne pas me conserver comme membre du syndicat, sous le prétexte que de mon côté je vais moi aussi à la clinique ouvrière en face la gare : la nécessité qui conduit un confrère à la clinique de la gare étant la même que celle qui me conduit à la clinique de la Bourse du travail. »

Puis après avoir fait sans succès toutes ces démarches, vous pouvez ensuite accepter, la conscience tranquille, l'offre des organisations ouvrières.

Que si par impossible le syndicat vous excluait, vous ne pourriez en tirer que cette conclusion : qu'il est toléré par votre syndicat d'aller à la clinique patronale et qu'il n'est pas toléré d'aller à la clinique ouvrière ; or cela serait tellement contraire à la logique et à l'équité, que cela ne peut pas arriver.

Dr Diverneresse.

A propos de la diminution du nombre des médecins.

Monsieur le Docteur,

Veuillez bien m'expédier au plus tôt votre *Agenda memento* du Praticien que j'attends avec impatience.

Par la même occasion, veuillez présenter toutes mes félicitations à M. le Dr Perchet, d'Autet (Haute-Saône), dont l'article récent concernant l'encombrement médical à la campagne est parfait et met très bien les choses au point. Je pourrais vous donner des chiffres très intéressants à ce sujet pour le département de la Haute-Savoie, pays exclusivement agricole, où j'ai exercé pendant 3 ans, avant de venir m'installer dans un centre minier (la campagne ne donne pas 2 fr. par an et par tête d'habitant, le chiffre de 1 franc me paraît encore exagéré). Le corps médical doit *surtout lutter contre l'encombrement de la profession* ; sinon il court à sa ruine.

Veuillez agréer l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Gaudin.
Roche-la-Morlière.
(Loire).

La limitation du nombre des médecins.

Messieurs les Secrétaires
du *Concours médical*

Messieurs,

Voulez-vous me permettre quelques réflexions que me suggère l'entrefilet paru dans le journal le *Concours médical* du 27 courant sous le titre : « La limitation du nombre des médecins » et signé R. Fournié.

L'auteur propose des mesures efficaces qui paraissent excellentes. Il améliore ce qui existe. Mais entre le baccalauréat et le P. C. N, il y a place pour une mesure qui, à mon humble avis, pourrait être encore plus efficace. Ce serait la licence ès sciences.

Combien de candidats ont abordé sans succès ces épreuves, même après plusieurs années d'études. Rebutés, ils se sont tournés vers le P. C. N. et sans trop d'efforts ont fait le doctorat en médecine. Si le diplôme de licencié ès sciences eût été exigé pour la médecine, ces éléments malheureux ne seraient pas venus augmenter le nombre des praticiens.

Toutes les épreuves de licence sont éliminatoires, contrairement à ce qui se passe en médecine ; ceci a pour effet d'obliger les candidats à une plus grande assiduité et à mieux se préparer aux épreuves.

On pourrait exiger des futurs étudiants en médecine les certificats de zoologie, botanique et chimie physiologique, ce dernier se dédoublant en chimie générale et microbiologie.

Il est inutile d'insister sur l'utilité de ces épreuves où l'anatomie comparée, la connaissance approfondie des plantes, la préparation aux analyses et aux bouillons de culture, le tout sous le contrôle du microscope, meubleraient l'esprit de connaissances si précieuses pour l'assimilation de la médecine.

Le P. C.N. n'aurait dès lors plus sa raison d'être, n'étant qu'un schéma de la licence. Il est un fait reconnu que les bons élèves de licence ont produit d'excellents étudiants en médecine et les médiocres élèves de bons étudiants.

On pourrait continuer en médecine les excellentes mesures de la licence, rendre tous les examens éliminatoires pour chaque épreuve, supprimer les mentions au-dessous d'*assez bien*.

De la sorte le niveau des études sera plus élevé et les résultats seront : moins de médecins et plus instruits.

Avec mes meilleurs remerciements, je vous demande d'excuser cette note rédigée au courant de la plume et je vous prie d'agréer mes sincères salutations.

Dr J. Casenave.

COMITÉS DÉPARTEMENTAUX
DU « CONCOURS MÉDICAL »

Instructions.

Quelles œuvres médicales propager ?

1° Le *Concours médical* :

a) La lecture hebdomadaire du *Concours* fait l'éducation syndicaliste ;

b) Elle suggère des idées de prévoyance et de solidarité ;

c) Elle apprend, par la Petite correspondance, à résoudre les mille petits incidents de tous les jours ;

d) L'*Agenda-memento*, distribué gratuitement à chaque abonné, forme un vade-mecum professionnel des plus utiles.

Conclusion : Insister beaucoup pour recruter des lecteurs. C'est la préparation du terrain où la semence lèvera.

2° *Le Syndicat local* :

a) C'est une organisation de combat pour toute la profession en général.

b) C'est le moyen d'être défendu, en tant que collectivité, contre la commune, le département, les mutualités régionales, etc.

3° *Le Sou médical* :

a) Ligue de défense individuelle ;

b) Trésor de guerre professionnel, pour chaque syndicat dont tous les membres sont adhérents au « Sou » ;

c) Appui moral dans tout procès professionnel et pécuniaire, dans les procès médicaux d'ordre général dans les procès frappés d'appels, iniques ou contraires à la saine justice ; enfin dans tous les cas de responsabilité professionnelle, jusqu'à 2.000 frs.

4° *L'Association générale* :

Société de secours mutuels et de bienfaisance médicale.

5° *L'Amicale maladie-accidents* :

Prime annuelle invariable, fixée par l'âge d'entrée ; d'où l'intérêt de s'affilier jeune.

Combinaison A : 10 francs par jour, du 5e au 65e jour, en cas de maladie ou d'accident, jusqu'à l'âge de 65 ans, et 1200 francs annuels, en cas de chronicité.

Combinaison C : *Idem*, plus 1.200 francs de retraite, à partir de 65 ans.

Les primes de retraites peuvent être contre-assurées, c'est-à-dire que l'on peut réserver à ses héritiers le droit de toucher l'argent versé pour la retraite, si l'ayant droit meurt avant 65 ans.

Combinaison D : retraite assurée pour la veuve et l'orphelin. Très intéressante pour les jeunes ménages, qui, au moment du mariage, peuvent verser une prime unique et modique pour garantir la femme et les enfants, en cas de décès du médecin.

6° *Caisses des Retraites* :

Pensions de 600, 1.200, etc., à l'âge de 60 ans.

Modifications probables, en vue de créer des retraites de 100, 200, 300 francs, etc., avec peut-être appui pécuniaire de l'A. G.

Inutile de dire que toutes ces caisses, Amicale, Retraites, ont été dressées avec les avis d'actuaires et qu'elles offrent toute garantie de sécurité.

Auprès de qui faire de la propagande ?

1° Auprès des nouveaux médecins :

a) S'enquérir des nouvelles installations dans le département, soit en consultant les listes publiées chaque année par la Préfecture, soit par relations avec les secrétaires du syndicat et de l'Association du département.

b) Informer ces nouveaux confrères que, contre l'envoi de leur thèse, ils recevront gratuitement le *Concours*, la remière année de leur installation.

c) Leur démontrer ensuite l'avantage de s'affilier jeune à l'Amicale ou à la Caisse de retraites, pour que les primes annuelles à verser soient moins fortes.

d) Leur démontrer que, si la maladie est moins fréquente à 30 ans, l'accident est toujours à redouter ; donc ne pas remettre à plus tard l'adhésion à l'Amicale.

2° Auprès des anciens :

a) Avoir bien à jour le tableau des médecins membres de telle ou telle société mère, filiale ou alliée.

b) Nous signaler, au fur et à mesure, les modifications qui surviendraient dans ce tableau.

c) Nous signaler les médecins, susceptibles de s'abonner au *Concours*, pour que nous leur servions le journal pendant deux mois comme essai.

Comment faire cette propagande ?

1° Propagande collective du comité départemental.

Réunions du Comité aussi fréquentes que ce sera jugé nécessaire.

Chacun donnera la liste des adhésions qu'il aura obtenues.

Distribution des rôles, à chacun de ses membres, pour prendre la parole aux différentes assemblées générales des groupements professionnels du département, comme pour la propagande individuelle, suivant les régions, les circonstances, les mentalités.

2° Propagande individuelle :

a) Faite au cours de visites, ou de consultations avec les voisins.

b) Avoir toujours sur soi des feuilles d'adhésion pour recueillir d'*emblée* la signature du confrère, signature qu'il oubliera et négligera de donner le lendemain.

c) Lettres explicatives donnant des renseignements aux confrères susceptibles de s'affilier à telle ou telle œuvre.

d) Glisser, dans les lettres, des bulletins d'adhésion pour les œuvres dont ne fait pas partie le destinataire.

e) Appliquer son timbre sur les bulletins d'adhésion, pour qu'il nous soit possible de demander s'il y a lieu, des renseignements sur une présentation qui pourrait être discutée.

f) Notices et articles insérés dans les journaux médicaux de la région.

Organisation intérieure du Comité départemental :

a) Autonomie pleine et entière pour organiser la propagande, pas de statuts.

b) Ne jamais entraver l'action du syndicat local, ni de la Société locale.

c) Election chaque année du délégué.

Rôle du délégué :

a) Secrétaire du Comité, spécialement chargé de correspondre avec le *Concours*.

b) Il réunira les membres du Comité lorsque l'occasion s'en présentera ou lui semblera utile.

c) Il nous fera part des réflexions, observations, idées suggérées au Comité par la lecture du

Concours et des comptes rendus des séances des Conseils des Filiales.

d) Il nous enverra au plus tard le premier avril de chaque année, la liste des médecins du département, telle qu'elle est publiée par la préfecture.

e) Au cours de l'année, il nous avertira des changements qui se produisent, décès, départs, cessation de clientèle, arrivées de jeunes, créations de postes.

f) Il nous dira les dates statutaires des réunions médicales (syndicats, sociétés locales), nous communiquera les convocations et ordres du jour de chacune, pour que nous puissions avoir la possibilité de déléguer, si besoin en était, un membre du conseil du *Concours* à ces réunions.

g) Il nous tiendra toujours au courant de la composition des bureaux de ces sociétés.

h) Il devra nous faire parvenir, avant le 1er novembre de chaque année, le compte rendu des résultats obtenus par son comité dans le domaine de la propagande et nous adressera, en même temps, ses opinions et desiderata, pour être discutés utilement à la réunion des correspondants et délégués, lors de l'assemblée générale du *Concours*.

Dr Jeanne. Dr Paul Boudin.

BIBLIOGRAPHIE

Notre confrère, le Dr Aumaître, vient de publier chez Sansot un recueil de poèmes en prose : *Rustica*, que nous engageons tous nos confrères à lire.

En phrases, ciselées dans un style très pur, l'auteur nous fait suivre tour à tour les différentes scènes de la Vie des Champs. Mais ce n'est ni le paysan retors et finaud de Balzac, ou le religieux laboureur de Lamartine, ou le joyeux normand de Flaubert et Maupassant que nous retrouvons ici. Le paysan de *Rustica* est le prêtre sombre et mélancolique de la nature ; il est glorieux comme un guerrier, dur comme un ascète, presque nihiliste ; c'est le rêveur dédaigneux, aux gestes immuables, le dispensateur inconscient de la Vie et de la Mort. Aumaître a mis le paysan sur un piédestal à côté des héros et des dieux.

Le livre se termine par quelques nouvelles d'une délicate philosophie ; elles forment comme un bois aux ombres propices, où l'on se repose en sortant de son épopée rustique.

Quelques-uns reprocheront à l'auteur l'abus des couleurs et l'accumulation des images ; pour moi, je ne lui en veux pas d'avoir laissé ses teintes éclatantes à cette robuste et saine paysanne qu'est son œuvre, et si elle éblouit des yeux délicats, le temps hélas ! saura trop tôt y mettre son voile.

Dr Grellety (de Vichy).

REPORTAGE MÉDICAL

Association Corporative des Etudiants en Médecine. — *Conférences de l'année* 1910-1911. Le 606 et les nouvelles bases du traitement de la syphilis, par le Dr Leredde. Cette conférence aura lieu le samedi 10 décembre à 6 heures du soir, au siège de la Corporative : 8, rue Dante. Invitation cordiale aux Médecins et à tous les camarades, membres ou non de l'Association. Le programme des conférences de la Corporative est publié dans les *Annales de la Jeunesse Médicale*, organe mensuel de l'A. C. Le demander au Secrétariat.

Le conseil de révision. — Le conseil de revision du Gers a émis le vœu que lors de la revision, les conscrits atteints d'affections chroniques puissent être assistés de leur médecin habituel.

(*Bull. méd.*)

Libéralités aux Universités... en Angleterre. — La Compagnie Drappers vient d'offrir à l'Université de Cambridge un laboratoire de physiologie devant coûter 575.000 francs.

Il serait désirable que notre enseignement supérieur bénéficiât, de temps en temps, de pareilles libéralités ; mais comme, chez nous, les Universités sont sous le patronage immédiat de l'Etat et que nous n'aimons pas à faire des cadeaux à l'Etat, les donations sont d'une extrême rareté. Il suffit au contraire, en France, qu'un centre d'études scientifiques soit libre de toute attache officielle pour que les dons affluent : Exemple : l'Institut Pasteur.

Cet état d'esprit est profondément regrettable et l'on ne peut que faire des vœux en l'espoir d'une orientation nouvelle des esprits généreux et désireux d'augmenter le patrimoine scientifique de notre pays.

Comment on faisait la publicité en 1631 (Extrait de la *Gazette de France*). — « De Saint-Germain-en-Laye, le 2 juillet 1631. — La sécheresse de la saison a fort augmenté la vertu des eaux minérales, entre lesquelles celles de Forges sont si généralement en usage. Il y a trente ans que M. Martin, grand médecin, leur donna la vogue : le bruit du vulgaire les approuva. Aujourd'hui M. Bonnard, premier médecin du roy, les a mises au plus haut point de la réputation, que sa grande fidélité, capacité et expérience peut donner à ce qui le mérite vers Sa Majesté, qui en boit ici par précaution, et, presque toute la cour, à son exemple. »

Cette publicité était fort bien comprise.

(*Gaz. méd. Paris.*)

Etrange maladie ! — Notre collaborateur, le docteur M. P.. (de Nancy), interrogeant un malade sur ses antécédents, reçut cette réponse :

— « M. le docteur, vous m'avez déjà guéri, il y a quatre ans ; je souffrais beaucoup dans le côté au point que je ne dormais plus. Vous m'avez dit que j'avais un *ver agile de l'intestin costal*. »

— ! ? ! ? ! ?

Après enquête plus approfondie sur cette singulière affection, le docteur M. P... conclut qu'il avait dû parler de névralgie intercostale.

(*Prov. méd.*)

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 51 Dimanche 18 DÉCEMBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
La profession médicale légalement privilégiée..... 1081
Procès-verbal de l'Assemblée générale du Sou médical du 20 novembre 1910
Modifications aux statuts. — Règlement intérieur. — Concours d'images..... 1082
A propos du compte-rendu de la société civile du Concours médical
Rectification..... 1087
Clinique médicale infantile
Hôpital des Enfants-Malades.—Péricardites purulentes 1087
La semaine médicale
L'auto sérothérapie des pleurésies séro-fibrineuses. — L'anaphylaxie alimentaire. — L'Ibogaïne médicament « coup de collier »..... 1090
Revue des sociétés savantes
La fièvre de Malte. — Vomissements par hypo-alimentation chez les nourrissons. — Lieu d'injection du « 606 ». — Accidents cardio-pulmonaires d'origine gastrique et biliaire. — Guérison clinique de la cirrhose du foie. — Pleurésie sèche avec dysphagie douloureuse..... 1091
Formulaire raisonné
Le fer..... 1093
Thérapeutique
Quelques formules utiles pour le traitement des bronchites..... 1094
Sou médical
Extraits des procès-verbaux des séances du Conseil d'administration..... 1095
Correspondance
Réponse de M. le Dr Lepage à M. le Dr Prunet, de Jars, au sujet du rôle professionnel de l'A. G..... 1096
Reportage médical..... 1099
Nécrologie..... 1100

PROPOS DU JOUR

La profession médicale légalement privilégiée

« La profession médicale est légalement privilégiée, le médecin doit donc, en retour, se plier, dans l'intérêt de tous, à toutes les obligations. »

Voilà l'argument que l'on donne toujours lorsque l'on veut nous imposer de nouvelles charges ; c'est cet argument que nous avons encore entendu naguère à propos de la déclaration des maladies contagieuses. Il n'en est pas, à notre avis, de plus faux, ni de plus inique.

Quels sont donc nos fameux privilèges ?

Est-ce l'exigence du diplôme pour autoriser l'exercice de l'art médical ? Cette exigence aujourd'hui ne favorise guère les médecins. Les Facultés et les Ecoles de médecine sont largement ouvertes et copieusement fréquentées. L'exercice illégal n'est pas réprimé. Si nos Syndicats médicaux font dans ce but quelques coûteuses tentatives, ils se heurtent à l'inertie systématique des parquets et des magistrats instructeurs, à l'indulgence singulière des juges. Seul le menu fretin, bien insignifiant, des empiriques en pâtit un peu, tandis que des organisations puissantes de malfaiteurs internationaux passent à travers les mailles du filet répressif, qu'élargit sans peine certaine presse, aidée dans cette noble tâche par toute une clientèle de parlementaires asservis. Le spectacle est tel qu'on serait tenté de réclamer le libre exercice de la médecine.

En exigeant le diplôme de docteur pour donner le droit d'exercer, le législateur a entendu assurer des garanties au malade, mais non favoriser le médecin (en pratique cela ne fait aucun doute) ; que deviennent donc les fameux privilèges médicaux ?

Est-ce un si gros privilège que de pouvoir (art. 2101 du Code civil, modifié par la loi de 1892), en cas de dernière maladie, être payé avant quelques autres créanciers ? Le législateur a-t-il eu là encore le souci de protéger le médecin ou celui d'assurer des soins médicaux à des insolvables? Est-ce alors cette énorme faveur de la prescription des honoraires portée à deux ans par la loi qui nous régit, faveur encore qu'on nous discute pour les accidents du travail ? Sont-ce là de si grands avantages que de

nous donner, comme créanciers, un temps suffisant pour recouvrer de légitimes honoraires ?

Là se bornent les privilèges dont on nous dit comblés, et, comme le fait très justement remarquer M. E. H. Perreau, professeur à la Faculté de Droit de Montpellier, dans l'introduction de ses *Éléments de Jurisprudence médicale*, les obligations des médecins, dans ces dernières années, sont allées sans cesse en croissant, d'abord dans l'intérêt du malade, puis dans l'intérêt collectif de la société. Quant à leurs droits, après avoir été exceptionnellement avantageux, ils ont, au cours des siècles, subi une telle régression qu'il leur serait, à l'heure actuelle, avantageux de faire assimiler leur profession à celle des industriels ou des commerçants.

Et le même juriste ajoute plus loin, en signalant la suppression de la dispense de deux ans de service militaire, dont bénéficiaient les étudiants en médecine : « Aussi la loi militaire du 21 mars 1905 a-t-elle emporté le dernier privilège des médecins. »

En regard de ces prétendus avantages, énumérons les charges dont nous sommes accablés.

Nous n'insisterons pas sur les impôts et la patente, qui sont plus particulièrement lourds, et que les nouveaux projets fiscaux ne paraissent guère devoir alléger. Nous ne parlerons pas non plus de la responsabilité de nos actes professionnels, que la jurisprudence tend de plus en plus à étendre. Mais nous citerons quelques-uns de ces privilèges à rebours dont on nous a libéralement dotés.

En premier lieu, notons l'incapacité d'hériter de nos clients (art. 909 du Code civil), disposition légale tellement inique et outrageante que les Codes plus récents d'Italie et d'Allemagne, et les projets de Codes suisse et hongrois se sont empressés de la supprimer. Notons encore l'obligation rigoureuse au secret professionnel (art. 378 du Code pénal) qui nous met dans certains cas dans l'impossibilité de nous défendre ; puis, l'obligation absolue de répondre aux réquisitions de l'autorité judiciaire (art. 23 et 29 de la loi du 30 nov. 1892), celle de la déclaration des naissances (art. 56, code civ. et art. 346, code pénal), et des fœtus et embryons dans certaines villes, comme Lyon et Paris, par exemple (Circ. du préfet de la Seine du 18 juin 1903), enfin celle de la déclaration des maladies contagieuses (loi du 15 fév. 1902).

A côté de toutes ces obligations, absolues et légales, combien d'autres ne nous sont-elles pas imposées dans la pratique ? Ne devons-nous pas, bon gré mal gré, assurer l'assistance médicale gratuite, dans les conditions qu'il plaît aux conseils généraux et aux communes de nous imposer ? Ne devons-nous pas accepter en pratique de soigner les blessés du travail à un tarif réduit que nous n'avons pas réclamé ? Ne sommes-nous pas tenus à nous faire à nous-mêmes la plus paradoxale concurrence, en soignant gratuitement dans les hôpitaux les malades aisés, qui pourraient nous honorer ? Nous ne pouvons écrire une ligne sans que notre responsabilité entre en jeu, ni rédiger le plus simple certificat sans appréhender des poursuites judiciaires.

Et si la loi nous donne un droit apparent, tel que celui de nous syndiquer, tout aussitôt elle vient, par une addition, limiter ce droit au point d'en rendre l'usage presque illusoire.

Voilà en quoi consiste notre profession privilégiée ; c'est à ce titre, c'est pour reconnaître ces étonnants bénéfices, ces monstrueux privilèges, qu'il est des gens raisonnables, des parlementaires, qui nous demandent sans ironie, de laisser encore étendre sans protester le champ de notre assujettissement légal ! !

J. Noir.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU "SOU MÉDICAL"

DU 20 NOVEMBRE 1910

Présidence de M. Maurat, président.

Prennent place au bureau : MM. Jeanne, Vimont, Gassot, de Grissac, Boudin, Divernneresse, Noir, MMes Gatineau et Dumesny.

M. *le Président* ouvre la séance, en constatant que la réorganisation, consistant à centraliser la correspondance au siège social, 23, rue de Dunkerque, à Paris, annoncée dans son allocution à l'Assemblée de l'année dernière, a été opérée et a donné toute satisfaction, aucune plainte n'ayant été reçue des adhérents.

Le rapport du Trésorier, sur les comptes de l'exercice 1909, ayant été publié dans le nº 45 du *Concours médical*, l'Assemblée est d'avis qu'il est inutile d'en donner lecture. M. le Dr Gassot, trésorier, se borne à résumer en quelques mots ce rapport.

M. le Dr Noir, commissaire contrôleur, tant en son nom qu'au nom de son collègue, M. le Dr Pamart, déclare que les contrôleurs ont constaté l'exactitude et la parfaite régularité des comptes, en proposent l'approbation et adressent leurs félicitations à M. le Dr Gassot, trésorier.

En conséquence, l'approbation des comptes de l'exercice 1909 est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. le Dr Gassot, trésorier, donne ensuite lecture du rapport suivant sur la situation actuelle.

Comptes provisoires de 1910.

Je dois maintenant, Messieurs, vous donner connaissance de la situation pour l'exercice en cours.

Au 12 novembre 1910, le *Sou médical* comptait 1731 membres ayant régulièrement versé leur cotisation ; c'est une augmentation de plus de 300 membres sur l'année dernière, résultat qui nous montre les heureux effets d'une propagande plus active.

Recettes.

Les recettes se sont élevées à 37.526 fr. 96, savoir :

Cotisations	32.901	»
Intérêts	801	21
Dons	254	40
Recouvrements	422	90
Remboursements d'indemnité	9	50
Divers	145	45
	34.534	46
pour ordre :		
Remboursement de valeurs	2.992	50
	37.526	96

Dépenses.

Par contre, les dépenses se sont élevées à 26.418 fr. 85. Savoir :

1° Frais d'administration :			
Poste	251 20		
Timbres-quittances	143 70		
Recouvrements	159 75		
Frais de bureau	900 »		
Frais de trésorerie	7 85		
Matériel	31 20		
Impressions	333 »		
Divers	86 90	1.913	60
2° Secrétariat général		3.150	»
3° Service des accidents du travail		2.400	»
4° Services judiciaires		11.349	10
5° Indemnités de déplacement pour réunions hebdomadaires		900	»
6° Frais de défense professionnelle		1.000	
7° Frais de propagande		521	65
8° Dépenses sur fonds secrets		222	»
		21.456	35
Pour ordre :			
Versements à la caisse de garantie		4.962	50
		26.418	85

Balance des comptes

Si au total des recettes de l'exercice		37.526 96
On ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1909	14.503.38	
Moins ce qui était dû au trésorier	2.171 50	12.231 88
On obtient		49.758 84
et si l'on retranche les dépenses		26.418 85
Il reste :		23.339 99
Dont emploi :		
1° Achat de valeurs :		
Huit obligations Ouest-Algérien.	3.488 05	
Dix obligations Dauphiné	4.300.45	7.788.50
2° Espèces :		
A la Société générale	18.000 74	
Moins dû au Trésorier	2449.25	15.551 49
Total égal		23.339 99

Je dois vous faire remarquer, Messieurs, qu'à ces dépenses de l'exercice nous sommes certains d'ores et déjà d'avoir à ajouter d'ici la fin de l'année plus de 9.500 fr. pour les indemnités du quatrième semestre, le versement à la Caisse de garantie, etc. Vous voyez donc que nous pouvons toujours faire face aux nécessités d'un service dont l'importance va toujours croissant comme le nombre de nos sociétaires. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Boudin, *secrétaire général adjoint*, commente verbalement son rapport, dont la publication a eu lieu dans le n° 45 du *Concours médical*. Il insiste surtout sur l'intérêt qu'ont les Syndicats à adhérer globalement au « Sou médical ».

Modifications aux Statuts.

L'Assemblée est appelée à examiner les modifications aux statuts proposées par le Conseil et dont le projet a été publié dans le n° 45 du *Concours médical*, page 961.

M. le *Président* explique que la première modification proposée est celle qui consiste à supprimer l'article 7, ainsi conçu :

Art. 7. — Les admissions partent du 1er janvier et du 1er juillet de chaque année,

par le texte ci-après :

Article 7. — Les droits des Sociétaires partent du lendemain de leur admission par le Conseil d'administration.

Le « Sou Médical » ne couvre pas les faits antérieurs à cette admission, ni les actions qui, postérieurement, pourraient être engagées sur ces faits.

Cette modification a principalement pour but de supprimer le fractionnement de la cotisation. D'après les statuts actuels (voir l'article 15 dont la suppression et le remplacement vont être examinés tout à l'heure), les membres admis au cours du second semestre versent une cotisation de 11 fr. seulement pour ce second semestre, de sorte que, pour 11 francs, il est arrivé que certains adhérents, qui avaient un procès à soutenir, ont obtenu, en outre de nos conseils et de ceux de nos avocats, sinon l'appui pécuniaire, tout au moins l'appui moral du « Sou », appui dont la valeur est considérable. Puis l'année suivante, ils ont refusé de payer leur cotisation, espérant ne plus avoir d'ennuis judiciaires, profitant ainsi, pour une somme insignifiante, de tout un organisme de défense que des adhérents plus fidèles et plus conscients ont, par leurs versements renouvelés, fondé, agrandi et rendu redoutable aux ennemis du corps médical.

Plusieurs membres de l'Assemblée, notamment MM. les Drs Levassort et Suttel, manifestent la crainte que cette modification nuise à la propagande, vu la difficulté de faire verser 20 fr. au lieu de 11.

M. le Dr Jeanne pense que cette crainte n'est pas fondée. D'ailleurs, c'est ainsi que l'on agit dans les Syndicats : la cotisation annuelle est toujours due, quelle que soit la période de l'année pendant laquelle le Syndiqué en a fait partie. Or, « le Sou », qui est d'ailleurs lui-même un Syndicat, rêve de devenir la caisse de défense des

Syndicats médicaux. Il est donc naturel qu'il opère comme eux.

M. le Dr Boudin, qui est habitué à récolter des adhésions, est également d'avis que l'unification de la cotisation ne nuira pas à la propagande.

M. le Président met aux voix la modification ci-dessus proposée, qui est adoptée à mains levées à la majorité.

M. le Dr Faraggi, de Paris, donne lecture de sa proposition, publiée au nº 47 du *Concours médical*. Cette proposition a pour but d'imposer à tout nouvel adhérent un droit d'entrée en sus de la cotisation; en outre, l'appui moral ne pourrait être accordé que six mois et l'appui pécuniaire, un an après l'admission.

M. le Président explique que le Conseil n'a pu encore examiner à fond cette proposition, toute récente. En principe, il reconnaît que, si les solutions indiquées par son auteur n'en sont pas toutes admissibles, elles ont été dictées par une idée juste. Il demande que l'Assemblée veuille bien laisser au Conseil le temps d'étudier la question pour lui proposer, s'il y a lieu, dans une Assemblée à venir, les modifications nécessaires. (*Assentiment.*)

Le Conseil propose le remplacement de l'article 8 ainsi conçu :

Art. 8. — Tout membre peut se retirer de la Ligue par simple lettre de démission adressée au Conseil d'administration.

Le refus du versement de la cotisation implique la démission du sociétaire et sa renonciation aux avantages assurés par la Ligue.

par la rédaction suivante :

Article 8. — Tout membre peut se retirer du « Sou médical » par simple lettre de démission adressée au Conseil d'administration.

Tout membre qui n'aura pas payé sa cotisation lors de la présentation de la quittance, soit par la poste, soit par tout autre mode de recouvrement, est suspendu de ses droits. il ne les recouvrera que le lendemain du jour où il aura payé sa cotisation augmentée des frais de recouvrement et pour des faits postérieurs au paiement.

Le défaut de versement de la cotisation, dans le délai d'un mois, après rappel fait par le Trésorier, implique la démission du Sociétaire et sa renonciation aux avantages assurés par le « Sou médical ».

M. le Dr Roger, de Hédé, fait observer que cette rédaction ne prévoit pas la situation des membres du « Sou » , qui, après avoir donné leur démission, y adhèrent à nouveau.

M. le Président. — Cette éventualité est prévue par l'article 9. Ces membres ne peuvent être réadmis qu'après versement des cotisations arriérées.

M. le Dr de Lauradour (de Saint-Ouen). — L'adhérent est-il couvert pour un fait, même antérieur au paiement de la cotisation, si, après la suspension prévue au § 2, la cotisation a été payée en retard, et si les poursuites ont été commencées après le paiement ?

M. le Dr Gassot, *trésorier*. — Oui.

Me Gatineau fait observer que, d'après la rédaction du paragraphe en question, le fait antérieur au paiement de la cotisation ne serait pas couvert. Il y aurait lieu de modifier cette rédaction.

M. le Dr de Lauradour. — Le défaut de paiement ne devrait pas suffire pour entraîner la suspension. Il serait nécessaire que la mise en demeure fût envoyée par lettre recommandée et que la suspension ne partît que du lendemain de l'envoi de cette lettre.

M. le Président. — L'envoi de lettres recommandées entraîne des frais et un travail supplémentaires qui viennent grever la caisse du « Sou ».

M. le Dr Faraggi. — Le sociétaire qui a eu l'intention de se retirer du « Sou » et n'a pas payé sa cotisation pourra, s'il craint des ennuis pour un fait antérieur, envoyer sa cotisation au trésorier et se trouvera ainsi couvert.

M. le Dr Ausset (de Lille). — Il serait préférable de ne point rendre la déchéance statutairement obligatoire et de laisser au Conseil le soin de se prononcer sur chaque cas après enquête. Le fait antérieur doit d'ailleurs être couvert malgré le refus de paiement.

M. le Dr Faraggi. — Ce serait dangereux, il pourrait y avoir des abus. Quand on ne paie pas de cotisation, on ne doit pas être garanti.

M. le Dr Jacquot. — Puisque la cotisation est payée pour l'année entière, la garantie doit être accordée pendant l'année entière.

M. le Trésorier. — En principe, les cotisations doivent être payées au 1er janvier. Elles ne sont recouvrées qu'en mars. C'est un délai de paiement purement gracieux.

M. le Dr Lande. — La déchéance ne doit être encourue qu'à la suite de la lettre de rappel du trésorier. Le droit à la garantie reprendrait après le paiement de la cotisation.

M. le Dr Harlet (de Roubaix). — Si le sociétaire décède au milieu de l'année, ses héritiers sont-ils couverts ? S'il cesse d'exercer la médecine, continue-t-il à être couvert ?

M. le Président. — Oui, dans les deux cas.

M. le Dr Decourt (de Mitry-Mory). — Le sociétaire doit payer en janvier. Son refus de payer en avril devrait entraîner sa déchéance depuis le mois de janvier.

M. le Dr Brasse (de Rouen) propose le texte suivant en remplacement de la seconde phrase du second paragraphe de l'article 8 proposé :

Le Sociétaire suspendu perd tous ses droits à l'appui du « Sou médical » pour les faits ayant leur origine dans la période écoulée entre la mise en demeure par le trésorier et la régularisation de sa situation.

L'article ainsi modifié est mis aux voix et adopté à mains levées, à la majorité.

M. le Président. — Le Conseil propose la suppression de l'article 15 actuel, qui admet le fractionnement de la cotisation et son remplacement par l'article ci-après :

Article 15. — Toutefois, si tous les membres d'un Syndicat sont statutairement affiliés au « Sou médical », les cotisations sont perçues par le Trésorier du Syndicat qui en fait l'envoi collectif au Trésorier du « Sou médical » à l'époque convenue.

(*Adopté, à mains levées, à l'unanimité.*)

Le Conseil propose l'addition à l'article 24 concernant la convocation des Assemblées générales, du paragraphe suivant :

La convocation se fait par simple avis, inséré quinze jours à l'avance, dans le journal le *Concours médical*.

(*Adopté, à mains levées, à l'unanimité.*)

Le Conseil propose le remplacement du dernier paragraphe de l'article 29, ainsi conçu :

Le procès-verbal de convocation doit faire mention du projet de modification.

par le paragraphe suivant :

L'avis de convocation doit faire mention du projet de modifications.

(*Adopté, à mains levées, à l'unanimité.*)

L'ensemble des modifications ci-dessus, mis aux voix, est également adopté, à mains levées, à l'unanimité.

Règlement intérieur.

M. le PRÉSIDENT. — Pour régulariser le fonctionnement du « Sou », votre conseil a rédigé un projet de règlement intérieur qui a été publié dans le n° 45 du *Concours* page 961, et dont il va vous être donné lecture.

I

ARTICLE PREMIER. — Les demandes d'admission, accompagnées du montant de la cotisation *de l'année en cours*, sont envoyées, soit directement, soit par l'intermédiaire du siège social au trésorier qui, en aucun cas, ne fait toucher la première cotisation.

Il n'est pas donné suite aux demandes d'admission qui ne sont pas accompagnées de cette première cotisation.

ARTICLE 2. — Le trésorier inscrit les adhésions sous un numéro d'ordre, et les transmet, chaque semaine, au Conseil d'administration, qui statue.

Dans son état hebdomadaire, il signale les membres qui peuvent se trouver sous le coup de la suspension ou de la radiation statutaires.

ARTICLE 3. — Le Trésorier ne peut effectuer aucun paiement que sur le vu d'un bordereau signé par les membres du Conseil d'administration réunis en séance régulière, et transmis par le Secrétaire.

II

ARTICLE 4. — Le Conseil d'administration se réunit le jeudi de chaque semaine à 4 heures.

A chacune de ses séances :

Il prononce les admissions dont les dossiers en règle lui ont été transmis par le trésorier ;

Il enregistre les démissions et suspensions ;

Il prononce les radiations ;

Il délibère sur toutes les demandes d'intervention complètement instruites, qui lui sont soumises par le Secrétaire général.

Toute affaire insuffisamment instruite est de droit renvoyée à une séance ultérieure.

ARTICLE 5. — Le Conseil a seul qualité pour prendre des engagements quelconques vis-à-vis des Sociétaires ou pour écarter leurs demandes.

ARTICLE 6. — Les termes des avis, conseils, instructions ou engagements décidés par le Conseil d'administration sont inscrits, par le Secrétaire, au procès-verbal de la réunion.

Ces décisions sont, dès le lendemain, transmises au Sociétaire, par le Secrétaire général.

ARTICLE 7. — Le Conseil ne peut accorder l'appui du « Sou médical » :

1° Pour une affaire née d'un fait antérieur à l'admission du Sociétaire ou correspondant à une période où le Sociétaire était placé dans l'état de suspension, à plus forte raison de démission ou de radiation ;

2° Pour litige de recouvrements d'honoraires, à moins que celui-ci n'offre un point d'intérêt général professionnel ou de jurisprudence à faire trancher ;

3° Pour la défense d'une convention particulière passée en opposition avec les principes généraux admis par les Syndicats médicaux et leur Union, tels que le libre choix, suppression des monopoles, etc.

ARTICLE 8. — Le Conseil ne peut substituer l'appui pécuniaire du « Sou médical » à celui du Syndicat dont le Sociétaire fait partie, et qui, dans l'espèce, est obligé à l'acte de défense collective syndicale. Il a seulement le droit d'apporter dans les frais de l'affaire une participation proportionnelle à la représentation du « Sou médical » dans le Syndicat, qui garde l'initiative et la responsabilité de la procédure.

ARTICLE 9. — Toute dépense faite en dérogation des articles 7 et 8, qui précèdent, et en raison de faits exceptionnels, devra être soumise à la ratification de l'Assemblée générale.

ARTICLE 10. — Le Conseil règle l'emploi des fonds secrets qui peuvent être mis à sa disposition par l'Assemblée générale. Il soumet ce compte spécial, accompagné des procès-verbaux justificatifs, à l'examen d'une commission spéciale nommée, chaque année, par l'Assemblée générale.

La Commission est tenue au secret ; elle propose simplement la ratification en bloc à l'Assemblée générale.

ARTICLE 11. — Le Conseil règle pareillement l'emploi des fonds qui pourraient être mis par l'Assemblée générale à sa disposition pour des questions d'intérêt général.

ARTICLE 12. — Les décisions à prendre, en vertu des articles 10 et 11 qui précèdent, ne peuvent être soumises qu'à des séances où assistent six membres au moins, dont le trésorier.

ARTICLE 13. — Le procès-verbal des réunions du Conseil d'administration est lu et approuvé au commencement de chaque séance. Un extrait en est publié dans un des prochains numéros du journal *Le Concours médical*.

III

ARTICLE 14. — Les Conseils judiciaires ne peuvent être saisis que par le Conseil d'administration.

Les Sociétaires, sauf le cas d'extrême urgence, doivent adresser au secrétaire général leurs demandes de consultations.

Les avis des conseils judiciaires sont exclusivement réservés aux membres du « Sou médical ».

IV

ARTICLE 15. — Tout membre qui réclame l'appui du « Sou médical » doit adresser la demande au secrétaire général, 23, rue de Dunkerque, Paris.

Il doit y joindre tous documents, toutes explications capables d'éclairer le Conseil et de lui permettre de prendre une décision en connaissance de cause.

Toute déclaration inexacte, toute réticence voulue, entraînent pour le Sociétaire la déchéance de ses droits à l'appui du « Sou médical ».

ARTICLE 16. — La demande est instruite par le Secrétaire général et soumise, s'il y a lieu, au Conseil judiciaire, pour être examinée, dans sa séance hebdomadaire, par le Conseil d'administration, qui statue.

Le Secrétaire général rappelle au Conseil si, aux

termes des statuts, le Sociétaire a droit à l'appui pécuniaire du « Sou médical » et dans quelle mesure cet appui peut être accordé. Il suggère, en même temps, toutes propositions concernant le mode d'intervention du « Sou médical ».

ARTICLE 17. — Le Sociétaire a le devoir de tenir le Secrétaire général scrupuleusement au courant de la marche et des incidents de l'affaire et de lui envoyer au fur et à mesure :

1° Tous documents judiciaires, assignations, requêtes, jugements en original ou copie textuelle ;

2° Tous mémoires d'honoraires d'avocats, avoués, huissiers, etc., et pièces justificatives quelconques à l'appui de la demande de remboursements de frais, qui ne peut être accueillie sans la production de ces pièces.

ARTICLE 18. — Tout membre qui agit contrairement aux avis et décisions du Conseil d'administration, ou à son insu, renoncepar cela même à faire valoir ses droits à l'appui du « Sou médical ».

ARTICLE 19. — Au cas où le Conseil aurait refusé l'appui du « Sou médical », le Sociétaire n'a d'autre recours que devant l'Assemblée générale.

Il s'interdit formellement, par avance, toute réclamation de ce chef contre le « Sou médical » devant les tribunaux.

M. le Dr BOUDIN attire l'attention des membres du « Sou » sur l'article 14. Ils ne doivent jamais, sauf dans le cas d'extrême urgence, écrire directement aux Conseils juridiques, mais au secrétariat général. En agissant autrement, ils retardent l'envoi des renseignements qu'ils demandent, car les Conseils juridiques renvoient généralement les demandes, qui leur sont adressées, au Secrétariat général pour les mettre au point.

M. le Dr de LAURADOUR. — Faisant partie d'un Syndicat qui doit également me défendre, je ne puis choisir mon défenseur.

M. le Dr BOUDIN. — Le syndiqué membre du « Sou » peut toujours s'adresser directement au « Sou » pour sa défense.

M. le Dr DE LAURADOUR. — Je fais partie d'un Syndicat qui garantit ma responsabilité civile jusqu'à 5.000 fr. et du « Sou », qui la garantit jusqu'à 2.000. Suis-je garanti par les deux, c'est-à-dire jusqu'à 7.000 en tout ?

M. le PRÉSIDENT. — L'article 2 du Règlement de la Caisse de garantie répond à cette question. C'est la caisse du Syndicat qui doit intervenir d'abord, celle du « Sou » n'intervenant que pour le surplus.

M. le Dr COSTE (de Montataire). — L'admission au « Sou » est-elle libre pour tout docteur en médecine ? Admettrait-il un mauvais confrère en lutte avec les autres ? Le soutiendrait-il, s'il en faisait déjà partie ?

M. le PRÉSIDENT. — Pour être admis, il faut faire partie d'une Association médicale ou être présenté par deux parrains membres du « Sou ». C'est là une garantie.

M. le Dr BRASSE. — Mais le Conseil peut n'avoir pas la preuve de l'acceptation des deux parrains, dont la signature n'est pas exigée. Des admissions ont été prononcées dans ces conditions.

Me GATINEAU. — Les admisssions pourraient n'être définitives que 8 ou 15 jours après la publication des noms dans le journal le *Concours médical*.

M. le PRÉSIDENT. — Mais tous les membres du « Sou » ne sont pas abonnés au *Concours*.

M. le Dr DENGLER, de Sellières (Jura). — On pourrait communiquer les noms des candidats aux délégués du *Concours médical*, qui auraient un délai de 15 jours pour protester.

M. le PRÉSIDENT. — Je propose l'adjonction, après le 3e alinéa de l'article 4 du Règlement des paragraphes suivants :

Ces admissions ne sont définitives que 15 jours après la publication des noms des candidats dans le journal le *Concours médical*, s'il ne survient aucune protestation.

En cas de protestation, le Conseil se prononce sur sa valeur. Il peut annuler l'admission antérieurement prononcée.

Le règlement intérieur, ainsi modifié, est adopté, à mains levées, à l'unanimité.

Modifications au Règlement de la Caisse de garantie.

M. le PRÉSIDENT. — Le Conseil vous propose les modifications suivantes au règlement de la Caisse de garantie :

1° *Suppression des paragraphes* 3 et 4 *ci-après de l'article* 5.

3° Par les intérêts et revenus des sommes placées par elle ;

4° Par le versement annuel d'une pareille somme de deux francs par membre du « Sou médical » effectué par la Société propriétaire du journal le *Concours médical*.

2° *Rédaction nouvelle de l'art.* 6.

La Société civile du *Concours médical* met à la disposition de la Caisse un fonds de garantie de dix mille francs auquel il pourra être fait appel en cas d'insuffisance des ressources de la Caisse.

Les versements de ce fonds de garantie sont faits.... *La fin sans changement.*

3° *Rédaction nouvelle de l'Art.* 7.

Les fonds versés à la Caisse de garantie ne peuvent faire l'objet de réclamations collectives ou individuelles de la part des membres du « Sou médical ».

4° *Addition du § suivant à l'article* 8.

Il est tenu un compte spécial des fonds de la Caisse de garantie qui, en aucun cas, ne peuvent être confondus avec les fonds de la Caisse générale du « Sou médical ».

Ces différentes modifications sont adoptées, à mains levées, à l'unanimité.

Concours d'Images.

M. le Dr VIMONT. — Le *Concours* ouvert pour l'illustration du texte, œuvre du Dr Dally, qui a obtenu le premier prix au concours de textes de l'année dernière, a donné les résultats suivants :

1er prix : 200 fr. — M. ANTHIOME, de Paris.

2e prix : 100 fr. — M. le Dr FORGUES, de Villemur (Haute-Garonne).

Mention honorable. — Madame DUPONT, d'Yzernay (Maine-et-Loire).

Le jury, à son grand regret, a dû écarter du concours une très intéressante composition, œuvre de Madame MATHEY, de Ronchamp (Haute-Saône), qui n'avait pas suivi le texte proposé et dont les dessins n'avaient ni la dimension ni le nombre réglementaires.

La composition qui a remporté le 1er prix est donc prête à être éditée en images d'Epinal susceptibles de servir, auprès de la classe ouvrière surtout, de moyen de propagande pour le libre choix du médecin dans la Mutualité et les accidents du travail.

Le prix de l'édition varie suivant l'importance du tirage, dont le minimum serait de 10.000 exemplaires. Le cent d'images pourrait être vendu aux Syndicats ou aux médecins à raison de 3 francs, sans laisser d'ailleurs aucun bénéfice. Le Conseil du « Sou », avant de faire éditer ces images, désirerait connaître à peu près l'importance des commandes sur lesquelles il pourrait compter.

Nous vous demandons donc de bien vouloir consulter vos groupements et vos confrères et nous indiquer les quantités dont vous seriez preneurs.

Les compositions sont exposées dans la salle. Vous allez pouvoir les examiner.

M. le PRÉSIDENT. — Le Conseil demande à l'Assemblée de lui laisser le soin de décider s'il y a lieu de faire un tirage et d'en fixer le nombre. (*Assentiment.*)

Plus rien n'étant à l'ordre du jour, la séance est levée.

A PROPOS DU COMPTE RENDU

de la Société civile du « Concours Médical »

Rectification.

Nous avons reçu trop tard, du Dr Bagarry, la correction des épreuves des communications qu'il avait faites à l'Assemblée générale du 20 novembre 1910.

A la place de

« Dr BAGARRY. — On s'est mépris sur les intentions du Comité des Bouches-du-Rhône. Jamais nous n'avons voulu faire échec aux syndicats ».

Lire :

« Dr BAGARRY. — Quand nous avons organisé le Comité des Bouches-du-Rhône, nous avons eu soin de soumettre nos statuts au *Concours Médical*, qui les a en quelque sorte approuvés, en les publiant, sans nous faire la moindre observation. Nous sommes peinés qu'on nous reproche aujourd'hui ces statuts et qu'on nous demande leur suppression. Toutefois, je tiens à déclarer bien haut que le *Comité des Bouches-du-Rhône n'a jamais eu l'intention de vouloir organiser un syndical à côté d'autres syndicats.* Il a voulu seulement un peu décentraliser, croyant ainsi être utile à tous.

Les membres du *Concours médical* des Bouches-du-Rhône sont trop attachés aux idées syndicalistes pour avoir voulu en aucun moment entraver l'œuvre des syndicats.

D'autre part, ils savent trop combien le *Concours Médical* a fait œuvre utile pour le corps médical, pour vouloir nuire en rien à la bonne marche du *Concours médical* et de ses œuvres. Que ceux qui ont quelques craintes se rassurent. Le Comité des Bouches-du-Rhône n'a jamais voulu être un syndicat. Il veut être un organisme utile, sans vouloir faire échec à une association professionnelle quelconque. »

Nous nous empressons d'accueillir la note rectificative du Dr Bagarry, mais nous rappelons que la question a été définitivement réglée et par la réunion des délégués des Comités départementaux du *Concours* et par l'Assemblée générale du 20 nov. 1910, qui, en votant l'ordre du jour Coze, ont nettement demandé au Comité des Bouches-du-Rhône de supprimer purement et simplement ses statuts. N. D. L. R.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades.

M. le Professeur HUTINEL.

Péricardites purulentes.

Nous avons eu, il y a quelques jours, dans le service de la scarlatine, un enfant dont l'histoire est particulièrement intéressante

Il s'agit d'une fillette de 4 ans, née à terme, dans d'assez bonnes conditions. Il y a un mois et demi, l'enfant fut prise de fièvre et d'une tuméfaction du membre inférieur gauche au niveau de la cuisse. Le diagnostic d'ostéomyélite ayant été posé, elle fut conduite dans un service de chirurgie où l'on pratiqua une trépanation du fémur. L'intervention produisit une amélioration, mais une semaine après, le genou se tuméfia et une fracture spontanée se fit au niveau du point trépané. Les choses en étaient là quand, il y a 15 jours, la fièvre subit une élévation notable et une éruption scarlatineuse apparut. L'enfant entra dans le service dans un état lamentable. Lorsque nous l'avons examinée à ce moment, deux choses nous frappèrent : une tachycardie d'abord, non en rapport avec la température (il y avait 200 pulsations avec 39 degrés) ; un souffle, ensuite, constaté à l'auscultation de la partie moyenne du poumon gauche, souffle offrant les caractères du souffle pleurétique. L'enfant succomba dans la nuit.

L'autopsie a été curieuse. Nous avons trouvé le péricarde adhérent à la paroi thoracique, et la cavité péricardique remplie de pus. Le cœur apparaissait comme une plaie bourgeonnante au milieu de la nappe de pus. Ce pus, prélevé avec une pipette, fut ensemencé, et l'on constata qu'il contenait des staphylocoques et des streptocoques. La présence de staphylocoques traduisait l'infection ostéomyélique et la présence des streptocoques tenait à l'infection scarlatineuse. Il n'existait pas de pleurésie ; c'était la compression exercée par la poche péricardique qui avait donné le souffle pseudo-pleurétique que je vous ai signalé.

Nous avons donc été en face d une péricardite suppurée apparaissant au cours d'une ostéomyélite et d'une scarlatine. Je suis fondé à croire que la péricardite existait déjà quand l'enfant a commencé sa scarlatine.

La péricardite suppurée, sans être fréquente, n'est pas cependant une affection exceptionnelle chez l'enfant. Elle a été étudiée autrefois par les cliniciens, mais, depuis que l'on s'occupe de bactériologie, on n'a publié sur ce sujet que des travaux assez épars.

Comment faut-il envisager les péricardites suppurées ? Elles peuvent résulter d'une propagation d'une infection de voisinage. Lorsque le poumon est atteint de broncho-pneumonie ou de pneumonie, lorsqu'il existe une pleurésie purulente, une lésion du médiastin, une lésion de la paroi costale, on comprend que le péricarde puisse être touché par propagation. De même, dans certaines affections sous-diaphragmatiques, dans certaines affections du foie, etc. Les péricardites purulentes résultent souvent aussi d'une infection d'ordre septicémique se faisant par voie hématique,et ayant pour point de départ une amygdalite, des végétations adénoïdes, une suppuration otique, une infection encéphalique, une infection parfois lointaine, parfois peu grave. M. Widal a observé un malade atteint de durillon forcé du pied avec inflammation à staphylocoques. Cela fut suffisant pour donner lieu à une péricardite suppurée, qui entraîna la mort. Il est des cas où une mère atteinte de pneumonie a mis au monde un nouveau-né atteint de péricardite purulente, l'infection ayant alors suivi la voie placentaire.

Parmi les septicémies, certaines ont pour le cœur une prédilection particulière : telles la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire, l'érysipèle, la scarlatine. Mais si, dans ces diverses affections, la septicémie intervient, si la localisation péricardique est loin d'être rare, la péricadite ne suppure pas toujours. Les péricardites rhumatismales sont communes ; elles sont rarement suppurées. Il n'y a pas de germes particuliers pour cette supuration. Vous verrez, dans la pneumonie également, bien plutôt la péricardite sèche ou séro-fibrineuse, que la péricardite suppurée. De même, dans la fièvre typhoïde.

Pourquoi telle affection qui, habituellement, ne donne lieu qu'à des péricardites séro-fibrineuses, fait-elle, d'autres fois, des péricardites suppurées ? Il faut, pour cela, faire intervenir le terrain. Les observations montrent que les péricardites suppurées apparaissent chez les sujets mal défendus, les alcooliques par exemple. Il convient de faire jouer un rôle également à la prédisposition locale. Le mal de Bright, en particulier, par son retentissement sur le cœur, agit comme cause prédisposante d'ordre local.

Les agents pathogènes qui interviennent dans ces péricardites sont assez nombreux. Je ne m'attarderai pas à les signaler tous. J'essayerai seulement de retenir quelques types ayant une individualité assez marquée. Vous verrez les analogies que présentent les suppurations du péricarde avec celles de la plèvre.

Il est des suppurations du péricarde causées par le pneumocoque. On peut dire que les deux cinquièmes des péricardites suppurées sont à pneumocoque. A côté d'elles, vous en trouverez à streptocoques, à staphylocoques, puis enfin, d'autres très intéressantes, les grandes suppurations du péricarde à bacilles de Koch.

Envisageons donc, successivement, ces 4 formes.

La plus commune, vous disais-je, est la péricardite suppurée à pneumocoque. Elle peut être le fait, soit d'une propagation directe, soit, plus rarement, d'une septicémie pneumococcique. Les cas dans lesquels la péricardite suppurée succède à une pneumonie ou à une broncho-pneumonie, sont bien dus à une propagation directe. Les expériences de Netter et les études expérimentales plus anciennes de Troisier en donnent la preuve et l'explication. Dans les cas, plus rares, où il y a septicémie pneumococcique, l'infection part des amygdales, de l'entrée des voies respiratoires. Elle se localise sur le péricarde en raison d'une prédisposition, d'une cause prédisposante locale, qui n'est pas toujours connue d'ailleurs, soit une péricardite antérieure, soit un trouble fonctionnel comme dans le mal de Bright.

Je vous dirai quelques mots des péricardites suppurées à streptocoques. Elles peuvent être le résultat d'une propagation directe. Mais, dans les péricardites à streptocoques, la septicémie intervient, je crois, plus fréquemment que dans la péricardite à pneumocoque. Ici, c'est encore le pharynx qui est la porte d'entrée la plus habituelle de l'agent pathogène. Je vais vous citer une observation recueillie par M. Nobécourt dans mon service en 1903. Un enfant de 13 ans entre à l'hôpital pour une albuminurie banale. Il est mis au régime lacté. Quelques jours après son

L'EAU

DE

BUSSANG

EST

TONIQUE
DIGESTIVE
DIURÉTIQUE
RADIO-ACTIVE

Dans les cas de LYMPHATISME et de CROISSANCE DIFFICILE chez les ENFANTS

MM. les Docteurs prescriront avec succès

LES GRAINS DE BUSSANG

Pas de constipation — Assimilation parfaite — Aucune action nocive sur la dentition — Deux grains par jour avant les repas.

AUX
FABRIQUES DE GENÈVE

SEULE MAISON A PARIS

137, Boulevard de SÉBASTOPOL, 137

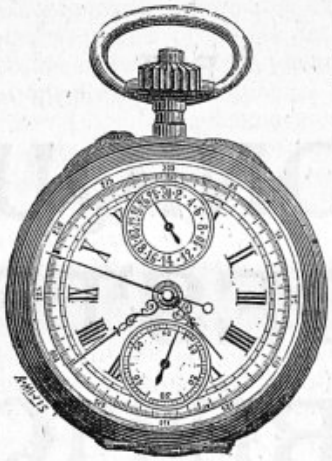
(PREMIER ÉTAGE)

MAISON E. COTTE FONDÉE en 1855.

Victor MAUPOMÉ Succr

TÉLÉPHONE 145-78

BAGUES, BRACELETS
BROCHES
BOUCLES D'OREILLES
AVEC DIAMANTS
Perles et Pierres fines
—o—
ENVOI FRANCO
DU
CATALOGUE
illustré
—o—
ATELIER SPÉCIAL
POUR
RÉPARATIONS de MONTRES
à prix fixés d'avance
—o—



SPÉCIALITÉ DE PARURES
POUR MARIAGES
BAGUES et BOUTONS BRILLANTS
—o—
ORFÉVRERIE
—o—
ENVOI FRANCO
DE
DESSINS, DEVIS
DE
PARURES
—o—
TOUTE L'HORLOGERIE
EST GARANTIE
SUR FACTURE
—o—

Montres Or, Argent, Acier et Métal de tous genres, de tous systèmes et de tous prix.

PIÈCES COMPLIQUÉES OR, ARGENT ET ACIER

CHRONOMÈTRES avec bulletin d'observatoire, répétitions d'heures, quarts et minutes.

SPÉCIALITÉ POUR MÉDECINS

Chronographes indiquant l'heure au 1/5 de seconde avec compteur 30 minutes, et rappel sur midi à volonté.

En OR, depuis 240 fr. En ARGENT, depuis 80 fr. En ACIER, depuis 55 fr.

ASSORTIMENT DE PENDULES DE VOYAGE

RÉVEIL, RÉPÉTITION, QUANTIÈME ET GRANDE SONNERIE.

Grand choix de Garnitures de cheminée de tous styles et de tous prix.

Grand choix de Chaînes Sautoir avec ou sans coulants, Chaînes de gilet, gentleman, etc.

Je suis à la disposition de MM. les Membres du « Concours Médical » pour leur envoyer franco par poste, **conditionnellement,** un choix très complet de tous les articles qu'ils voudront bien me demander. Cet envoi ne les engage absolument en rien, leur permet de voir les objets en nature avant d'acheter et je prends l'engagement de rembourser le montant des frais de retour de ces envois conditionnels.

Un escompte spécial de 10 °/₀ est accordé à MM. les Membres du « Concours Médical ».

entrée, il fait une otite suppurée. Un jour, il est pris de douleurs précordiales, et il succombe. A l'autopsie, on trouve du pus dans l'oreille moyenne et une péricardite suppurée à streptocoques. C'était une infection streptococcique partie de l'oreille. Dans ce cas, la péricardite a déterminé des douleurs assez vives, alors que chez le malade qui a servi de point de départ à cette leçon, les douleurs ont fait défaut.

Je passe aux péricardites à staphylocoques. Elles ne sont pas encore très bien connues et devraient tenir une place un peu plus grande dans la pathologie. Notre malade actuel en est un exemple. En voici un autre exemple, que j'ai observé avec Sevestre. Il concerne un enfant dont le père, atteint de furonculose, était en puissance de staphylococcémie. Le père, obligé de garder la chambre, jouait avec son enfant toute la journée. A un moment donné, l'enfant fut pris de fièvre, sans que l'on trouvât chez lui autre chose qu'une légère suppuration unguéale. On était frappé, cependant, de l'affaiblissement des bruits du cœur, de la petitesse du pouls, de l'augmentation de la zone de matité précordiale. Le petit malade mourut, cyanosé. L'autopsie ne put être faite, puisqu'il s'agissait d'un malade de la ville, mais je suis convaincu que nous avons eu affaire à une péricardite suppurée à staphylocoques.

Il faut que vous connaissiez ces péricardites à staphylocoques. Ce sont des lésions sournoises, à symptomatologie à peu près nulle. Leur origine est d'ordre septicémique. Elles sont d'ailleurs redoutables et tuent en quelques jours.

Je voudrais vous parler maintenant des péricardites bacillaires. Quand le bacille de Koch arrive sur le péricarde, il peut y déterminer des péricardites de tous ordres, sèche, séro-purulente, purulente, des symphyses péricardiques.

Ne croyez pas que les suppurations du péricarde se voient chez de vieux phtisiques. Elles se rencontrent chez de jeunes sujets qui sont tuberculeux en puissance, suspects de bacillose plutôt que phtisiques. Voici un fait dont j'ai été témoin. Je fus appelé à voir un enfant de 9 ans, bien portant jusque-là, qui se plaignait d'essoufflement et offrait une cyanose assez accusée. En l'examinant, je constatai de l'affaiblissement des bruits du cœur, de l'augmentation de la matité précordiale, de la petitesse du pouls. Je portai le diagnostic de péricardite avec épanchement, et je m'arrêtai à l'idée de péricardite tuberculeuse.

Les péricardites suppurées au cours de la tuberculose sont loin d'être rares. Elles ont été étudiées par Trousseau, Lasègue, Roger, Rendu, et sont intéressantes à connaître.

Dans quelques circonstances — et il en fut ainsi chez notre malade d'aujourd'hui — plusieurs infections s'associent et interviennent dans le péricardite suppurée.

Quels sont les caractères anatomiques de ces péricardites? Dans la péricardite à pneumocoque, ce qui domine, c'est l'abondance de l'exsudat fibrineux ; le pus est épais, verdâtre, en petite quantité. Dans la péricardite à streptocoques ou à staphylocoques, le cœur offre à sa surface une membrane pyogénique unie. Dans les péricardites suppurées à bacille de Koch, le péricarde représente généralement une grosse poche purulente, le pus est abondant et l'on tombe sur un magma qui rappelle les abcès froids ; on trouve des amas de substances caséeuses et, par places, des pertes de substance. Il y a là des modifications dans les réactions de la séreuse, comparables à celles que vous trouvez dans d'autres tissus, la plèvre en particulier.

Une chose frappe en présence de ces grosses lésions péricardiques. Vous inclinez à croire que vous allez rencontrer une symptomatologie tapageuse. Détrompez-vous. Vous passerez 8 fois sur 10 à côté de la péricardite. Huit fois sur dix, ce sont des lésions latentes. On serait tenté de dire que la maladie est latente parce que le médecin est inattentif. Eh bien ! il faut savoir aussi que la symptomatologie de ces péricardites est souvent fruste, et que le diagnostic en est difficile. Quelquefois l'attention est attirée par une douleur précordiale vive, une augmentation de la matité. Mais, à côté de ces cas où la réaction est assez accusée, il en est d'autres où la réaction est nulle. L'affection passe d'autant mieux inaperçue que le médecin ne pense pas toujours à examiner quotidiennement le cœur

L'examen fréquent du cœur s'impose en pareille circonstance. Vous ne trouverez pas de frottements, puisqu'il y a du liquide qui sépare les deux feuillets du péricarde. Il faut déterminer la zone de matité, le choc de la pointe, l'état du pouls et de la pression artérielle et l'état du poumon. On peut parfois constater l'existence d'un souffle pseudo-pleurétique dont j'aurai occasion de vous reparler.

La péricardite purulente est une chose extrêmement grave. Vous n'avez pas grand'chose à espérer du traitement, ni des applications de glace, ni de l'immobilisation, ni des ponctions. Les ponctions sont dangereuses. Sur 5 ponctions, Bouchut pénétra deux fois dans le cœur, ce qui n'est pas sans inconvénient. Les grandes opérations, qui ressortissent à la chirurgie, ne sont guère à conseiller. Les chirurgiens savent qu'ils auront une fistule intarissable. Quand le diagnostic est certain, le mieux est de laisser les malades en paix.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

LA SEMAINE MÉDICALE

L'Autosérothérapie des Pleurésies séro-fibrineuses

Dans sa récente édition (huitième) de la *Clinique Thérapeutique* (1) M. le Dr Gaston Lyon résume en quelques lignes la méthode du Dr Gilbert, de Genève, pour la séro-réaction et la cure des pleurésies séro-fibrineuses.

« L'autosérothérapie consiste à injecter sous la peau une petite quantité de liquide pleural retiré par ponction exploratrice, et a pour but d'introduire dans la circulation les tuberculines atténuées, les anticorps spécifiques que contiennent ce liquide.

« La technique est des plus simples ; on fait, avec les précautions d'usage, une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz de 5 centimètres cubes ; puis, sans retirer complètement l'aiguille, on enfonce celle-ci dans le tissu cellulaire sous-cutané, au point même où a été faite la ponction (ceci afin d'éviter deux piqûres successives) ; on injecte ainsi 1 à 2 centimètres cubes de liquide pleural, à un ou deux jours d'intervalle ; suivant les cas, les injections sont répétées une à trois fois, parfois cinq à six fois.

« Quelques médecins ont injecté des doses progressivement croissantes de liquide pleural : soit de 1 à 10 centimètres cubes.

« Dans un assez grand nombre de cas, où l'épanchement était stationnaire, ces injections ont provoqué la résorption rapide (en six à dix jours), et définitive de l'épanchement. Elles sont habituellement suivies d'une polyurie marquée et déterminent, parfois, une élévation passagère de température de 1 à 2 degrés. Cette élévation ne se produit pas dans le cas où la pleurésie n'est pas de nature tuberculeuse. On peut employer d'emblée l'injection, alors même qu'il existe des phénomènes inflammatoires contre-indiquant d'ordinaire la ponction. »

M. Gilbert, de Genève, a fait remarquer, encore récemment, que toutes les pleurésies fibrineuses, les non tuberculeuses comme les tuberculeuses, sont justiciables de ce traitement qui est en même temps un moyen de diagnostic, la réaction thermique ne se produisant que dans les cas où la pleurésie est tuberculeuse.

L'Anaphylaxie alimentaire

MM. Castaigne et F. X. Gouraud ont publié dans le *Journ. méd. fr.* leurs recherches sur l'anaphylaxie alimentaire, entreprises à la suite des travaux de Richet et Portier, qui avaient montré le rapprochement entre les phénomènes réalisés avec les poisons albumineux (sérums surtout), employés en injections, et les intoxications alimentaires.

« Outre les infections et les intoxications aiguës dues à des aliments vénéneux (champignons), ou avariés (conserves, viandes altérées etc.), outre l'intoxication lente et progressive causée par l'abus de plusieurs aliments, ayant mauvaise réputation, il en est d'autres qui étaient jusqu'alors restées inexplicables : il s'agissait d'accidents causés par l'ingestion d'aliments parfaitement frais et naturels et qui, en outre, ne se montrent toxiques que dans des cas exceptionnels. On employait le mot *d'idiosyncrasie*, qui servait simplement à masquer notre ignorance. C'est pour ces cas qu'on a trouvé dans l'anaphylaxie une explication appuyée sur l'expérimentation, et il y aura lieu d'y penser quand on se trouvera en présence de ces accidents, car la seule façon d'en éviter le retour, c'est de supprimer l'aliment à incriminer.

« Comment les choses se présentent-elles en clinique et quels sont les aliments le plus fréquemment en cause ? Le lait surtout et spécialement le lait de vache. Certes, tous les accidents de l'allaitement artificiel ne doivent pas être attribués à l'anaphylaxie, et Marfan a insisté, avec raison, sur l'insuffisance des ferments comme une cause importante de l'infériorité de cet allaitement. La suralimentation lactée favorisant l'infection intestinale est une autre cause qui intervient couramment. Mais, les faits sur lesquels nous voulons attirer l'attention offrent certains caractères particuliers : il s'agit, en effet, d'accidents souvent des plus graves, se produisant presque immédiatement après l'ingestion de lait et qui, par leur brusquerie même, déjouaient toute explication. On se trouve en face, le plus souvent, de petits enfants d'un ou deux ans, au moment du sevrage ou peu après. L'allaitement au sein a été bien toléré, mais le sevrage est difficile : le lait de vache détermine des troubles dyspeptiques qui vont en augmentant. On redonne exclusivement le sein pendant quelques jours, puis on refait une nouvelle tentative d'ingestion de lait de vache ; alors réapparaissent les accidents d'intolérance presque immédiats : vomissements, diarrhée, pouls filiforme ; le facies se creuse, l'enfant se refroidit et on peut voir du collapsus. Dans certains cas des éruptions érythémateuses ou urticariennes couvrent le corps presque tout entier. Les phénomènes persistent vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis disparaissent, si on a cessé le lait de vache ; mais tout reprend et souvent avec une intensité plus grande à chaque tentative. Les cas de mort sont excessivement rares. Finkelstein en a rapporté un chez un enfant où une quatrième tentative à l'âge de six mois a été fatale. Dans des cas semblables, il faut en reconnaître la cause, supprimer immédiatement le lait de vache et ne le redonner qu'après de longs mois et avec une grande prudence. Il faut, en outre, lutter contre le refroidissement par les enveloppements chauds et contre l'asthénie cardiaque par des injections d'éther, d'huile camphrée ou de sérum artificiel.

« Des faits de ce genre peuvent encore se rencontrer, comme l'a bien montré le professeur Hutinel, chez des enfants plus âgés, à la suite

(1) Masson et Cie éditeurs.

d'entérocolite. Auparavant, ils toléraient bien le lait de vache ; mais, lorsque les symptômes intestinaux ayant disparu, grâce à la diète, on veut leur en faire ingérer des quantités même minimes, les accidents apparaissent immédiats et graves. Dans de très rares cas, l'intolérance, chez le nourrisson, se manifeste dès la première ingestion de lait de vache. Enfin quelques auteurs, Budin, Bar, Hutinel, ont signalé quelques cas d'intolérance pour le lait de femme, mais les accidents sont ici moins graves et l'anaphylaxie n'est, peut-être, pas en cause.

« Il est exceptionnel que ces accidents persistent plusieurs années avec leur intensité primitive ; le plus souvent, tout disparaît avec l'âge ; rarement, on voit rester toute la vie une difficulté toute spéciale pour la digestion du lait.

« Parmi les succédanés du lait, on n'a relevé jusqu'ici aucun fait analogue par l'ingestion de Képhir ou de petit lait, mais le babeurre, chez des enfants convalescents d'entéro-colite, peut provoquer de brusques poussées fébriles qu'il a appelées fièvre de babeurre.

« Une partie des cas d'empoisonnement par les œufs doivent être également rattachés à l'anaphylaxie. Il ne s'agit pas ici de blancs d'œufs altérés (gâteaux à la crème, blancs d'œufs battus), mais d'œufs absolument frais et d'accidents purement individuels, les autres convives restant tout à fait indemnes. Lesné en a publié un cas typique chez une petite fille de huit ans qui prenait un œuf tous les jours : il y eut d'abord quelques poussées d'urticaire, et, un jour, sans raison, au repas, apparurent des douleurs abdominales, avec pâleur de la face et diarrhée qui persistèrent les jours suivants, pour cesser de suite dès qu'on supprima les œufs. Au bout de quatre mois, apparurent de nouveaux accidents d'une extrême intensité simplement dus à la prise d'un entremets où entrait une petite quantité d'œufs. Pour l'œuf, il faut aussi bien incriminer le jaune que le blanc.

« La viande et les autres produits carnés provenant des mammifères sont beaucoup plus rarement à incriminer : quelques personnes ne peuvent cependant pas tolérer le veau. Mais les poissons, dont la chair est beaucoup plus différente de la nôtre, ainsi que les coquillages (moules surtout), et les crustacés donnent des accidents fréquents et graves. Nous ne parlons, bien entendu, que d'aliments frais, déterminant à un moment donné, des accidents chez des personnes qui en avaient ingéré auparavant, sans grand inconvénient et sans que les convives s'en soient trouvés malades.

« Les légumes peuvent donner des accidents ; les fruits, au contraire, n'ont pas attiré l'attention à cet égard, sauf les fraises, mais le professeur Gautier a attribué alors les accidents à l'irritation par l'acide salicylurique qu'elles contiennent. En somme, il s'agit toujours d'aliments composés d'albumine, c'est-à-dire de la substance le plus propre à créer l'anaphylaxie ».

L'ibogaïne médicament « coup de collier ».

Quoique l'ibogaïne soit un corps de composition chimique bien définie (C^{20} H^{33} Az^3) et toujours identique à lui-même, il ne faut pas oublier que ce n'est pas un corps de synthèse sorti du creuset des chimistes et assimilable aux phosphates, glycérophosphates, formiates et cacodylates.

C'est un alcaloïde, substance extrêmement active tirée d'un organisme vivant, l'iboga, plante du Congo (famille des apocynacées, genre tabernanthe), et comme tous les alcaloïdes, l'ibogaïne jouit de propriétés énergiques sous un très petit volume.

Ces propriétés ne sont pas d'ordre toxique comme celles de l'aconitine ou de la strychnine ; elles se rapprochent plutôt de celles de la caféine, ce qui fait que l'ibogaïne est un agent tonique puissant pour le cœur et le système nerveux auxquels elle permet des efforts considérables. L'iboga est le médicament du « coup de collier » dans toutes les manifestations de l'énergie vitale, musculaire, cérébrale ou nerveuse.

De plus, elle ne cause pas d'accidents et s'absorbe facilement lorsqu'on la prend sous forme de dragées Nyrdahl (chlorhydrate d'ibogaïne : 5 milligrammes) à la dose de 2 à 6 de ces dragées par jour.

MM. Landrin qui l'ont préparée et expérimentée ont reconnu que c'était là, la dose la plus communément nécessaire dans tous les états dépressifs et asthéniques ; cependant, elle pourrait être modifiée sur les indications du médecin traitant.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La fièvre de Malte. — Vomissements par hypo-alimentation chez les nourrissons. — Lieu d'injection du 606. — Accidents cardio-pulmonaires d'origine gastrique et biliaire. — Guérison clinique de la cirrhose du foie. — Pleurésie sèche avec dysphagie douloureuse.

MM. Widal, Kindberg et Cotoni communiquent à *l'Académie de médecine* une observation de *fièvre de Malte* d'origine particulière. L'affection fut contractée en manipulant, dans un laboratoire, des cultures de *micrococcus melitensis*.

Les auteurs montrent que la fièvre de Malte, à laquelle le médecin doit penser en présence d'une fièvre continue de diagnostic difficile, n'est plus une maladie rare en France. Partie de Malte, son foyer d'origine, elle a diffusé sur toutes les rives méditerranéennes, et elle a été observée plusieurs fois à Paris dans ces dernières années. La découverte du *micrococcus melitensis*, faite par Bruce en 1887, a établi qu'il s'agissait d'une septicémie spéciale, bien distincte de la fièvre typhoïde et de la suette miliaire, avec lesquelles on l'avait souvent confondue. C'est

avant tout une maladie de la chèvre, surtout de celle d'origine maltaise. Le *micrococcus melitensis* a été trouvé dans le lait des chèvres malades ; on le trouve aussi dans l'urine des sujets atteints de cette fièvre.

M. Widal estime que la prophylaxie de la fièvre de Malte doit actuellement éveiller la sollicitude des pouvoirs publics. Il est indispensable de faire comprendre aux populations la nécessité de n'employer que du lait de chèvre bouilli. La désinfection des excreta et la déclaration de la maladie (pour éviter, par l'isolement, la contagion inter-humaine) seraient également des mesures indispensables.

— M. Variot expose à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur les *vomissements par hypo-alimentation chez les nourrissons.*

Tous les médecins, dit-il, sont familiers avec l'intolérance gastrique due à la suralimentation, mais on ne connaît pas généralement les vomissements causés par l'hypo-alimentation. Les observateurs qui le voudront pourront contrôler la réalité de cette notion nouvelle, capitale en hygiène infantile : les vomissements par hypo-alimentation. Ils sont assez fréquents, aussi bien chez les enfants nourris au sein, quand la sécrétion lactée est insuffisante, que chez ceux nourris au biberon, quand ils ne reçoivent pas la quantité de lait convenable.

L'enfant qui vomit par hypo-alimentation est un inanitié. Il prend avec avidité le biberon ; mais, dix minutes ou un quart d'heure après, il rejette tout ou partie de la tétée. Ordinairement, les selles sont rares, liquides, glaireuses. Les enfants vomissent et, ayant des déjections anormales, on les considère comme atteints de gastro-entérite. On conseille de diminuer la ration alimentaire et on aggrave les accidents.

Le pronostic de cet état est presque toujours favorable, à condition de dépister l'hypo-alimentation ; les enfants s'améliorent rapidement dès qu'on a restitué au nourrisson la ration de lait qui convient. Aussi, chaque fois qu'on se trouve en présence d'un nourrisson vomisseur, ne faut-il pas s'empresser de conclure, comme on le fait trop généralement, qu'il est suralimenté. Il faut s'enquérir s'il reçoit bien la quantité de lait nécessaire, peser les tétées s'il est au sein. On recherchera si le lait n'est pas déjà mouillé à la crémerie, on le fera analyser, etc.

— MM. Martin, Milian et Sicard discutent à la *Société médicale des hôpitaux* la question de la technique et du *lieu d'injection du* 606.

M. Martin préfère l'injection soluble intraveineuse.

M. Milian recommande d'y joindre l'injection insoluble, déposée dans les tissus. L'injection insoluble ne doit pas être sous-cutanée, mais intramusculaire, sous peine d'abcès hypodermique. L'injection intra-musculaire peut être faite avantageusement à la région lombaire, où elle ne provoque pas de phénomènes nerveux trop pénibles. Ce serait la région de choix. L'auteur rejette les injections sous-dermiques inter-scapulaires comme déterminant des troubles extrêmement douloureux.

M. Sicard, au contraire, employant les doses ordinaires de 0 gr. 50 à 0 gr. 60 et un produit neutralisé, n'a jamais eu de douleurs très vives, jamais de paralysie, jamais d'abcès, avec les injections sous-dermiques inter-scapulaires.

— MM. Paul Ribière et Emile Merle rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un exemple typique d'*accidents cardio-pulmonaires provoqués par un ictère bénin.*

Il s'agit d'un jeune homme qui eut, le lendemain de l'apparition d'un ictère infectieux bénin, une abondante hémoptysie. A l'examen, on constata le signe caractéristique de l'hypertension dans le domaine de l'artère pulmonaire : l'éclat tympanique du deuxième bruit au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire. Le malade était suspect de tuberculose.

Cette observation rentre dans le groupe des accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastro-intestinaux, si bien mis en lumière par les travaux de Potain et de ses élèves. Le professeur Potain, en 1878, attira l'attention sur certains phénomènes fonctionnels du cœur en rapport soit avec des états dyspeptiques, soit avec des affections, le plus souvent bénignes et transitoires, du foie et des voies biliaires. Ces troubles consistent en dilatation aiguë du cœur, portant surtout sur les cavités droites, que M. Potain rattacha à la vaso-constriction des capillaires pulmonaires et à l'hypertension consécutive de l'artère pulmonaire : vaso-constriction et hypertension elles-mêmes déterminées par un réflexe à point de départ gastrique ou biliaire. Le signe constant, dans ces accidents cardio-pulmonaires d'origine gastro-intestinale, est, d'après Barié, l'éclat tympanique du deuxième bruit au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire. Les symptômes les plus habituels (angoisse précordiale, crises dyspnéiques, palpitations) n'ont pas été notés chez le patient de MM. Ribière et Merle. L'hémoptysie, signalée chez lui, tient sans doute à ce que l'hypertension est intervenue sur un sujet suspect de tuberculose.

— MM. Ribière et Paraf présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de *guérison clinique de cirrhose du foie.* Comme dans les autres cas, signalés jusqu'à ce jour, la guérison est seulement clinique, sans *restitutio ad integrum* parfaite du fonctionnement du foie. Ce résultat a été obtenu en dehors pour ainsi dire de toute thérapeutique médicamenteuse. Le malade ne semble avoir jamais pris d'autre médicament qu'un peu de théobromine. Il a été simplement soumis pendant plusieurs années au repos absolu et au régime lacté. Le régime et le repos paraissent donc constituer les fondements de cette guérison clinique des cirrhoses, guérison toute relative, mais nullement à dédaigner cependant.

— M. Siredey présente à la *Société médicale des hôpitaux* un travail de M. Mantoux sur les *pleurésies sèches avec dysphagie douloureuse.*

« L'Æthone rendra des services considérables au point de vue antispasmodique.»

« J'ai pu me rendre compte des propriétés sédatives extrêmement puissantes de ce médicament qui, d'après les résultats que j'ai pu observer, est infiniment supérieur au bromoforme. »

Extrait des *Comptes rendus de la Société de Thérapeutique de Paris* (Séance du 23 avril 1907).

L'ÆTHONE $C^7 H^{16} O^3$

Administré à Doses suffisantes

EST LE PLUS PUISSANT SÉDATIF

de la

TOUX Spasmodique

et de la

Coqueluche

NON TOXIQUE, bien supérieur au Bromoforme,
il est exempt des inconvénients des opiacés et dérivés

POSOLOGIE:

ENFANTS : Administrer à chaque fois
6 mois à 1 an : 8 à 10 gouttes
1 an à 2 ans : 10 à 15 —
Au dessus de 2 ans : 15 à 30 —
et plus selon l'âge et le cas:
Répéter 5 à 6 fois les doses ci-dessus, et plus, par 24 heures selon les besoins.

ADULTES : 30 à 50 gouttes par dose : Administrer 5 à 6 doses et plus par 24 heures, une demi-heure avant ou 2 heures après le repas.

MODE D'ADMINISTRATION

L'**Æthone**, très volatil doit être mélangé au moment du besoin à un peu d'eau soit sucrée soit édulcorée de sirop de tolu et à la température de la chambre. L'Æthone ne doit pas être mis en potion.

PRINCIPALES
Indications Thérapeutiques de l'ÆTHONE

Toux spasmodique, Coqueluche,
Toux grippale, Trachéïte,
Laryngites et Pharyngites,
Bronchites, Asthme,
Toux émétisante des Tuberculeux

Littérature et Echantillons : **FALCOZ et Cie, 18, rue Vavin, Paris**

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*)

malade et cet examen justifie, si besoin en était, l'honoraire qu'il touchera de ce chef.

Quant à vos observations sur la différence entre le prix de la consultation au cabinet et de la visite à domicile, entre le prix de la ville et de la campagne, nous sommes d'accord avec vous sur ces points et espérons que le prochaine revision du Tarif Dubief vous donnera satisfaction.

Dr R. G. à *Concours*. — Je vous prie de me donner par la voie du *Concours médical*, le renseignement suivant :

J'ai soigné en octobre dernier l'enfant d'un de mes clients, ouvrier propriétaire de la maison qu'il habite depuis 7 ans, j'ai toujours été bien payé par cet homme.

Ce matin je reçois de la mairie une note me disant que mon client est inscrit sur la liste d'assistance médicale gratuite, *pour le* 4e trimestre de 1910.

Suis-je obligé d'accepter ce tarif, dans ces conditions ?

Suite page XIV.

BERCK et SALIES de BÉARN sous le ciel merveilleux de la CÔTE D'AZUR

INSTITUT MARIN & ORTHOPÉDIQUE DE LA COTE D'AZUR

LA PLAGE d'HYÈRES (Var)

Etablissement Medico-Chirurgical ouvert toute l'année

ADULTES ET ENFANTS SEULS OU ACCOMPAGNÉS

Hydrothérapie marine — Héliothérapie — Bains d'Eaux mères

Radiothérapie — Gymnastique médicale

Électricité — Chauffage central — Notice, Renseignements sur demande.

OBÉSITÉ, HYGROMA, GOITRE, FIBROMES, METRORRHAGIES, HYPERTROPHIE de la PROSTATE

Capsules de Corps thyroïde Vigier

à 0 gr. 10 centigr. par capsule. — Dose ordinaire : 2 à 6 capsules par jour.

Ces capsules ne se prennent que sur l'ordonnance du médecin

PHARMACIE VIGIER, 12, BOULEVARD BONNE-NOUVELLE, PARIS

VALS SOURCE LA REINE

CONSOMMATION D'HIVER

Dans les convalescences des **maladies infectieuses**, de la *grippe*, des **fièvres éruptives**, alors qu'il y a insuffisance rénale manifeste et que l'économie est surchargée de toxines et d'éléments de désassimilation dont il est nécessaire de hâter l'élimination, la **REINE DE VALS** exerce un véritable **lavage du sang** et augmente la diurèse.

Faut-il ajouter qu'elle est acceptée avec le plus grand plaisir par les malades dont la bouche est remplie encore de mucosités fuligineuses qui leur sont si désagréables.

La **REINE DE VALS** est aussi la boisson préférée des **arthritiques** et des **dyspeptiques** qui peuvent la consommer indéfiniment sans crainte d'accidents d'aucune sorte.

Toutes Pharmacies, tous Dépôts d'Eaux Minérales ou s'adresser directement à M. CHAMPETIER, à Vals-les-Bains (Ardèche).

Société de Perfectionnement des Produits Pharmaceutiques

Ancienne Maison A. LE COUPPEY

FONDÉE EN 1855

SOUILLARD-LE COUPPEY

Pharmacien de 1re classe. — Fournisseur des Hôpitaux de Paris

23, rue des Écouffes, PARIS

CACHET DE GARANTIE

GRANULES LE COUPPEY

La forme " Granule " a mis à la disposition du médecin le moyen le plus commode et le plus sûr d'administrer les alcaloïdes et les médicaments actifs qui doivent être pris à très petites doses.

Elle permet un dosage exact des substances les plus énergiques, donnant ainsi toutes garanties de sécurité et de régularité d'action et permettant de surveiller les effets du médicament et d'en graduer les doses.

Les **GRANULES LE COUPPEY**, rigoureusement titrés et préparés avec des produits d'une pureté absolue, réunissent toutes les qualités que l'on est en droit d'exiger de médicaments aussi actifs.

Les GRANULES LE COUPPEY ne peuvent être délivrés que sur ordonnance et, pour éviter toute confusion nous prions MM. les Docteurs de vouloir bien prescrire : Granules de . . . . . LE COUPPEY.

Aconitine cristallisée	1/10	millig.	Extrait thébaïque	1	centig.
Arséniate de Fer	1	—	Hydrastine	5	millig.
— de Soude	1	—	Hyosciamine cristallisée	1/2	—
Atropine sulfate	1/2	—	Méthylarsinate de soude	1	centig.
Cacodylate de Fer	1	centig.	Phosphure de Zinc	4	millig
— de Soude	1	—	Podophylline (30 granules)	2	centig.
Caféine	5	—	Quassine cristallisée	1	—
Calomel	1	—	Spartéine sulfate	1	—
Cicutine bromhydrate	1	millig.	Strophantine cristallisée	1/10	millig.
Colchicine cristallisée	1	—	Strychnine arséniate	1	—
Digitaline cristallisée	1/10	—	— sulfate	1	—
Dioscoride (*acid arsénieux*)	1	—	Sulfure de Calcium	1	centig.

Chaque flacon contient 60 granules. — Prix du flacon, **2 fr. 50**

L'auteur a observé un cas de dysphagie douloureuse qu'il attribue à un foyer de pleurésie sèche médiastinale juxta-œsophagienne. La douleur était provoquée par le passage du bol alimentaire au niveau de la pleurésie, la plèvre enflammée s'appliquant à ce moment sur la paroi de l'œsophage.

P. L.

FORMULAIRE RAISONNÉ

Le Fer (*Suite*),

Par le Dr André Lombard.

Le fer présente avec le chlore deux combinaisons : le protochlorure et le perchlorure. C'est sous la forme de *protochlorure de fer* que le fer ingéré pénètre pour certains auteurs dans l'économie ; mais pris directement, sous cette forme, il est parfois irritant pour l'estomac.

Il se conserve difficilement, s'oxyde et se transforme en perchlorure ; aussi le doit-on prescrire en pilules et surtout en dragées de 0 gr. 10, à la dose quotidienne d'une à deux ; il constitue le principe actif des dragées de Rabuteau (1 à 5 par jour). On peut formuler :

Protochlorure de fer	0 gr. 1
Extrait de rhubarbe	0 gr. 02
Savon médicinal	1 gr.

pour 1 pilule, 2 à 4 par jour.

Le *perchlorure de fer*, chlorure ferrique, est un hémostatique interne et externe, un coagulant. Il est soluble dans l'alcool et l'éther ; la solution officinale, qui contient 26 p. 100 de sel, est seule usitée ; vingt gouttes pèsent un gramme et contiennent seize à dix-sept centigr de sel. En applications externes, même en solution de 1 à 10 p. 100, il provoque souvent des escharres ; aussi ne l'emploie-t-on guère comme hémostatique ; il ne faut cependant pas oublier que dans le traitement des épistaxis, il a souvent rendu et peut rendre encore des services, malgré les inconvénients inhérents à son emploi (adhérence des caillots, infection locale) ; on introduit dans la narine un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'une partie de perchlorure de fer pour deux parties d'eau. Etendu dans deux parties de glycérine, il a servi en attouchements dans la diphtérie. MM. Robin et Dalché en conseillent l'emploi pour les injections inguinales à la dose d'une cuill. à café par litre d'eau très chaude. On peut l'employer pur comme topique des cors aux pieds ; il rend aussi des services dans le traitement de l'hyperhydrose palmaire ou plantaire ; si les pieds ou les mains sont plutôt chauds, après avoir prescrit des bains locaux frais, on conseille des applications de :

Glycérine	10 gr.
Perchlorure de fer	20 gr.
Essence de bergamotte	XX gouttes

Le Dr E. Martin (d'Alger) l'a conseillé pour combattre les dermatoses provoquées par des parasites végétaux ou des parasites animaux, dans le ptyriasis versicolore, il badigeonne les placards avec ce liquide :

Perchlorure de fer sec	5 gr.
Gutta-percha	2 gr.
Chloroforme	20 gr.

Il faut avoir soin de changer de linge chaque jour ; la guérison aurait lieu après deux ou trois applications.

Un gros inconvénient du perchlorure de fer est de tacher la peau et le linge d'une façon à peu près indélébile ; on peut essayer de faire disparaître ces taches avec la solution suivante :

Carbonate de soude	6 gr.
Glycérine neutre, Eau	aâ 30 gr.

A l'intérieur, le perchlorure de fer agit non seulement comme hémostatique, mais aussi comme reconstituant ; on le donne à la dose moyenne de deux à trois gouttes par année d'âge et par jour chez l'enfant ; à celle de quarante à soixante gouttes chez l'adulte. Il faut le prescrire en solution ou en potion sans gomme ; on le conseille quelquefois dans le purpura :

Perchlorure de fer	XX gouttes.
Sirop simple	20 gr.
Eau distillée	40 gr.

à prendre par cuill.à café toutes les deux heures. MM. Huchard et Fiessinger prescrivent volontiers la *teinture de Betoucheff* (perchlorure de fer et liqueur d'Hoffmann) ; ils font prendre deux cuill. à soupe par jour, au moment des repas, de

Teinture de Betoucheff	20 gr.
Hydrolat de cannelle	200 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	40 gr.

Il se forme un précipité insoluble de tannate de fer ; il est fâcheux que cette préparation très active ait un goût désagréable.

Le perchlorure de fer a été employé en injections contre les angiomes sous-cutanés ; mais, comme les autres substances modificatrices, il a occasionné des accidents désastreux, même mortels ; employé dans la *liqueur de Piazza*, il ne serait pas passible de ce reproche ; voici la composition de cette liqueur :

Chlorure de sodium	15 gr.
Perchlorure de fer	25 gr.
Eau distillée	60 gr.

simplement comme indication.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Quelques formules utiles pour le traitement des Bronchites ;

Par le Dr E CERFOL.

Avec la fièvre et quelques troubles généraux, le début de la bronchite vulgaire est caractérisé par une toux sèche, quinteuse, de l'oppression et de la douleur thoracique. A cette période, la muqueuse des conduits bronchiques est congestionnée, tuméfiée, mais elle ne sécrète pas. Il y a donc indication d'une part à combattre la fièvre (sulfate de quinine, antipyrine), à calmer la toux qui fatigue les malades et enlève le sommeil ; d'autre part, il faut lutter contre l'élément congestif (révulsifs) et favoriser le passage de la bronchite à la période de sécrétion.

Il y a un bon moyen de calmer la toux quinteuse de la trachéo-bronchite : il consiste dans les inhalations d'eau additionnée de teinture de benjoin ou d'eucalyptus. A ce moment aussi, 4 à 6 comprimés Roche de thiocol par jour peuvent fort bien par action antiseptique pulmonaire modifier favorablement l'évolution de la bronchite et calmer la toux.

Pour éloigner directement ce symptôme, on n'a que l'embarras du choix : opium, belladone, aconit, jusquiame, laurier-cerise, lactucarium, viennent en première ligne. Il va sans dire que l'opium est le remède de choix.

Il le sera d'autant mieux quand on aura dans la thérapeutique courante le pantopon, opium total injectable, découvert par Sahli et dont le professeur Pouchet parlait dernièrement à l'Académie de médecine. Un à cinq comprimés (un centigr.) de pantopon par 24 heures, ou bien cinq à huit centigr. dans une potion constituent une dose sédative remarquable, puisque ce remède représente l'action combinée de tous les alcaloïdes de l'opium et sans inconvénients.

On prescrit habituellement la codéine et le sirop diacode. On n'utilise la morphine que dans les cas de toux particulièrement intense et alors on peut ordonner :

Sirop de morphine	
— de codéine	àà 30 gr.
— de baume de tolu	
— de laurier-cerise	
Teinture d'aconit	2 gr.

une à 4 cuillerées dans les 24 heures. Chez le vieillard ; il faudra être prudent en ce qui concerne l'usage de l'opium ; mieux vaut employer l'aconit associé à la digitale ou à la digalène, qui n'a pas d'inconvénients.

D'une façon générale, les calmants *narcotiques* sont contre-indiqués chez les malades dont les bronches sont encombrées de râles muqueux, chez les affaiblis qui expectorent mal et quand la finesse des râles indique une tendance de la bronchite à s'étendre et à se capillariser.

Quant aux révulsifs, ils sont nombreux : de la simple teinture d'iode (dédoublée) aux pointes de feu, ils offrent une diversité réelle, cataplasme sinapisé, thapsia, vésicatoire, liniments excitants comme celui-ci :

Liniment ammoniacal camphré	60 gr.
Essence de térébenthine	40 gr.

A la seconde période, dès l'apparition des crachats, on doit changer de médication. Renaut de Lyon et Grasset prescrivent soit l'ipéca, soit le thiocol.

Ipéca	2 gr.

Faire infuser dans :

Eau	100 gr.

Réduire à 90 passer et ajouter :

Sirop de polygala	30 gr.

une cuillerée à bouche toutes les deux heures ; ou bien encore :

Comprimés Roche de thiocol	1 tube

2 comprimés dans eau sucrée toutes les 4 heures et aussi :

Sirop Roche au thiocol	1 flacon

une cuillerée à café toutes les deux heures.

Par ces médicaments on obtient une amélioration rapide, le gaiacol sulfoné est un asséchant et un antiseptique pulmonaire. Il imprime à la bronchite une allure favorable et la guérit en quelques jours. Aucun inconvénient n'est à craindre avec ce médicament pour l'estomac ni pour l'état général.

On obtient aussi des résultats en prescrivant la poudre de Dower :

Goudron de Norvège	1 gr.
Poudre de Dower	2 gr.
— de benjoin	Q. S.

F. S. A. 20 pilules : 4 par jour.

Une meilleure formule serait encore la suivante :

Goudron de Norvège	àà 2 gr.
Poudre de Dower	
Extrait d'aconit	0 gr. 20
Poudre de benjoin	Q. S. pour 20 pilules

Le kermès, l'oxyde blanc d'antimoine, sont aussi utiles, de même le benzoate de soude pour favoriser l'expectoration :

Benzoate de soude	3 gr.
Teinture d'aconit	XXV gout.
Eau de laurier-cerise	10 gr.
Sirop de tolu	àà 60 gr.
Eau distillée	

une cuillerée à soupe de deux heures en deux heures.

Lorsque l'expectoration est excessive, il faut la modérer, il arrive même un moment où l'on doit la tarir. Alors, il faut faire appel à la belladone au datura, à la terpine à haute dose :

Extrait de belladone	un centgr.
— de datura	cinq cent.
Terpine	0 gr. 20
Camphre pulvérisé	Q. S. pour 8 pilules

A prendre 4 pilules par jour.

Il y a d'autres moyens de faire prendre la

terpine. On l'associe par exemple à l'élixir de Garus :

Elixir de Garus.....	200 gr.
Terpine.....	2 gr. 50

2 à 4 cuillerées à soupe par jour.

C'est pour modifier l'évolution des bronchites chroniques que la terpine, le terpinol, l'eucalyptol, les sulfureux, l'iodure, sont recommandables. Mais ici, les comprimés Roche de thiocol ont encore la faveur des praticiens. Par le gaiacol qu'ils déversent dans l'organisme, sans fatigue pour l'estomac, ces comprimés exercent sur l'épithélium bronchique une réaction asséchante et antiseptique remarquable. Sous leur influence, les crachats se fluidifient et perdent leur purulence, l'oppression diminue et les râles muqueux disparaissent. On peut, chez les asthmatiques, les arthritiques, les scléreux alterner cette médication avec celle de l'iodure ; dans l'emphysème, en particulier, cette alternance donne des résultats manifestes.

SOU MÉDICAL

Extraits des procès-verbaux des séances du Conseil d'Administration.

des 20 *et* 27 *octobre*, 3, 10, 17 *et* 24 *novembre* 1910.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission des nouveaux membres ci-après, qui ont envoyé leur adhésion et payé leur cotisation :

MM. les docteurs.

1866 Loridant, à Brou (Eure-et-Loir).
1867 Delarras, à St-Pourçain (Allier).
1868 Ammeux, à Calais, 4, place de la Nation.
1869 Grimaud, à Bellegarde (Gard).
1870 Aupois, à Vire (Calvados).
1871 Bernard, à Salernes (Var).
1872 Lecouillard, à Quettehou (Manche).
1873 Picard, à Morteau (Doubs).
1874 Ronsin, à Gaël (Ille-et-Vilaine).

— Le Conseil de Préfecture du Tarn s'étant déclaré incompétent dans le procès intenté par le Dr T. au maire de St-P. pour réclamation d'honoraires d'Assistance médicale gratuite, le Conseil, suivant les avis de MMes Gatineau et Auger, accorde au Dr T. son appui pécuniaire pour former un recours devant le Conseil d'Etat.

Le Conseil ordonnance le paiement, à titre de provision, d'une somme de 500 fr. à Me Auger, avocat au Conseil d'Etat, et des honoraires de l'avocat du Dr T. devant le Conseil de Préfecture s'élevant à 60 francs.

— Le Dr C. poursuivant un client en recouvrement d'honoraires devant la justice de paix, voit former contre lui une demande reconventionnelle en 550 fr. de dommages-intérêts pour une prétendue erreur de diagnostic, qui n'est pas même précisée dans les motifs de la demande.

Des conseils et un projet de conclusions seront envoyés au Dr C. dont, bien entendu, la responsabilité civile est garantie par le « Sou Médical » dans cette affaire.

— L'avis de MMes Gatineau et Auger étant que la chose jugée entre patron et ouvrier ne peut être opposée au médecin, pour lui refuser le paiement de ses honoraires, pour soins donnés après la consolidation à un blessé du travail, le Conseil accorde au Dr M. l'appui pécuniaire sur l'appel qu'il a interjeté contre un jugement par lequel le juge de paix s'est déclaré incompétent.

— Le Dr D. communique un arrêt de la Cour de Marseille condamnant un pharmacien qui l'a dénigré auprès de ses clients à lui payer des dommages et intérêts. Cet arrêt sera publié.

— Dans une affaire de recouvrement d'honoraires pour accidents du travail, le juge de paix, sans tenir compte du Tarif Dubief, a alloué au Dr F. une somme inférieure à celle offerte par la Compagnie d'assurances qui représentait le patron.

La question du cumul étant en jeu, le Conseil accorde au Dr F. l'appui pécuniaire du « Sou » en appel. Il ordonnance le remboursement au Dr F. d'une somme de 78 fr. 20 pour frais et honoraires en justice de paix et d'une somme de 50 fr. versée à titre de provision à l'avoué qui occupera sur l'appel.

— Le Dr A. demande l'avis du « Sou » sur une affaire d'accident du travail dans laquelle le choix du médecin est en question.

Comme, des termes du bulletin remis par le patron à l'ouvrier, il ne résulte pas nettement que le patron ait prié le médecin de soigner son ouvrier blessé, le Conseil est d'avis que le Dr A. accepte le règlement qui lui est proposé d'après le tarif Dubief.

— Le Trésorier, à qui a été transmis un bordereau de paiement de frais judiciaires pour le Dr X. déclare ne pouvoir effectuer ce paiement, le Dr X. n'ayant pas encore payé sa cotisation de 1910.

Le Conseil approuve et décide que le Dr X. sera invité à régulariser sa situation.

— Le Dr B. demande le remboursement des honoraires de son avocat (100 fr.), dans une affaire de recouvrement d'honoraires, qu'il a gagnée, alors que ses clients avaient répondu à sa demande par une demande reconventionnelle en dommages-intérêts pour responsabilité. (*Accordé.*)

— Le Dr B. avise que son procès, pour lequel il avait obtenu l'appui du *Sou*, a été perdu en appel devant le Tribunal civil de M. Il demande qu le « Sou » lui rembourse les frais qu'il a déjà avancés et règle le surplus avec ses avoué et avocat.

Il lui sera rappelé que c'est aux adhérents du « Sou » qu'il appartient de s'entendre avec leurs défenseurs, le « Sou » se bornant à examiner les notes et à en effectuer le paiement.

— Le Dr X., médecin d'hôpital, ayant appelé un médecin étranger pour opérer un blessé du travail, est menacé de procès de la part de son confrère, auquel la commission administrative de l'hôpital a déclaré que son médecin titulaire était responsable de ses honoraires. Il demande si le « Sou » lui accorderait éventuellement son appui.

Conseil lui sera donné de répondre, en invoquant le jugement de la Loupe et l'arrêt de la Chambre des Requêtes qui l'a approuvé, que c'est l'hôpital qui est responsable des honoraires du chirurgien étranger, et de conseiller à son confrère de poursuivre la Commission administrative seule, sauf à celle-ci à l'appeler en garantie si elle le juge utile. Dans ce cas, le « Sou » lui accordera certainement son appui moral et pécuniaire.

— La succession d'un adhérent du « Sou » demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires accidents du travail.

Le « Sou Médical » doit bien son appui aux ayants droit d'un adhérent pour les affaires dont l'origine remonte à une époque où leur auteur en faisait partie ; mais, bien entendu, dans les mêmes conditions auxquelles l'adhérent lui-même y aurait eu droit.

Dans l'espèce, comme il s'agit d'une simple affaire de recouvrement, le Conseil du « Sou » regrette de ne pouvoir en prendre les frais à sa charge, au moins en première instance.

— Le Dr P. demande que le Conseil s'engage à lui accorder son appui pécuniaire en appel dans une affaire de recouvrement d'honoraires accident agricole qu'il n'a l'intention de poursuivre en justice de paix que s'il peut compter, pour l'appel, sur cet appui éventuel.

Le Conseil estime qu'il serait contraire aux précédents et aux principes, affirmés encore tout récemment devant l'Assemblée générale, d'accorder l'appui pécuniaire pour l'appel d'un jugement qui n'est pas encore rendu.

— Le Conseil, pour régulariser une situation de fait qu'il a omis de soumettre à l'Assemblée générale du 20 novembre, décide de modifier provisoirement ainsi qu'il suit, sauf ratification par la prochaine Assemblée générale, les attributions des membres de son bureau :

M. le Dr DE GRISSAC, qui remplit le même rôle que M. le Dr Vimont, est nommé *Vice-président*.

M. le Dr BOUDIN, secrétaire général adjoint, qui assure en fait le service du Secrétariat général, est nommé *Secrétaire général*.

M. le Dr JEANNE, qui supplée le secrétaire général, en cas d'absence ou d'empêchement, est nommé *secrétaire général adjoint*.

CORRESPONDANCE

Réponse au Dr Prunet (de Jars).

10 novembre 1910,

Très honoré confrère,

Je crois nécessaire de répondre à la lettre — au fond très courtoise — que vous m'avez adressée, dont j'ai donné communication au Conseil général de l'A. G. dans sa séance du 20 octobre, et qui vient d'être publiée dans le *Concours médical*. (n° 46, page 995).

Avant de discuter votre proposition de nommer comme membres du Conseil général un plus grand nombre de confrères de province, je désire rectifier quelques-unes des inexactitudes que contient votre lettre.

1° Vous concédez que j'ai eu raison de protester contre la dénomination de « Société de bienfaisance » que vous appliquez à l'A. G., mais vous ne paraissez pas convaincu, puisque, quelques lignes plus loin — et à plusieurs reprises dans votre lettre, — vous qualifiez encore l'A. G. « d'œuvre de charité ».

J'avais donc raison l'année dernière de vouloir protester contre cette phrase trouvée dans le journal d'une Société commerciale de médecins dans lequel il a été écrit à plusieurs reprises « qu'à l'A. G. on était obligé de tendre la main, de mendier ».

Non, l'A. G. ne fait la charité à personne, pas plus à ses pensionnés qu'aux veuves et orphelins auxquels elle vient en aide.

Faut-il donc toujours répéter — sans grand espoir d'être entendu — qu'il existe, pour les membres de l'A. G. un **droit** à obtenir ces allocations, du fait qu'ils ont versé pendant un certain temps des cotisations de 12 fr. par an. Sans doute, c'est un droit qui est limité, comme l'est d'ailleurs la faible cotisation annuelle versée par les adhérents de l'A. G., c'est un droit qui ne peut s'exercer que s'il y a absence ou pénurie de ressources, mais ce n'en est pas moins un droit, et la charité n'a rien à faire ici.

2° L'un des arguments, mis par vous en avant pour interdire à l'A. G. l'étude des questions professionnelles, c'est la crainte qu'il ne se produise sur la même question une divergence de vues entre l'Union des Syndicats et l'A. G.

A l'appui de votre manière de voir, vous citez une phrase de notre confrère le Dr Jeanne, extraite du *Bulletin* n° 47. Si vous aviez bien voulu lire une autre phrase (p. 294 du même *Bulletin*) et du même docteur Jeanne, vous y auriez vu que, depuis plus de 10 ans, jamais l'A. G. n'a pris de décision sur une question importante, relative aux intérêts professionnels, sans s'entendre avec l'Union des Syndicats. Votre crainte est donc quelque peu chimérique.

3° Pour légitimer son intervention dans les questions professionnelles, l'A. G., dites-vous, s'appuie sur le fameux paragraphe de l'article 5 de ses statuts, spécifiant que l'un de ses buts est « de maintenir, par son influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession ».

Vous ajoutez « qu'il faut étrangement torturer ce texte » pour y trouver l'obligation de s'occuper de défense professionnelle. Vous avez ici complètement raison ; mais je crois bien qu'il n'est venu qu'à vous la pensée que c'était ce paragraphe des statuts qui obligeait jusqu'ici à étudier les questions professionnelles ; si vous aviez jeté les yeux sur le paragraphe qui précède celui que vous citez, vous y auriez lu que l'un des buts de l'A. G. est « de donner aide et protection aux membres des sociétés agrégées », vous auriez alors compris la véritable raison qui, pendant plus de 50 ans, a fait que l'A. G. s'est toujours occupée

plus ou moins activement de tout de ce qui pouvait intéresser le corps médical.

Vous me répondrez peut-être qu'il ne s'agit là que « d'aide et de protection » de l'individu, et non pas de la corporation : quand vous ferez partie du Conseil général, à une date sans doute prochaine, vous vous rendrez compte qu'il est impossible de séparer les deux choses. Si votre manière de voir prévaut à l'une des prochaines Assemblées générales, il faudra donc rayer cet article des statuts ; car il me paraît impossible que l'A. G. puisse utilement défendre, protéger un médecin isolé, sans s'occuper des questions générales, si complexes, qui se posent actuellement dans la vie professionnelle du médecin.

4° D'après vous, presque tous les membres du Conseil général de l'A. G. seraient pourvus d'une brillante situation pécuniaire ou professionnelle. Je ne veux pas discuter cette appréciation, en ce qui concerne le Conseil général actuel ; je vous rappelle simplement que celui de mes prédécesseurs, qui remplit pendant le plus longtemps les fonctions de secrétaire général, avec un succès qui n'a jamais été égalé depuis, eut besoin, lorsqu'il fut atteint par la maladie, d'une pension qui fut continuée à sa veuve ; l'A.G. fut également — sans parler des autres — obligée d'accorder un secours à la veuve de Tardieu qui, doyen de la Faculté, fut président de l'A. G. Il est probable qu'à leur époque tous deux devaient être considérés comme d'heureux capitalistes !

J'aurais bien encore çà et là quelques rectifications à faire au sujet de vos différentes affirmations, mais j'ai hâte de discuter votre proposition en elle-même ainsi que les raisons que vous invoquez pour l'appuyer.

Vous voulez faire entrer au Conseil général un plus grand nombre de confrères de province et vous demandez une sorte de *représentation proportionnelle* basée sur le nombre respectif des membres de la Société Centrale et des Sociétés locales. Combien avais-je raison, il y a quelque temps, d'écrire que, de plus en plus, les mœurs politiques envahissent nos associations professionnelles !

Je vous signale en passant une erreur qui vient d'ailleurs à l'appui de votre thèse : c'est que la Société Centrale ne compte pas 1.500 membres comme vous l'écrivez, mais seulement 765 membres. Je vous en signale même une autre ; c'est que, non seulement les 2/3 des conseillers doivent habiter Paris, mais que presque forcément la plupart des membres du Bureau, qui ne sont pas compris dans ce nombre, sont presque toujours, sauf 2 vice-présidents, des confrères parisiens. Voici des arguments que vous avez omis et qui prouvent que votre proposition vise donc une situation un peu anormale et mérite d'être étudiée.

Vous avez cru voir de l'ironie dans ce que j'ai dit en affirmant que l'on pouvait trouver, parmi les membres de l'A. G. habitant Paris, des confrères ne faisant pas partie de la Société Centrale, et pouvant fort bien représenter les Sociétés locales.

L'Assemblée générale de 1910, en nommant comme membres du Conseil général nos confrères Bellencontre, Noir, Smester, a montré qu'on pouvait trouver, même dans la Société Centrale, des confrères qui ne peuvent guère être considérés comme des partisans fanatiques des idées anciennes.

Je maintiens donc ce que j'ai dit et je répète que, sans rien changer aux statuts actuels, les Assemblées Générales prochaines peuvent modifier complètement la composition du Conseil général au point de vue de la qualité et de la mentalité des nouveaux membres, en choisissant dans la Société centrale des confrères qui partagent leurs idées ou en nommant des confrères comme Lubet-Barbon (Landes), Magnin (Jura) qui, tout en habitant Paris, représentent très bien les Sociétés locales auxquelles ils appartiennent.

Ils ne font pas partie, il est vrai, de ce que vous appelez « la démocratie médicale de province » ; mais êtes-vous bien sûr que, quand le Conseil général sera composé d'un grand nombre de médecins de province, ceux-ci n'appartiendront pas aux Etats-majors des Sociétés locales ou, pour parler comme vous, à l'aristocratie médicale provinciale ?

Je vous concède cependant bien volontiers qu'à notre époque d'égalitarisme et de suffrage universel, il est légitime que la province soit plus largement représentée dans le Conseil général. Toute la question est de savoir si, en demandant par exemple, que la moitié des membres du Conseil général n'habitent pas Paris, les nouveaux membres du Conseil pourront trouver le temps nécessaire pour assister régulièrement aux séances et aux commissions du Conseil.

Nous n'en sommes plus, dites-vous, au temps des diligences ; je vous fais observer qu'à l'époque où a été votée la composition actuelle du Conseil général, les chemins de fer circulaient déjà depuis longtemps ; malgré leur allure actuelle — parfois un peu trop accélérée — êtes-vous bien certain que les membres du Conseil général, habitant loin de Paris, pourront venir régulièrement aux séances ?

Ce qui nuit un peu à votre proposition, ce sont les arguments que vous développez dans la lettre que vous avez bien voulu m'adresser.

Si vous désirez que la province soit aussi largement représentée dans le Conseil, ce n'est pas pour lui donner une vigueur nouvelle, pour la rendre plus prospère, c'est au fond dans le but de diminuer l'importance de l' A. G. et de limiter son action, c'est pour l'empêcher de s'occuper de questions de dignité professionnelle.

Vous voulez que, *dès maintenant*, elle cesse de s'occuper de questions professionnelles, pour se consacrer entièrement aux questions de prévoyance et de mutualité. Vous voulez laisser *exclusivement* à l'Union des syndicats et aux Syndicats la défense des intérêts matériels et moraux du corps médical,

Sans vouloir critiquer en aucune manière l'action de ces associations, qui rendent chaque jour des services importants au corps médical, et dont la première du reste, l'Union des Syndicats, n'aura d'existence légale que demain, j'espère ne

froisser personne en disant que les intérêts *moraux* de la profession ont été jusqu'ici le dernier des soucis des Syndicats et de l'Union des Syndicats en particulier.

Par une singulière contradiction, dans une note ajoutée à votre lettre, vous reconnaissez qu'il y a place à côté des Syndicats et de l'Union pour d'autres organisations, s'occupant de défense professionnelle et de déontologie, mais vous contestez à l'A. G. le droit d'être parmi celles-là.

N'êtes vous pas ici plus royaliste que le roi, dans l'espèce, que notre collègue Gairal, président de l'Union des Syndicats ? Jamais, au Conseil général, il ne s'est élevé contre l'action de l'A. G. pour la défense des intérêts professionnels; vous lirez, dans le procès-verbal de la séance d'octobre, qu'à propos de la convention internationale relative à la médecine des frontières, le Dr Gairal a proposé que, de concert, les bureaux de l'A. G. et de l'Union des Syndicats fassent une démarche auprès du Ministre des Affaires étrangères, pour lui signaler certains points importants à insérer dans cette convention.

Avez-vous donc oublié que le distingué Secrétaire général de l'Union des syndicats, le Dr J. Noir lui-même, reconnaissait récemment que les Syndicats médicaux ne peuvent suffire à toute la défense professionnelle, et qu'il y a place à côté d'eux pour une action para-syndicale? Du reste, vous répétez à peu près la même chose dans une note de votre lettre. Ne pensez-vous pas que la seule présence dans le Conseil général du Président de l'Union des Syndicats suffise à rassurer ceux qui peuvent craindre de voir naître un conflit entre l'A. G. et l'Union des Syndicats sur une question d'intérêts professionnels ?

En voulant interdire à l'A. G. de faire ce qu'elle a fait depuis de longues années à ce point de vue, vous commettez la même faute que ferait une nation en se contentant, pour la défense de la patrie, d'un seul moyen de combattre, et en supprimant la cavalerie parce que que les aéroplanes sont de meilleurs éclaireurs.

La situation du corps médical est-elle donc tellement prospère — même depuis l'ère syndicale — que l'intervention puissante des Syndicats et de l'Union des Syndicats suffise à elle seule à la défense de la profession ?

Sans doute, pour vous, le Syndicat est le moyen de défense idéal. Je pensais à vous et à la lettre que vous veniez de m'écrire, en lisant dans le journal *Le Temps* (25 octobre 1910) la phrase suivante de Cunisset-Carnot, l'intéressant chroniqueur, de la «Vie des Champs» : après s'être lamenté sur l'impuissance dans laquelle se trouvent les chasseurs à l'égard des braconniers, il ajoutait : «Une ressource nous reste pourtant, « c'est cette panacée universelle, qui fleurit au« jourd'hui partout sous le nom magique de « «Syndicat »et que l'on appelait jadis «la Société », « l'« Association » tout modestement . Ne pensez-vous pas que ces mots puissent en partie s'appliquer à la situation respective des Syndicats médicaux et des Sociétés locales ?

Etes-vous bien sûr que d'ores et déjà tout est pour le mieux dans l'organisation et le fonctionnement des Syndicats médicaux ? N'y a-t-il pas actuellement quelques désaccords au sujet de la constitution et du fonctionnement de l'Union des syndicats ?

D'ailleurs, le moment est-il bien propice pour que le corps médical, *dès aujourd'hui*, remette *en entier* aux mains des Syndicats la défense de ses intérêts ?

Lorsqu'ils ont été créés — je les ai vus naître — sous l'action énergique de Mignen, Margueritte, A. Cézilly, etc., le mot à lui seul a effrayé beaucoup de confrères ; je n'étais pas de ceux-là, et, avec quelques médecins parisiens, dont le docteur Mangenot, nous avons, vers 1890, réunis chez le docteur Ruault, tenté la création du premier Syndicat médical parisien. Et cependant, à l'heure actuelle, n'y a-t-il pas lieu de se demander si les abus commis récemment par maints Syndicats ouvriers ne jetteront pas quelque discrédit sur le Syndicat en général et si en particulier les Syndicats médicaux ne deviendront pas quelque peu suspects au public et au gouvernement ? Ne s'est-il pas trouvé déjà un préfet pour rappeler brutalement au Syndicat médical de son département que, d'après la loi de 1892, les Syndicats médicaux n'ont pas qualité pour *défendre les intérêts professionnels de leurs membres en ce qui concerne l'Etat, les communes ou les départements* ? Et c'est ce moment que vous choisissez pour confier *exclusivement* à ces groupements la défense des intérêts professionnels !

Ce que vous reprochez beaucoup aux membres actuels du Conseil général, c'est d'être presque tous, vous le croyez du moins, pourvus d'une brillante situation pécuniaire ou professionnelle. Je vous concède qu'un certain nombre d'entre eux n'ont « ni l'esprit, ni les besoins, ni les intérêts de la très grande majorité des membres de l'A. G., modestes praticiens de Paris et surtout de province ». S'ensuit-il qu'ils soient complètement incapables de comprendre ces besoins et de s'employer à défendre ces intérêts ? Pensez-vous que les collègues provinciaux du Conseil, qui, pour la plupart, sont présidents de leurs sociétés locales, soient pour cela disqualifiés pour représenter leurs confrères ?

Quant aux Parisiens, il n'était pas inutile jusqu'à présent qu'un certain nombre d'entre eux fussent choisis parmi ceux qui ont une certaine situation sociale. Jusqu'au jour de votre protestation, en effet, l'A. G. devait s'occuper d'aider, de protéger ses membres et leurs familles ; aussi était-il utile que le Conseil général comptât parmi ses membres des confrères pouvant, par leur situation, par leurs relations, user de leur influence pour être utiles à leurs confrères et à la profession tout entière ; je puis vous donner l'assurance qu'aucun d'eux ne s'est jamais dérobé à ce devoir de solidarité confraternelle. Vous me concéderez qu'à ce point de vue, il y a plus de chances de trouver sur l'asphalte parisien que dans une province plus ou moins reculée des représentants du corps médical remplissant ces conditions.

Il est vrai que vous voulez supprimer toute cette action de l'A. G. ; vous voulez lui interdire

de s'occuper de déontologie, d'intérêts professionnels, d'aide et de protection de ses membres ; vous voulez qu'elle ne soit plus qu'une simple société de secours mutuels et vous savez à ce point de vue combien elle est inférieure aux sociétés similaires !

Si votre idéal doit être prochainement réalisé, il est évident qu'il est tout à fait inutile que les médecins, ayant une situation plus ou moins élevée, fassent partie du Conseil général ; il n'y aura même aucun inconvénient à ce que ce Conseil soit presque exclusivement composé de praticiens de province, attendu que leur besogne sera facile à faire et leur présence rarement nécessaire. Vous parlez de 2 ou 3 séances annuelles ; une seule suffira sans doute, comme aux premiers jours de l'Association.

C'est à peine si le Bureau, qui existe actuellement, et que vous voulez inventer sous le nom de « commission permanente » serait encore nécessaire : mon ami Darras et le laborieux Maillard suffiront à faire marcher le rouage central. Il sera bien indifférent, dans cette ère nouvelle, que les membres du Conseil général soient de Paris, de Marseille ou de Jars — surtout si, comme d'aucuns le souhaitent, l'A. G. ne doit plus être qu'une annexe de la richissime société commerciale qui, pour la réduire au silence, ne trouve rien de mieux que de l'envahir après l'avoir longtemps dédaignée.

Vous trouvez que « tout est à faire dans le domaine de la Prévoyance et de la Charité » : vous oubliez donc tout ce qui a été fait depuis quinze ans par l'A. G. et par les fondateurs de l'Amicale et de la Caisse des retraites, sans parler de l'Assistance par le placement et de l'œuvre du Secours immédiat ».

Vous appréciez avec sympathie ce que vous appelez l'action du « nouveau Conseil », vous avez voulu dire des « nouveaux conseillers ». Mes fonctions de Secrétaire Général m'interdisent de vous suivre sur ce terrain périlleux ; je me réserve, au jour prochain où je rentrerai dans le rang, de formuler, avec toute l'indépendance, qui est un des multiples charmes de votre lettre, ma manière de voir sur les évènements qui se sont déroulés récemment.

Ayez cependant la bonté de relire l'article de notre confrère Gassot qui précède votre lettre dans le *Concours*, et qui est intitulé : « Les retraites de la vieillesse médicale » ; vous y verrez que les membres nouveaux du Conseil ont dû abandonner leurs illusions et se rallier à l'opinion que j'avais formulée dans mon rapport d'avril dernier sur la retraite de droit.

Vous voulez favoriser l'accès au Conseil général de ce que vous appelez « la démocratie médicale ». Je trouve ce désir très légitime ; mais ne pensez-vous pas que nos confrères de province, avant de demander à siéger au Conseil Général, pourraient déjà participer davantage aux travaux de leurs Sociétés locales, assister aux réunions, s'intéresser aux questions qui y sont traitées, et même aux choix des délégués. N'auraient-ils pas ainsi déjà une part prépondérante dans l'orientation de l'A. G. ?

Résumons-nous. Vous demandez qu'un plus grand nombre de médecins de province fassent partie du Conseil général. Je n'y vois pour ma part qu'avantages s'ils viennent avec le désir de contribuer à l'évolution sage et prudente de l'A. G., telle qu'elle a lieu, — non pas comme vous semblez le croire, depuis avril dernier — mais depuis 10 ans — s'ils veulent étendre les bienfaits de l'A. G. au plus grand nombre possible de ses membres, favoriser le développement des filiales en encourageant ceux de ses membres qui sont prévoyants ; si, tout en laissant de plus en plus aux Syndicats et à l'Union des Syndicats l'étude et la défense des intérêts professionnels, ils consentent à étudier toutes les questions soulevées dans les Sociétés locales, et ayant pour but d'améliorer le sort matériel et moral du médecin.

Par contre, je crois votre proposition un peu dangereuse si les futurs membres du Conseil général veulent du jour au lendemain abandonner la défense des individus et de la collectivité et réduire le rôle de l'A. G. à celui d'une société de secours mutuels, qui ne donne même pas des avantages pécuniaires à tous ses membres, comme les autres sociétés de secours mutuels.

Bien que dans la lettre qui accompagnait celle qui a été publiée dans le *Concours*, vous déclariez que votre vœu, « voté à la veille de la bataille sur le vœu des Landes, n'est pas une violence de belligérants », on peut se demander cependant si l'attitude de ce que vous appelez « l'ancien Conseil général » sur cette question et si le résultat du referendum de la Société Centrale ne vous ont pas puissamment incité à demander une transformation radicale de la composition du Conseil général.

Vous rappelez qu'au-dessus de toutes les associations médicales, il y a la grande famille médicale, et que ce qui doit tout primer, c'est *le souci du bien commun*. Croyez qu'il n'a jamais été oublié par ceux qui ont composé jusqu'ici le Conseil général. Ils ont peut-être de cette question une conception différente de la vôtre : ce n'est pas une raison pour déclarer que d'autres préoccupations les ont éloignés de ce but principal.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels;

G. LEPAGE.

REPORTAGE MÉDICAL

Paris-Médical. — Sous la direction du Pr GILBERT, avec nos confrères et amis Paul CORNET et ALBERT-WEIL comme secrétaires, et la collaboration active de MM. Jean Camus, Paul Carnot, Dopter, P. Lereboullet, G. Linossier, Milian, Mouchet et Anselme Schwartz, il vient de paraître chez J.-B. Baillière et fils, une nouvelle publication médicale hebdomadaire, *Paris-Médical*.

Le premier numéro publie la leçon d'ouverture du Pr Gilbert sur l'Histoire de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, illustrée de 21 belles figures reproduisant des vues de l'Hôtel-Dieu à diverses époques.

Savamment dirigé, très soigneusement rédigé,

luxueusement édité, tout fait prévoir que *Paris-Médical* qui porte en sous-titre : « La semaine du Clinicien », aura le brillant et long succès qu'il mérite et que le *Concours Médical* lui souhaite bien sincèrement.

J. N.

Le groupe médical. — Le groupe médical du Parlement s'est reconstitué. Il a élu : président, M. Labbé, sénateur ; vice-présidents, MM. Lanne-longue, sénateur, et Dubuisson, député ; secrétaires, MM. Pédebibou et Raymond, sénateurs ; Laurent, Lachaud, députés ; questeur, M. Devins.

— Le 3e **Congrès de Physiothérapie** des médecins de langue française se tiendra à Paris les 18, 19 et 20 avril 1911.

Les adhésions doivent être adressées au Dr Delherm, 2, rue de la Bienfaisance à Paris.

— Un **Concours** pour une place de médecin-adjoint à la *Clinique Nationale des Quinze-Vingts* aura lieu à Paris le lundi 6 février 1911.

Adresser demandes et dossiers au Ministère de l'Intérieur (Direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques) au plus tard le 25 décembre 1910 ; s'informer des pièces à fournir et des conditions du concours à la Direction de l'hospice des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton.

— La 10e **chambre correctionnelle** a décidé qu'un médecin, inventeur d'un sérum anti-tuberculeux, a le droit d'injecter personnellement ce sérum à des malades, s'il est établi que ce médecin est réellement un inventeur, et que ses recherches ont été faites de bonne foi.

— L'officier de marine qui vendait sous le nom de « Kymérol » un produit qualifié par le professeur agrégé Chassevant de remède secret, a été condamné à 500 fr. d'amende et à 300 fr. de dommages-intérêts envers l'Association des pharmaciens.

— Le jugement récent qui vient de condamner l'illégal Vallanet et son complice, le pharmacien B... retient à l'encontre de ce dernier, comme acte délictueux, le renouvellement d'anciennes ordonnances prescrivant des substances vénéneuses. Avis aux Pharmaciens.

Mangeons de la viande pour grandir. — Les Japonais sont généralement petits, on le sait. Et c'est cependant au Japon que l'on observe les géants de la plus haute taille ; mais c'est uniquement dans la corporation des lutteurs qu'il faut chercher. Or, depuis un temps immémorial, le peuple japonais se nourrit uniquement d'aliments végétaux, tandis que la corporation des lutteurs a une nourriture essentiellement carnivore.

Conséquence : mangeons de la viande, et nous grandirons, ont dit les Japonais ; et, depuis une quarantaine d'années, ils ont commencé à manger de la viande et ils ont déjà sensiblement grandi, paraît-il. Ce n'est pas plus difficile que cela : mangeons de la viande, nous grandirons.

Ier Congrès des Journalistes médicaux français. — *Organisé par l'Association des Journalistes médicaux français.* — PROGRAMME : Le Premier Congrès des Journalistes médicaux français s'ouvrira à Paris, le jeudi 23 mars 1911, à neuf heures du matin, dans une salle de l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Danton.

Questions. — Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° Du droit de reproduction des articles médicaux. *Rapporteur : M. Vitoux.* — 2° Rapports de la Presse médicale avec les Congrès et autres manifestations intéressant l'art et la pratique de la médecine. Rapporteur : M. Ausset. — 3° Organisation d'une caisse de secours immédiat. Rapporteur : M. Duchesne (de Châtel-Guyon). — 4° Usurpation du titre de docteur. Rapporteur : M. Dieupart. — Les rapports seront distribués à l'ouverture du Congrès.

Communications. — Les titres des communications devront être adressés au secrétaire général, le docteur Cabanès, 9, rue de Poissy, à Paris, avant le 1er février 1911.

Banquet. — Un banquet par souscription aura lieu à l'issue des travaux du Congrès, le même jour à sept heures trois quarts.

Conditions d'admission. — Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents français ; 2° des membres adhérents étrangers (ces derniers ne paient pas de cotisation).

Cotisation. — Le prix de la cotisation est fixé à six francs. Les membres de l'Association des Journalistes médicaux français qui participeront au Congrès seront exonérés de la cotisation de l'Association pour 1911. Les adhésions accompagnées d'un mandat-poste de six francs devront être adressées avant le 1er février 1911 au docteur F. Le Sourd, trésorier, 49, rue Saint-André-des-Arts, à Paris, 6e.

Réduction sur les chemins de fer. — Des réductions de tarif seront demandées aux Compagnies de chemins de fer. Les souscripteurs sont priés de renvoyer aussitôt que possible et en tous cas avant le 1er février 1911 les demandes ci-après, afin que les démarches puissent être faites en temps utile.

1er Congrès des Journalistes Médicaux français

Demande de Bons de Réduction sur les Chemins de Fer

M .....

demeurant à .....

adhérent au 1er Congrès des journalistes médicaux français, *désire se rendre à* Paris *en partant de la gare française de* .....

L'aller et le retour doivent s'effectuer par le même trajet.

Indiquer les points de raccordement quand l'itinéraire comprend plusieurs réseaux.

SIGNATURE :

Prière de joindre une *Carte de visite*.

Cette formule doit être retournée à M. le Dr CABANÈS, secrétaire général, 9, rue de Poissy, Paris, avant le 1er février 1911, dernier délai.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs GENDRE, de Tupigny (Aisne) ; TORCHUT, de Royan (Charente-Inférieure) ; ALLOT, de Commentry (Allier) ; COLLACHE, de Paris, membres du *Concours Médical* et de M. le Dr HUCHARD, rédacteur en chef du *Journal des Praticiens*.

C'est par erreur que nous avons annoncé dans notre numéro 48 le décès de M. le Dr Lefeuvrier, de Villiers (Loir-et-Cher). Notre confrère, qui est actuellement installé à Montrésor (Indre-et-Loire) est heureusement bien vivant et nous demande, ce que nous faisons avec plaisir, de rassurer ses amis.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-deuxième année. N° 52 Dimanche 25 DÉCEMBRE 1910.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

MEDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

PRÉVOYANCE ET DÉFENSE CONFRATERNELLES

INTÉRÊTS MÉDICAUX

La Direction du " Concours Médical " n'est engagée que par les articles signés : Le Conseil de Direction. — Les autres articles n'engagent que leurs signataires.

SOMMAIRE

Propos du jour
La responsabilité professionnelle. — Représentation des syndicats médicaux à la Commission de tarification des honoraires pour les accidents du travail.— Association amicale des médecins de la Banlieue-Ouest de Paris..... 1101

Correspondance
La reconstitution du groupe médical parlementaire.. 1104
Association amicale des médecins français pour l'indemnité maladie
Causeries du secrétaire et du trésorier..... 1104
Reportage médical..... 1106
Tables des matières pour l'année 1911..... 1107

PROPOS DU JOUR

La Responsabilité Professionnelle

Le Dr Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon, vient d'être condamné à 5.000 francs de dommages-intérêts envers une de ses opérées.

Nous ne discuterons pas le cas en lui-même; mais, de ce procès, nous chercherons à tirer une morale pratique et utile pour le corps médical tout entier.

Le Dr Bazy vient de faire, au sujet de sa condamnation, une communication à la Société des Chirurgiens des Hôpitaux. Il conclut de la sorte :

« Ne serait-il pas urgent que la Société des Chirurgiens des Hôpitaux prît des mesures et, au besoin, s'entendît avec l'Administration pour que l'exercice de la chirurgie soit désormais possible sans arrière-pensée. »

Oui, le distingué chirurgien a raison: mais il faut aussi que, non seulement le grand maître des hôpitaux, mais encore le modeste médecin praticien puissent exercer leur art sans arrière-pensée, c'est-à-dire avoir la liberté de soigner sans s'hypnotiser devant cette épée de Damoclès : la *responsabilité professionnelle.*

Mais le moyen est trouvé depuis longtemps; seulement, nous sommes surpris que M. Bazy ne le connaisse pas: c'est une Ligue de défense professionnelle qui s'appelle « le Sou médical ».

Ce syndicat, Monsieur Bazy, est composé de médecins, qui, toujours conseillés et dirigés par des avocats spécialistes, souvent appuyés pécuniairement, peuvent attaquer et se défendre en justice. Les adhérents, garantis de plus contre la responsabilité professionnelle, peuvent donc avoir toute liberté d'esprit pour soigner leurs malades.

Aussi, le « Sou » a-t-il plusieurs fois soutenu des confrères poursuivis pour soi-disant faute lourde : à l'heure actuelle, il défend six procès de ce genre et jusqu'à présent, tous ses adhérents ont eu gain de cause dans ces sortes de poursuites.

M. Bazy découvre aujourd'hui qu'il existe une responsabilité ; le « Sou » le sait depuis fort longtemps. C'est une habitude que prennent, hélas ! nos clients, que de répondre à un envoi de note d'honoraires par une demande reconventionnelle en dommages-intérêts, pour faute lourde.

Le client espère effrayer le médecin, obtenir de lui la remise de sa dette, moyennant quoi, d'un geste généreux, il renoncera à sa plainte.

Certains espèrent aussi que le médecin consentira à une transaction, parce qu'ils escomptent la peur bien connue du praticien devant tout le bruit que ferait, autour de son nom, une action judiciaire.

Mais le « Sou » est là : il se refuse à toute transaction. Il dit au client: « A vous de prouver la faute lourde du médecin. Vous voulez

un procès, nous l'acceptons. Les experts diront le bien fondé de votre plainte.

Mais nous n'abandonnerons pas notre adhérent, car, s'il était condamné, ou s'il acceptait une transaction, ce serait créer un précédent fâcheux, dont toute la profession médicale aurait à souffrir. »

Adhérez au « Sou », mes chers confrères : votre responsabilité professionnelle sera à l'abri. Méfiez-vous cependant d'offres fallacieuses faites par certaines compagnies d'assurances. Pour des primes infimes, on propose de garantir la responsabilité professionnelle jusqu'à des sommes énormes. Lisez entre les lignes et voici ce que vous verrez :

1° La Cie garde le droit de transiger : or, comme, à part l'Ancre médicale, aucune n'a de conseil d'administration composé uniquement de médecins, la Cie considérera, avant tout, si son coffre-fort doit bénéficier d'une transaction, autrement dit, qu'est-ce qui lui reviendra le moins cher : un procès ou une transaction ?

Et l'intérêt général du corps médical, sera-t-il envisagé ? Non, n'est-ce pas.

2° La seule responsabilité professionnelle est garantie : de sorte que les médecins pourront se laisser tromper, comme nous en connaissons, par ces promesses ambiguës, et lâcher le « Sou », pensant tout trouver et à meilleur compte chez la Cie d'assurances. Ils seront bien détrompés le jour où ils demanderont des conseils et des avis, des consultations, ou enfin un appui pécuniaire. Il leur sera répondu alors : « Mais ce n'est pas de la responsabilité professionnelle ; nous ne devons intervenir que lorsque vous êtes attaqué et non lorsque vous attaquez vous-même ».

Nous l'affirmons, sans crainte de recevoir un démenti : le « Sou médical » est la seule société garantissant contre la responsabilité professionnelle et permettant à ses adhérents de ne pas se cantonner à une défense passive, mais de passer à l'offensive pour savoir se faire respecter.

C'est aussi la seule société, qui, avec l'Ancre médicale, n'est composée que de médecins : l'intérêt individuel est donc sauvegardé ; mais également aussi l'intérêt général de tous les médecins est en cause. La défense professionnelle est le seul mobile du « Sou ». Il n'a ni société de gestion, ni coffre-fort, ni actionnaires : c'est la mutualité la plus pure.

N'attendez donc pas, mes chers Confrères, que vos clients vous fassent l'honneur de vous traiter à l'instar du Dr Bazy : venez au « Sou » avant d'être attaqués ; offrez-vous cela pour vos étrennes ; vous aurez la tranquillité d'esprit pour l'année 1911. Dr Paul Boudin.

Au sujet de la représentation des Syndicats médicaux à la Commission de tarification des honoraires pour les accidents du travail.

L'article 4 de la loi sur les accidents du travail dit que « le chef d'entreprise ne peut « être tenu des frais médicaux et pharma- « ceutiques que jusqu'à concurrence de la som- « me fixée par le juge de paix du canton où « est survenu l'accident, conformément à un « tarif qui sera établi par arrêté du ministre, « après avis d'une commission spéciale com- « prenant *des représentants de Syndicats de* « *médecins* et de pharmaciens, de syndicats pro- « fessionnels ouvriers et patronaux, de sociétés « d'assurances et de syndicats de garantie ». J'avais cru jusqu'ici que les représentants de syndicats de médecins devaient être proposés à l'agrément du Ministre par les Syndicats de médecins eux-mêmes, et comme beaucoup, sinon tous les Syndicats de médecins, sont intéressés au tarif, je pensais que l'Union des Syndicats Médicaux de France, qui est formée par les quatre cinquièmes des Syndicats médicaux légalement institués, avait le devoir de faire cette proposition au Ministre.

Mon opinion se basait sur les précédents : à deux reprises le Ministre avait nommé des représentants de Syndicats Médicaux sur la proposition du Conseil de l'Union qu'il avait consulté à cet effet.

Ce furent : MM. Brouardel, Dubuisson et Jeanne, puis, lors du décès de M. Brouardel, M. Pédebidou.

Aucune protestation ne s'était alors produite, et comme aux Congrès des Praticiens et ailleurs, on avait depuis voté et proclamé sur tous les tons que l'Union des Syndicats médicaux de France devait avoir seule le mandat de parler aux pouvoirs publics au nom des Médecins syndiqués, je ne pensais pas qu'il pût y avoir de dissentiments à cet égard. Il paraît que je m'étais trompé et l'Association Amicale des Médecins de la Banlieue-Ouest de Paris vient de m'adresser la lettre suivante où je relèverai quelques erreurs. Je me fais néanmoins un devoir de publier cette lettre intégralement ici, malgré ses appréciations discutables, et son ton de polémique, et bien que, n'ayant aucunement visé cette Association, cette dernière n'ait aucun droit à exiger l'insertion d'une réponse :

Association Amicale des médecins de la Banlieue-Ouest de Paris

13 décembre 1910.

A Monsieur le Docteur Noir,
Secrétaire général de l'Union des Syndicats Médicaux de France (1),
Rédacteur au *Concours Médical*.

Très honoré confrère,

Dans un article paru dans le numéro 49 du Journal le *Concours médical*, sous votre signature, vous imprimez en italiques la phrase suivante : « Le Ministre a tenu à montrer que les médecins n'avaient pas le droit de choisir en toute liberté ceux qui leur inspiraient le plus de confiance pour les représenter ou les défendre » et vous ajoutez : « Sin-

(1) Nous nous permettrons de faire remarquer que c'est M. le Dr Vallat, de Joinville-le-Pont, qui est le secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France.

gulière conception que se font du droit de l'Etat les ministres très républicains de notre troisième Républiqne » !

Nous ne pouvons, sans protester, laisser passer ces insinuations qui veulent être blessantes pour le Dr Cayla, notre président, dont la nomination comme membre de la Commission de révision du tarif Dubief paraît vous avoir été sensible au point de vous faire départir de votre courtoisie habituelle et de vous faire admettre cette assertion, qui fait sourire, qu'un ministre n'est pas républicain quand il n'obéit pas aux injonctions de l'Union des Syndicats médicaux de France et au *Concours Médical* (1).

Vous ignorez probablement que la nomination du docteur Cayla, loin d'être, comme vous l'insinuez, le fait du prince, a été, au contraire, le résultat d'une présentation très régulière faite par son conseil d'administration au nom d'un syndicat important qui est l'Association amicale des médecins de la Banlieue-Ouest de Paris.

Pour éminents et incontestés que soient les services rendus au corps médical par l'Union des Syndicats médicaux de France et le « Concours médical », les titres qu'a notre président à l'honneur de défendre les intérêts du corps médical devant cette commission valent bien ceux de ces candidats. Président de notre Association depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, président de la Fédération des médecins de la Seine, président de la Société des médecins des écoles, pour ne citer que ses titres à la défense professionnelle, il est en outre président de la Commission d'arbitrage que nous avons, les premiers, réussi à établir avec les compagnies d'assurances-accidents, alors que d'autres avaient si longtemps échoué, commission dont les résultats ont été si probants que le Syndicat des médecins de la Seine et le Syndicat médical de Paris en ont établi une sur les mêmes bases exactement aussitôt que cela leur a été possible.

L'Association amicale des médecins de la Banlieue-Ouest a pensé que le docteur Cayla rendrait autant de services au corps médical, quoiq'uil ne fasse pas partie de l'Union des Syndicats médicaux de France ni de la Société civile du Concours médical, que tous ceux présentés au choix du ministre par ces deux groupements pour défendre les intérêts des médecins français (2).

Si l'Union désirait réellement que les médecins de Province soient représentés — et c'était bien leur droit — pourquoi n'a-t-elle pas proposé une liste de candidats en trois parties sur laquelle elle aurait inscrit deux ou trois noms pour chaque catégorie : 1° candidats choisis pour représenter les intérêts de Paris et des grands centres ; 2° candidats choisis pour représenter les petits centres et les banlieues ; 3° candidats choisis pour défendre les intérêts de nos confrères ruraux. Nul doute, alors, que le Ministre n'ait suivi équitablement cette classification et personne n'aurait songé à protester si ce n'est sur le nombre trop restreint des représentants du corps médical dans le sein de cette commission.

Vous n'avez donc pas le droit d'établir une ligne de démarcation entre ceux qui ont été choisis sur votre liste et le docteur Cayla ; vous n'avez pas le droit de dire à nos confrères qui vous lisent qu'ils peuvent accorder toute leur confiance à ceux que vous avez choisis, mais qu'ils doivent tenir celui-là pour suspect parce que sa présentation n'émane pas de vous. Nous vous le répétons, le docteur Cayla a été choisi par le ministre sur la présentation de l'Association amicale des médecins de la banlieue-Ouest de Paris, groupement syndical de médecins soucieux de leur dignité, de leurs libertés, et de leurs intérêts comme de l'intérêt général, qu'ils sauraient faire passer avant les leurs propres, s'ils n'étaient pas toujours connexes, groupement qui a su réunir les quatre-cinquièmes des médecins exerçant dans quatorze des plus importantes communes du département de la Seine, et vous pouvez assurer à vos lecteurs que notre président ne sera pas le dernier à défendre, avec autant d'énergie et de compétence que de courtoisie, les intérêts matériels de tous les médecins, qu'ils exercent leur profession à Paris, en Banlieue ou en Province.

Nous vous serions donc obligés, très honoré confrère, de vouloir bien insérer cette réponse dans le plus prochain numéro des journaux médicaux, professionnels ou non, dans lesquels a paru votre article (1), et vous prions d'agréer l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Pour le Conseil d'administration et par ordre,

Le secrétaire général,

A. Lecerf.

D'abord à mon tour, je proteste ; je ne suis plus Secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France et j'ai justement donné ma démission pour jouir en toute liberté, comme journaliste, de mon droit d'appréciation et de critique. Ce droit, je le revendique tout entier.

Je signe mes articles et j'en prends toute la responsabilité ; quand j'écris, je ne suis le porte-plume ni du Conseil de l'Union, ni du *Concours médical*, je n'entends pas qu'on prétende indéfiniment me charger, comme d'une sorte de tunique de Nessus, du titre officiel de Secrétaire général de l'Union, que j'ai volontairement abandonné, un an avant l'expiration de mon mandat, pour recouvrer mon entière liberté.

Je proteste plus énergiquement encore, lorsque le Conseil d'administration de l'Association de la Banlieue-Ouest interprète deux phrases d'un de mes articles comme un acte de suspicion et de méfiance à l'égard de mon distingué confrère, le Dr Cayla.

J'ai examiné, dans mon article, la question de principe, et nullement la question de per-

(1) M. le Dr Cayla avec qui j'entretiens et je désire entretenir les relations les plus courtoises, et que j'ai eu le plaisir de voir depuis, m'a affirmé n'avoir nullement été blessé par mon article. J. N.

(2) C'est le Conseil de l'Union, et nullement le *Concours Médical*, qui a adressé une liste de propositions adoptée en séance. Cette liste se composait de confrères pouvant accepter la charge de membre de cette commission et capables de défendre des intérêts qu'ils connaissaient parfaitement.

(1) Etant rédacteur d'un seul journal, le *Concours médical*, il ne nous est guère possible de promettre l'insertion de cette lettre dans d'autres publications, si notre article se trouve avoir été reproduit, ce que nous ignorons. Nos confrères du Conseil d'administration de l'Association amicale des médecins de la Banlieue-Ouest, peu au courant en matière de journalisme, ignorent-ils que c'est le gérant d'un journal qui en dispose légalement et à qui il faut s'adresser pour demander la publication d'une réponse, que le rédacteur, habituel ou occasionnel, est impuissant à accorder, surtout si son article a été cité ou reproduit sans son autorisation.

J. Noir.

sonnes, et j'aurais protesté même encore plus énergiquement, si j'avais été désigné moi-même. Tout le monde sait d'ailleurs que M. Cayla n'avait pas été tout d'abord désigné, et qu'un de nos amis et de nos plus dévoués collègues du Conseil de l'Union, nommé sans avoir été proposé par le plus petit Syndicat, avait cru devoir donner sa démission. La preuve que la personnalité de M. Cayla n'était pas en jeu, c'est qu'à deux reprises, M. Cayla a bien voulu venir discuter avec le Conseil de l'Union ; c'est que, lorsqu'il a été nommé, M. Cay'a lui-même ignorait, comme nous, nous a-t-il affirmé, qu'il avait été proposé par un Syndicat médical ; c'est que, le 13 décembre, alors que je n'avais pas encore reçu la lettre du Conseil de l'Association de la Banlieue-Ouest, *à l'unanimité des voix, dont la mienne,* sur la proposition de M. le Dr Boudin, l'ordre du jour de confiance suivant était voté au Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France, réuni d'urgence :

L'Union des Syndicats médicaux de France décide :

1° De faire une démarche immédiate auprès du Ministre du Travail pour obtenir la nomination de 4 délégués médecins, en plus des trois déjà nommés, et chargés de représenter les intérêts des médecins de campagne et des médecins spécialistes de façon que la délégation médicale soit égale en nombre à celle des responsables.

2° Témoigne toute sa confiance aux Drs Lucas-Championnière, Tourtourat et Cayla, sachant qu'ils auront toute la fermeté et toute l'habileté nécessaires pour tenir, à la commission, l'attitude que leur dicteront les évènements et le résultat des discussions de cette commission.

Extrait de la séance extraordinaire du 13 décembre 1910 du conseil d'administration de l'Union tenue sous la présidence de M. Mignen.

Ordre du jour clôturant la séance. (*Adopté à l'unanimité.*)

Pour extrait conforme,

Pour le secrétaire général, par délégation,
Le secrétaire administratif,
CH. VALLAT.

L'Association Amicale des médecins de la Banlieue-Ouest de Paris, dont je ne m'explique guère, dans ce cas, l'action isolée et particulière, revendique le droit de tout Syndicat de faire des propositions en son nom au ministre, je ne le lui contesterai pas. Mais en pratique, les confrères de cette association, qui ont fait preuve en plus d'une occasion d'un esprit syndical auquel je me suis plu et je me plais encore à rendre hommage, voudront bien reconnaître que, dans l'intérêt de tous, une entente intersyndicale, par l'intermédiaire de l'Union, est le seul moyen de ne pas compromettre les intérêts des praticiens qui sont partout les mêmes, et que la division et l'action individuelle ne sauvegarderont guère dans les circonstances critiques que nous traversons.

J. NOIR.

CORRESPONDANCE

La reconstitution du Groupe médical parlementaire

Nous recevons la lettre suivante du Dr Laurent, député de la Loire, qui, à maintes reprises, a donné des gages de son dévouement à la cause médicale.

Paris, le 14 décembre 1910.

Mon cher confrère,

Le groupe médical s'est réuni hier.

Il a nommé :

Président : Dr Labbé, sénateur

Vice-présidents : Lannelongue, sénateur ; Dubuisson, député

Secrétaires : Pedebidou, E. Raymond, sénateurs ; Lachaud, Laurent, députés

Questeur : Devins, député.

Le groupe compte 59 médecins députés. 37 médecins sénateurs.

Le groupe a décidé de nommer trois sous-commissions :

1° Sous-commission de la réforme de l'enseignement ;

2° Sous-commission de défense des intérêts professionnels ;

3° Sous-commission d'action parlementaire de médecine et hygiène sociale.

Le groupe sera réuni d'office tous les 3es mardis de chaque mois, alternativement au Sénat et à la Chambre, à 2 heures du soir.

Il se réunira le mardi 20 courant pour nommer les 3 sous-commissions ci-dessus et entendre le Dr Laurent qui doit exposer au groupe la façon dont il entend développer son interpellation sur la nécessité de réformer l'enseignement médical en France.

Cette interpellation doit avoir lieu le dernier vendredi de janvier.

Sentiments confraternels très empressés.

Dr LAURENT.

ASSOCIATION AMICALE

Causerie du secrétaire.

Chers confrères,

Depuis une année j'ai compté que 250 demandes de statuts sont restées sans réponse. — Pourquoi ?

Sans doute des raisons statutaires, questions

de fortune, de santé, de résidence etc., ont empêché quelques-uns, mais les autres ?

Il faut bien le dire, c'est la négligence, l'indifférence, la paresse, l'inertie, prenez tous les termes que vous voudrez pour qualifier cette torpeur professionnelle dont je voudrais vous montrer le danger.

On se dit : « Ah, voilà les statuts, je les examinerai un de ces jours » ; on les pose sur son bureau avec la meilleure intention... puis, le lendemain, on pose dessus une brochure, un journal, des paperasses qui s'amoncellent et on oublie ces malheureux statuts qui, un beau jour, se trouvent englobés dans la masse et sont envoyés au panier !

Et pourtant il y a là pour vous une question d'intérêt de premier ordre, un devoir envers votre famille comme envers vous-même.

Vous savez que l'Amicale rend les plus grands services, vous présente toutes garanties, pourquoi attendre ? Le temps se passe, le chiffre de la cotisation augmente avec les années... et trop souvent on regrette de n'avoir pas pris une détermination plus tôt.

Ces jours derniers, je recevais d'un brave confrère du Midi une lettre éplorée dans laquelle il regrette, oh combien ! de n'avoir pas su à temps passer à la combinaison C. Ce matin, c'est un autre qui est tombé malade et qui se demande si, maintenant, il pourra quelque jour, entrer à A !

Allons, chers confrères, un bon mouvement, un petit effort : votre dossier, vous l'avez peut-être encore sur votre bureau ; remplissez-le bien vite, courez chez le confrère qui vous est désigné pour l'examen médical, réunissez les quelques pièces dont vous avez la liste sous les yeux et envoyez sans tarder au secrétaire général qui, lui, je vous en réponds, fera diligence.

Si la combinaison A vous paraît trop lourde, prenez 1/2 A ce sera déjà une sécurité et vous pourrez toujours augmenter quand vous le voudrez.

A ceux qui sont nés en 1861, je crierai particulièrement :

Attention, c'est la dernière année qui vous reste pour vous assurer, en passant à C., une pension pour vos vieux jours, 1200 fr. si vous prenez la combinaison entière, 600 fr. si vous prenez la demi-combinaison !

Et maintenant, comme rien n'est plus convaincant que des chiffres, je passe la parole à notre Trésorier que j'ai prié de vous donner quelques-uns des chiffres de sa statistique.

H. MIGNON.

Causerie du Trésorier.

Vous voulez, chers confrères, vous rendre compte de l'utilité de l'Association Amicale ? Consultez les chiffres suivants : rien n'est brutal comme cela, mais rien n'est plus probant.

J'ai fait remonter mon travail aux débuts mêmes de l'Amicale.

Années	Nombre (1) de participants	Journées de participation	Nombre de malades	Nombre de j. de maladi
1894	88	14.812	3	37
1895	224	60.167	23	340
1896	348	106.439	34	1.402
1897	415	133.667	51	2.796
1898	483	160.098	58	3.256
1899	559	183.259	67	3.737
1900	612	205.848	106	5.897
1901	687	233.624	100	5.543
1902	807	269.935	137	6.733
1903	914	314.299	143	8.175
1904	991	337.312	172	10.674
1905	1.800	359.708	195	11.031
1906	1.180	393.372	186	13.192
1907	1.242	419.824	220	14.573
1908	1.397	452.202	212	14.850
1909	1.435	498.377	264	16.478
En 16 ans	1.524	4.142.943	889	118.714

Ce premier tableau qui doit se lire ainsi : *En* 16 *ans, sur* 1.524 *membres ayant participé pendant* 4.142.943 *journées*, 889 *ont été malades pendant* 118.714 *journées au total*, permet de constater que plus de la moitié des sociétaires ont été malades ou victimes d'un accident et ont touché une indemnité. Naturellement, tous ne l'ont pas été dans la même proportion, il faut tenir compte de l'âge, de la durée de la participation, etc . C'est ainsi que sur les 600 premiers inscrits, 427 ont été malades, que sur les 600 suivants il n'y en a eu que 351 et que les 300 derniers n'ont eu que 91 malades. Il n'en faut pas moins conclure que nul ne peut compter sur une bonne santé éternelle et que tel qui, en adhérant, avait cru faire œuvre de solidarité pure, s'était, un beau jour, trouvé très heureux d'avoir fait acte de prévoyance.

Le tableau montre en outre que 4.142.943 journées, soit 11.530 années de participation — total qui commence à compter — ont donné 118.714 journées de maladie ou d'accident, soit 10 jours et demi par année de participation. Ce résultat est encore de nature à faire réfléchir.

Passons à la durée des maladies ou accidents et aux indemnités payées par l'Amicale.

	Malades arrêtés		Journ. payées p' l'Amicale		
Années	Moins de 60 j.	Plus de 60 j.	à 10 fr. par jour	à 3 fr. 33 par jour	Indemnités versées
1894	3	»	37	»	370 »
1895	23	»	340	»	3.400 »
1896	29	5	991	411	11.003 25
1897	41	10	1.171	1.626	17.026 30
1898	46	12	1.215	2.041	18.939 45
1899	50	17	1.550	2.187	22.792 80
1900	85	21	2.944	2.953	38.772 65
1901	85	15	2.042	3.501	31.586 20
1902	111	26	2.951	3.782	41.508 35
1903	106	37	3.289	4.886	48.653 15
1904	123	49	4.460	6.214	65.204 30
1905	141	54	4.894	6.137	69.520 75
1906	153	33	5.077	8.115	70.302 65
1907	183	37	6.271	8.302	80.905 35
1908	184	28	4.940	9.910	74.948 05
1909	228	36	6.225	10.253	95.191 45
En 16 ans	1196	274	48.397	70.317	690.178 70

(1) Il faut entendre par là le nombre des membres qui malades, auraient eu droit à l'indemnité. On sait que ce droit ne s'ouvre que six mois après l'admission.

Ce qui donne par année de participation 4,176 journées en deçà de 60 jours et par conséquent payées à raison de 10 francs et 6,195 journées au-delà de 60 jours, payées à raison de 3 fr. 33 (cent francs par mois), et une dépense moyenne de 62 fr. 389.

Voilà les chiffres moyens s'appliquant à la masse, ceux en face desquels nous devons tous nous placer — mais, si on examinait des cas particuliers, on verrait combien plus tangibles sont les services rendus par l'Amicale.

Citerai-je ce confrère qui, embrigadé un peu de force par un voisin convaincu, voulait démissionner et qui, actuellement, a touché plus de 7.500 fr. contre 1.500 fr. de cotisations versées, sans parler de ce qu'il touchera encore, car malheureusement il est incurable ?

Citerai-je cet autre qui, n'ayant pu prendre que la combinaison 1/2 A avec 31 fr. de prime annuelle, a déjà touché plus de 1.500 fr. et conserve l'indemnité des chroniques ? Dans une lettre récente, il bénissait le jour où il avait eu l'idée d'entrer à l'Amicale.

Et cet autre qui a touché plus de 14.500 fr. contre des versements se montant en tout à 1.113 fr. ? Mais Mignon a jadis publié ces chiffres suggestifs.

Qu'il me suffise, en terminant, de m'adresser aux jeunes confrères surtout et de leur dire :

Soyez prévoyants.

A. Gassot.

REPORTAGE MÉDICAL

L'Orchestre Médical a donné son premier concert la semaine dernière devant une salle comble, avec le plus franc et le plus légitime succès. Duchesne, à qui le programme faisait des loisirs, et qui gardait la porte, nous a raconté qu'il avait constaté une fois de plus à quel point le corps humain est compressible.

Sous la direction du Dr Busser (Dr ès-art musical), nos confrères ont exécuté avec une justesse, avec une mesure, avec un ensemble auxquels il nous plaît de rendre hommage, une *Symphonie* de Haydn, une *Rêverie* de Schumann, un *Menuet* d'Hœndel (bissé d'enthousiasme), le *ballet* du *Roi s'amuse, Passacaille* de Gounod, et un magistral *Andante* de *Symia*, dont l'auteur, — lisez le professeur Richelot — a été acclamé par la salle trépignante.

Entre-temps, Mlle Daumas, de l'Opéra, *docteur ès art di bel canto*, a interprété en grande artiste le grand air de *Freyschutz*, cependant que Mlle Laskine et Mme Vaucaire, fille et femme de docteurs, recueillaient une ample moisson d'applaudissements, qui sur la harpe, dont les difficultés n'ont aucun secret pour la première, qui en chantant délicieusement des airs vieillots du XVIIIe siècle, tout à fait charmants.

Tous nos meilleurs bravos à nos confrères, dont on nous annonce une prochaine audition au profit de la Maison des Médecins. A quand celle dont il fut question naguère, si nous sommes bien informés, au bénéfice du Secours immédiat ?

Nouvelles diverses

— Sur la proposition de M. Vincent, l'*Académie de Médecine* a accepté d'appuyer le **vœu** suivant qui doit être transmis au Ministre de l'Intérieur :

L'Académie de médecine estime qu'il y a lieu d'inscrire les **fièvres paratyphoïdes** sur la liste des maladies dont la **déclaration** est rendue **obligatoire** en France par la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique.

— A l'Association corporative des Etudiants en médecine, qui l'entretenait de l'application du décret de 1903 **réorganisant les études médicales**, le ministre de l'instruction publique a répondu que cette application entraînait une augmentation de dépenses de deux millions environ et qu'il soumettrait prochainement la question au Parlement avec la ferme espérance d'obtenir les crédits nécessaires.

Serait-ce un de ces bons billets à la La Châtre ? ?

— L'Assemblée générale de l'**œuvre parisienne de secours immédiat et d'assistance à la famille médicale** a eu lieu le lundi 19 décembre 1910, à 5 heures du soir, à la Faculté de médecine (salle des thèses n°2) avec l'ordre du jour suivant :

1° Compte rendu moral, par le secrétaire général ; 2° compte rendu financier, par le trésorier ; 3° élection des membres du Conseil d'administration (le Conseil d'administration est composé de 18 médecins et de 12 dames patronnesses).

— Le Dr Petit de la Villéon (de Bordeaux) rapporte une observation de **blennorragie** authentique chez un jeune **garçon de cinq mois**. Le père était la cause indirecte de cette infection vraisemblablement communiquée par les mains ou les linges de la mère contaminée elle-même.

Il est jeune, il est vrai, mais aux... âmes bien nées
La chaud'piss' n'attend pas le nombre des années....

—La chapitre « Commerce extérieur » de l'annuaire de statistique de 1909 nous apprend que, en Allemagne, les **exportations d'eaux minérales allemandes** ont **diminué** de 1908 à 1909 de 2.020.000 marks.

Il nous plairait d'apprendre que ce sont nos sources françaises qui ont bénéficié de cette baisse. Ce serait une forme de revanche pacifique bien due à nos merveilleuses stations.

Variétés

Le professeur von Leyden et l'hydrologie. — Le célèbre professeur berlinois von Leyden, qui vient de mourir récemment, était un thérapeute distingué et un hydrologiste des plus convaincus.

Les questions de climatothérapie revenaient fréquemment dans ses cliniques. On cite de lui cette boutade qu'il servait parfois aux candidats sous forme de colle :

— Pouvez-vous me dire à quelle heure et de quelle gare part le premier train pour Karlsbad ?

— ? ? ?

— Ne croyez pas votre rôle terminé après la prescription d'un remède ou d'une eau minérale.

Tout médecin vraiment consciencieux doit indiquer minutieusement le moyen de parvenir à la station des eaux, le lieu où trouver le remède. Il n'y a pas de petits détails en médecine.

(*Gaz. des Eaux.*)

A l'encontre du préteur romain, le bon professeur a souci même des moindres choses. Souhaitons qu'il en soit de ce côté des Vosges ainsi que sur les bords de la Sprée.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1910

Cette table contient six parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Bulletin des Sociétés d'Intérêt Professionnel. — IV. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — V. Jurisprudence médicale. — VI. Petite correspondance hebdomadaire.

I

Partie Scientifique

A

Abcès de fixation. L' — dans les broncho-pneumonies aiguës, 162.
Abcès froids. — pottiques fistulisés. Traitement pratique, 5.
Abdomen. Hyperesthésie de l' —, 539.
Absinthe. Sur la composition chimique de l' —, 272.
Accouchements. Le médecin de campagne et l'exercice de la spécialité des —, 15 ; conduite à tenir dans le cas de contracture utérine, 473 ; du lever précoce dans les —, 627 ; l' —, dans la grossesse gémellaire. Conduite à tenir, 688.
Acné. Traitement de l' — vulgaire, 969.
Acoïne. L'huile à l' — comme analgésique dans le traitement du trachome, 380.
Actinomycose. Le séro-diagnostic de l' —, 519.
Adénites. Considérations sur les — inguinales, 433.
Air chaud. Traitement de la maladie de Raynaud par les douches d' —, 98 ; gangrène diabétique traitée par l' —, 232 ; traitement des angiomes par l' —, 584.
Albuminurie. Régimes à appliquer dans l' — qui survient au cours du diabète sucré, 99 ; les — transitoires et orthostatiques fonctionnelles, 231, 791 ; — digestive, 449 ; les — d'origine génitale, 736 ; valeur diagnostique et pronostique de la réaction de Meyer à la phénolphtaléine dans les —, 1071.
Alcoolisme. — et criminalité, 816.
Aliénés. La période de curabilité dans les affections mentales, 712.
Aliments. Matières colorantes employées dans la fabrication des —, 232 ; anaphylaxie des —, 1090.
Allaitement. Difficultés et contre-indications de l'— maternel. 187 ; une nourrice atteinte d'une maladie infecto-contagieuse peut-elle continuer l' — ? 694.
Amblyopie. Simulation d' — ; moyen de la dépister, 607.
Anaphylaxie. —pulmonaire, 252 ;—alimentaire, 1090.
Anesthésie. Les principes de l' — locale, 71 ; les opérations à faire avec l' — locale : la cure de l'hydrocèle, 292 ; — chirurgicale par le chloroforme, 381 ; — générale dans les interventions ouvrant la cavité pleurale, 498 ; les suites opératoires après l' — lombaire en gynécologie et en obstétrique, 736 ; la rachi — à la cocaïne, 919, 921 ; l' — par le chlorure d'éthyle, 991.
Anévrysme. Le signe de la trachée dans l' — de l'aorte, 55.
Angine. Séméiologie de la langue et de l' — scarlatineuses, 8 ; l' — syphilitique aiguë, 385.
Angiocholite — suraiguë guérie par le drainage du canal hépatique, 359.
Anguille. Les injections de sérum d' —, et de sérum de torpille, 628.
Anios. Quelques précisions nécessaires sur les injections vaginales, 75 ; sur le phlegmon du creux ischio-rectal, 255 ; prophylaxie et traitement des diarrhées et entérites infantiles, 546 ; plaies artérielles et plaies tendineuses du poignet, 655. traitement de la conjonctivite purulente, 856.
Ankyloses. Les — du genou, 692.
Antimoine. L' —, 565, 585, 609.
Appareils de marche. — pour fractures de cuisse, 357 ; — pour fractures et affections de la jambe, 756.
Appareils plâtrés. Méthode rapide pour enlever les —, 736.
Appendicite. — et grossesse, 427 ; calculs de l'uretère et —, 563 ; l' — traumatique, 711 ; l'intervention précoce dans l' —, chez l'enfant, 753 ; point douloureux de l'artère iliaque droite et faux points d' —, 832.
Arsenic. L' —, 384, 408, 428, 450 ; les arsenicaux organiques, 1071.
Arsénieux. L'odontalgie et le pansement —, 142 ; l'emploi des — en agriculture, 674.
Arséno-benzol. Le dioxy-diamido —, préparation « 606 », 732, 849, 853, 921, 947, 966, 1007, 1022, 1028, 1029, 1071, 1091.
Artère. Plaie artérielle, 194.
Arthrite. — sporo-trichosique du genou, 164 ; la radiumthéraple de l' — blennorrhagique, 583.
Ascite. Autosérothérapie de l'—, 542 ; — tuberculeuse curable de la seconde enfance, 587.
Aspirine. L' —, 540.
Associations morbides. Gravité des —, 562.
Atrophies. Traitement électrique des — musculaires, 73 ; — osseuses post-traumatiques d'ordre névritique, 194.
Atropine. L'—, 1010, 1031.
Attitudes. — vicieuses et déformations de la coxalgie, 159.
Auscultation. L' — sus-claviculaire du poumon, 449.
Avortements. — Les — criminels, 297 ; curettage utérin post — ; curettage digital, indication et technique, 445.

B

Bague incrustée — sous la peau d'un doigt, 628.
Baignoire. Une — médicale aseptique, 902.
Balle. Blessure par — de la hanche, 194
Belladone. La —, 834, 855, 922, 972.
Biberons à tube. Condamnation des —, 890.

Bier. Emploi de la bande de — dans la paralysie infantile, 382.
Bile. Complications cardiaques de la lithiase —, 296 ; accidents cardio-pulmonaires d'origine gastrique et —, 1091.
Bismuth. Carbonate et sous-nitrate de —, 407 ; pâte de — dans les trajets fistuleux, 427, 563, 1068.
Blennorrhagie. Un vaccin anti —, 166 ; gonocoques et faux —, 425 ; diagnostic de la —, par la réaction de fixation, 542 ; la radiumthérapie de l'arthrite —, 583 ; — guérie par la danse, 644 ; le traitement abortif de Lesser contre la —, 714 ; traitement du rhumatisme — ; iritis —, 731 ; traitement de la — 1008.
Brachycardies. Les —, 971.
Bromure de camphre. Le — contre la chorée, 793.
Bronchite. Traitement de la — fétide , 51 ; conseils thérapeutiques au sujet des — chroniques, 60 ; traitement de la — aiguë 201 ; injections intra-bronchiques dans les suppurations — et intra-pulmonaires, 472 ; traitement de la — aigüe chez l'enfant, 525 ; quelques formules utiles pour le traitement des —, 1094.
Broncho-pneumonies. Les éléments essentiels du diagnostic et du traitement des — infantiles, 92 ; l'abcès de fixation dans les — aiguës, 162 ; la — chez le nourrisson, 334 ; traitement des —, 343.
Brûlures. L'emploi du Néol dans les —, 98.

C

Calcium. Le rôle compensateur des sels de —, ou de magnésium chez les animaux éthyroïdés, 793.
Calomel. Faut-il défendre l'ingestion des aliments salés après une purge de — ? 1060.
Cancer. Faux —, 33 ; la cairurgie du — du sein, 423 ; les métastases intestinales du — de l'estomac, 449 ; — du maxillaire supérieur, 469 ; — traités par la fulguration, 474 ; le radium dans le traitement du —, 628 ; résultats éloignés des interventions pour — du sein, 733 ; diagnostic précoce du — de l'utérus, 833 ; de la lèvre traité par l'électro-coagulation.
Cardiopathies. Les cautères et les — chroniques, 162 ; — de la lithiase biliaire, 296; les injections de fibrolysine dans un cas de — grave, 673.
Cardiotéléphone. Le —, 578.
Cataracte. Pathogénie de la —, 272.
Cautères. Les — et les cardiopathies chroniques, 162.
Céruse. L'emploi de la — en Belgique, 786.
Cerveau. Abcès du — consécutif à une sinusite, 194 ; l'abcès tuberculeux du — 969.
Chamois. La peau de — dans le traitement préventif des accidents de dentition, 686.
Châtaigne. Une rivale de la pomme de terre, 746.
Châtel-Guyon. — et Kissingen, 208 ; la cure de — dans les affections hépatiques, 386 ; de quelques points de clinique thermale à —, 414 ; une indication précise de —, 455 ; les bains de boues vég.-min., 555 ; le président Fallières à —, 578.
Chirurgie d'urgence. A propos de la catastrophe de Saujon, 881.
Cirrhose. Guérison clinique de la —, du foie, 1091.
Chloroforme. Anesthésie chirurgicale par le —, 381 ; le — chez les ictériques, 498.
Chlorure de calcium Le — dans les néphrites, 73.
Chlorure de magnésium. L'action laxative du —, 874.
Chlorure d'éthyle. L'anesthésie par le —, 991.
Chlorures. Le régime des — contre les douleurs gastriques, 54 ; régime lacté et régime a —, dans le mal de Bright, 752 ; infusions salines et altérations rénales, 753.
Chorée. Opothérapie surrénale dans un cas de — molle, 693.
Cirrhose. — du foie ; étiologie ; traitement par l'opothérapie hépatique, 674.
Citrate de soude. Le —, 946.
Cocaïne. Inhalations d'éther comme antidotes de la —, 497 ; rachianesthésie à la —, 919, 921.
Coccygienne. Tumeur sacro- —, 427.
Cœur. Plaie du —, 297 ; complications — vasculaires de la diphtérie, 515 ; rupture du — chez les vieillards, 561 ; hémiplégie après un coup de couteau à la région —, 693 ; brachycardies, 971.
Coli-bacille. Recherche rapide du coli-bacille dans les eaux de boisson, 775.
Collargol. Le —, dans la fièvre typhoïde, 736 ; le — dans les cystites, 736.
Concrétions calcaires. — sous-cutanées, 693.
Congestions. — œdèmes des sommets des poumons simulant la tuberculose, 713.
Conjonctive. Corps étrangers de la —, 10 ; conjonctivite eczémateuse, 57 ; traitement des conjonctivites, 122 ; le réflexe cornéo-conjonctival dans l'hémiplégie, 230 ; maladies infectieuses de la —, 341, 430, 452, 588, 610 ; caractères et traitement de la conjonctivite purulente, 856 ; à propos du traitement de la — purulente, 1074.
Convulsions. Les — de l'enfance, 897.
Coqueluche. Traitement de la —, en particulier par les médications récentes, 28 ; les injections de morphine contre la — de l'enfant , 118 ; la —, 359 ; une pommade à la quinine contre la —, 736 ; le germe spécifique de la —, 900.
Cornée. Anatomie et examen de la —, 797 ; ulcères; de la —, 817 ; taies de la —, 1010 ; ulcère serpigineux de la —, 1032.
Coude. Tumeur blanche du —, 709.
Couperose. Traitement de la —, 361, 496.
Coxalgies. Attitudes vicieuses et déformations de la —, 159 ; entorse coxo-fémorale et —, 604.
Crâne. Traumatismes du —, par armes à feu, 584 ; la ponct. lombaire dans les fractures du —, 1027.
Criminels. L'identité des —, 1059.
Cryogénine. Propriétés antipyrétiques et analgésiques de la — 897.

D

Dents. L'exercice de l'art dentaire par le praticien, 212 ; hygiène des —, des écoliers, 321 ; observation d'un cas de tétanos d'origine dentaire, 501 ; les remèdes odontalgiques, 606, 673 ; un cas de greffe —, 714.
Dermo-réaction. Intra — à la syphiline ; accident grave de l'intra — à la tuberculine, 519.
Désinfection. La — cutanée est-elle possible ? 627 ; — immédiate et élémentaire sans appareils spéciaux, 792.
Diabète. Le — d'origine traumatique, 55 ; action des rayons X chez les —, 78 ; régimes à appliquer dans l'albuminurie qui survient au cours du — sucré, 99 ; le rythme de la glycosurie dans le — gangrène —, traitée par l'air chaud, 232 ; le — sucré, 142 ; pancréatique, 252 ; rayons X sur le foie des —, 338 ; le —, 519 ; le prurit vulvaire des —, 605; squirrhe du sein et —, 669.
Diaphragme. L'insuffisance —, 53.
Diarrhées. — des nourrissons, 142 ; traitement et prophylaxie des — des enfants, 546.
Digitale. La —, 233, 254, 273, 299 ; le traitement prophylactique de l'insuffisance cardiaque par l'administration continue de la —, 794.
Dilatation. Comment on doit rechercher les signes de — gastrique ? 363 ; dilatateur électrolytique rétrograde de l'urèthre, 650.
Diphtérie. Les porteurs de germes —, 320 ; complications cardio-vasculaires de la —, 515 ; formes malignes de la —, 518 ; diagnostic de la — par la déviation du complément, 607 ; la morphine dans le croup ; 713 ; ataxie cérébrale aiguë au cours d'une —, 753.
Drain. — abandonné dans la plèvre, 427.
Durillon forcé. Le — accident du travail. 511.

E

Eau chaude. L'emploi de l'— en gynécologie, 853.
Eau de mer. L'eczéma et les injections sous-cutanées d'eau —, 713.
Eau oxygénée. L'emploi de l'—, 732
Eberth. Le chien porteur du bacille d' —, 674
Eclampsie. L'— puerpérale ; son traitement pendant le travail, 691.
Ecchymoses. — faciales, 1029.
Ecoles. L'examen physique des écoliers, 796.
Exéma. L'— et les injections sous-cutanées d'eau de mer, 713 ; —, l'ichénoïde vulvaire, 729.
Erhlich. Le remède du Dr —, contre la syphilis,

732, 849, 853, 921, une lettre d'— sur le 606, 947 ; le 606 et les procès récents en syphilithérapie, 966 ; réponse de M. Hallopeau à M. Erhlich, 1007, réflexions sur le 606 au point de vue de la pratique courante, 1022 ; l'énésol et le 606 d' — contre l'infection malarienne, 1028 ; le 606 à l'hôpital Broca, 1029 ; le 606 et la syphilis nerveuse, 1071 ; lieu d'injection du 606 d'—, 1091.
Electrargol. L'—, 337 ; pneumonie et —, 693.
Electricité. Le traitement électrique des atrophies musculaires, 73 ; l'— dans la paralysie infantile, 97 ; traitement par l'— des névralgies rénales, 120 ; les principales applications de l'—, en médecine, 475 ; électrothérapie dans les hémorragies puerpérales, 542.
Electrocution. Les accidents de l' — 120.
Electrothérapie. L'— du praticien, 829.
Embolie. — de fa fémorale, 693
Emphysème. Sur un cas d'— sous-cutané généralisé, 434.
Encéphalite. L'— aiguë, 98.
Endopélyscopie. —, 1070.
Enésol. L'—, 899 ; — et le 606 d'Ehrlich contre l'infection malarienne, 1028.
Enfants. Médecine, chirurgie, orthopédie des —, 126 ; la rate chez l' —, 455 ; l' — et son médecin, 524 ; traitement de la bronchite aigüe chez l'—, 525 ; prophylaxie et traitement des diarrhées et entérites des —, 546 ; formes aigües curables de la tuberculose chez l'—, 926 ; la tuberculose des — sur le littoral méditerranéen, 1007.
Epaule. Procédé de Kocher modifié pour la réduction des luxations de l' —, 7 ; luxation de l'épaule datant de 18 jours, 378 ; luxations anciennes antéro-internes de l' —, 1028.
Epilepsie. L'emploi du chlorure de sodium dans le traitement de l' —,794 ; traitement des — symptomatiques, 971.
Epithélioma. Traitement de l' —, par le formol, 232 ; sur le pronostic de l' — cutané, 293 ; traitement de l' — du testicule, 297.
Estomac. Notions récentes sur les rapports de l' —, 74 ; occlusion aiguë duodéno-stomacale, 120 ; l'ulcération simplex de l' — ; discussion sur le traitement , 268 ; la diététique des fermentations gastriques, 339 ; comment on doit rechercher les signes de dilatation gastrique ? 363; les métastases intestinales du cancer de l'estomac, 449 ; accidents cardio-pulmonaires d'origine —, 1091.
Examen général. Le dermatologiste doit faire l' — de ses malades, 730.

F

Fémur. Séméiologie des fractures du col du —, 117.
Fer. Le —, 1053, 1073, 1093.
Fève de St-Ignace. La —, 776.
Fibrolysine. Les injections de — dans un cas de cardiopathie grave, 673.
Fibromes. Diagnostic des — de l'utérus, 248 ; traitement radiothérapique, des — , 899.
Fièvre de Malte. La —, 447, 693, 1901.
Fistules. Injection de pâte bismuthée dans les trajets —, 427.
Flueurs blanches. Les —, 234.
Foie. Le — chez l'enfant, 544 ; étiologie de la cirrhose atrophique du —, cirrhose atrophique du — ; guérie par l'opothérapie hépatique, 674 ; le — u cours de la colique de plomb, 773 ; rapports du — et de la rate en pathologie, 971 ; guérison clinique de la cirrhose du —, 1091.
Formol. Traitement de l'épithélioma par le —, 232 ; le — en thérapeutique externe, 968.
Fractures. Appareil inamovible pour —, 14 ; séméiologie des fractures du col et du fémur, 117 ; — de l'humérus à l'extrémité supérieure, 295 ; traitement immédiat des — malléolaires non compliquées, 315 ; traitement des — de la rotule, 318. ; appareil de marche pour — de cuisse, 357 ; embolie et mort subite dans les —, 382 ; appareil de marche pour les fractures et affections de la jambe, 756 ; —, de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant, 916 ; — du tiers moyen de l'humérus et paralysie radial; 1024; ponction lomb. dans les— du crâne 1027.
Fraises. Les — dans l'alimentation, 690.
Fulguration. Cancers traités par la —, 474. cancer de la lèvre traité par la —, 1071.
Furonculose. Traitement de la —, 730.

G

Gangrène. — sénile et — syphilitique , 114 ; traitement de la douleur dans la — 319 ; traitement chirurgical de la — pulmonaire, 584 ; — du gland, 584.
Gastralgie. — et hyperchlorhydrie, 318.
Gastrite. Le régime déchloruré contre les douleurs gastriques, 54 ; rôle des — entérites infantiles dans la dépopulation, 675.
Génital. Diagnostic des affections de l'appareil —, de la femme et des affections intestinales, 1071.
Genou. La ponction aseptique dans les épanchements aigus du —, suivie de la marche immédiate, 9 ; arthrite sporotrichosique du —, 164 ; trait. de l'hémarthrose du —, par la ponction et le mouvement, 229 ; les ankyloses du —, 692.
Génital. Diagnostic des affections de l'appareil — de la femme et des affections intestinales, 1071.
Gland. Gangrène du —, 584.
Goitre exophtalmique.— et rhumat.articulaire aigu. 232 ; le —, 793 ; — opéré depuis 16 ans, 1029.
Gonocoques. — et faux —, 425 ; gonohémie à manifestations multiples viscérales, 651 ; les infections — et associées des organes génitaux de la femme traitées par le bacille lactique, 794.
Graphologie. La —, au point de vue judiciaire, 564.
Grippe. Quelques aperçus sur la —, 125 ; l'alimentation dans la —, 143 ; quelques signes particuliers de la bronchite —, 145 ; traitement de l'infection —, 410.
Grossesse. — tubaire, 194 ; le signe de Chopard pour reconnaître la —, au début, 277 ; appendicite et —, 427 ; traitement des vomissements de la —, par l'application d'une vessie sur le bas-ventre, 447 ; des vomissements de la —, 607 , 876 ; hygiène de la —, 622 ; lithiase biliaire et —, 876.
Grossesse gémellaire. L'accouchement dans la —, 688.

H

Hanche. Blessures par balle de la —, 194 ; récidives précoces de la luxation de la —, 752 ; luxation congénitale de la —, 898.
Hectine. L'—, comme moyen abortif local contre la syphilis, 8, 142, 919, 921, 971.
Hémarthrose. Traitement de l' — du genou par la ponction et le mouvement, 229.
Hématuries. Les fausses —, 673.
Hémiplégie. Le réflexe cornéo-conjonctival dans l'hémiplégie , 230 ; — après un coup de couteau à la région précordiale, 693.
Hémophilie. Traitement de l'—, 498 ; —, traitée par les injections de peptone de Witte, 1071.
Hémorrhagies. Le sérum antidiphtérique en injections contre les — rebelles, 271 ; l'hémostase par le procédé de Momburg, 297 ; les — de la délivrance , 355 ; électrothérapie dans les — puerpérales, 542 ; influence de l'hydrothérapie dans les — utérines, 633. ; le lactate de chaux contre les — post-partum, 736.
Hermaphrodisme. — et pseudo —, 494.
Hernie. La — et les accidents du travail, 251 ; taxis dans le traitement des — étranglées, 500 ; l'atropine dans l'étranglement —, 501 ; de la cure radicale de la — inguinale, 625.
Herpès. L'— cervico-utérin et vaginal, 970.
Homosexualité. La Faculté et l'—, 408.
Hordéo-maltine. Les farines de céréales et légumineuses, 518.
Humérus. Fractures de l' —, extrémité supérieure, 295 ; extrémité inférieure chez l'enfant, 916 ; tiers moyen et paralysie radiale, 1024
Hydarthrose. — périodique, 252.
Hydrocèle. Les opérations à faire avec l'anesthésie locale : la cure de l' —, 292.

Hygiène scolaire. IIIe Congrès d'—, 796.
Hyperchlorhydrie. — gastralgie et —, 318.
Hyperesthésie. — abdominale, 539.
Hystérie. — et déglutition de corps étrangers, 600.

I

Ibogaïne. La médication tonique, 119 ; les convalescences et l' —, 271, 1007, 1052, 1091.
Ictère. Le chloroforme chez les —, 498.
Ichtyol. L'— dans la furonculose auriculaire, 192.
Iléus. — post-opératoire guéri par le décubitus ventral, 382.
Iliaques. Adéno-phlegmons —, 1028.
Incontinence. Traitement de l' —, nocturne d'urine par les injections rétro-rectales de sérum, 426.
Indigo-carmin. L'— pour l'exploration fonctionnelle des reins, 814.
Insomnie. Une cause peu connue d'—, 362.
Inspiration. Le signe de Hirtz dans l' — soutenue, 946.
Intestin. Décalcification dans les maladies de l'— 947; diagnostic des affections de l'appareil génital de a femme et des affections de l'intestin, 1071.
Invagination. — intestinale chez un enfant de 4 mois, 714.
Iode. La teinture d' — dans le traitement des plaies de la main et du pied,474-469 ; la teinture d'iode en chirurgie, 628.
Iodo orme. Traitement précoce des plaies pénétrantes septiques ou simplement suspectes par les injections d'éther iodo-iodoformé, 203.
Iodures. Les — de potassium et de sodium ; leur administration, 9 ; leurs inconvénients, leurs correctifs , 35 ; les — de mercure, le proto— de mercure, 121 ; le biiodure de mercure, 165.
Ipeca. L'—, 499. 521.
Ischio-rectal. Sur le phlegmon du creux —, 255.
Isolement. — obligatoire de certains contagieux, 449.

K

Kocher. Procédé de — modifié pour la réduction des luxations de l'épaule, 7.
Kystes dermoïdes. — intra-craniens ; un nouveau signe pour les diagnostiquer, 407.
Kystes hydatiques. Réactions biologiques dans les —, 474 ; sur le précipito-diagnostic des —, 653.

L

Labyrinthe. Diagnostic des suppurations du —, 164.
Lactate de chaux. Le —, contre les hémorrhagies post-partum, 736.
Lactique. Les ferments — et la reprise de l'alimentation dans la diarrhée infantile, 772.
Lait. — cru ou lait bouilli, inconvénients du régime acté ; 606 ; régime — et régime achloruré dans le mal de Bright, 752.
Langue. Séméiologie de la — et de l'angine scarlatineuse, 8.
Laparotomies. Le laver précoce de —, 519 ; adhérences entéro-épiploïques à la paroi abdominale consécutives aux — pour interventions sur l'utérus et ses annexes, 899.
Léproline. Intra-dermo-réaction à la — 55.
Leucocytose. La valeur diagnostique de la — en chirurgie abdominale, 337.
Lipomatose. — diffuse symétrique, 427.
Lithiase. Complications cardiaques de la — biliaire, 296 ; traitement de la — phosphatique, 647 ; colique hépatique avec septicémie coli-bacillaire 693.
Lithine. La vulgarisation thérapeutique des eaux minérales lithinées laxatives naturelles, 590.
Little. Traitement kinésithérapique de la maladie de —, 358.
Lumbago. Traitement du — 50.
Lupus. Les petits —, 116 ; le traitement du —, vulgaire par la méthode de Veiel, 543.

M

Magnésium. Le rôle compensateur des sels de calcium ou de —, chez les animaux éthyroïdés, 793
Mains. Les plaies des —, et la teinture d'iode, 474.
Maladie de Little. La —, 474 : traitement chirurgical et orthopédique de la —, 628.
Maladie de Paget. — et syphilis, 407.
Maladie de Raynaud. Traitement de la — par les douches d'air chaud, 98.
Malformations. — scapulaires simulant la paralysie du grand dentelé, 497.
Massage. — et accidents du travail, 831.
Mastoïdites. Les — latentes, 425.
Maxillaire supérieur. Cancer du — 469.
Mégacôlon. — 876.
Membres inférieurs. Les grands traumatismes des —, 794.
Méningite cérébro-spinale. Sur la précipito-réaction dans le diagnostic de la —, 100 ; la — et la douche naso-pharyngienne, 277 ; prophylaxie de la — 338 ; — à début foudroyant, 406. ; la méningite tuberculeuse et la —, 448 ; les formes frustes et larvées des — aiguës, 562 ; séquelles psychiques de la —, 607 ; les séquelles de la —, 789 ; un cas de — traité par le drain de Le Filliâtre et Rosenthal, 836. Séquelles de la —, 947.
Méningite. Septicémie méningococcique sans —, 33 ; présence dans le liquide céphalo-rachidien des — des méningocoques et des bacilles de Koch, 897 ; — bénignes, 1071.
Mercure. Les iodures de — Le proto —, 121 ; le bi —, 165 ; le traitement — ne prévient pas les accidents syphilitiques, 730 ; les injections — intra-veineuses, 731.
Méthode de Ferrier. La —, contre la tuberculose, 775.
Morphine. Les injections de — contre la coqueluche de l'enfant, 188 ; cure du— par le pantopon, 693; la — dans le croup, 713.
Mort réelle. A propos du diagnostic de la —, par la phlyctène gazeuse, 1018.
Mort intra-utérine. Sur la valeur des mouvements fœtaux dans le diagnostic de la —, 545.
Mouches. La destruction des — en hygiène, 359.
Muscles. Influence du raccourcissement du squelette sur la contractilité et la nutrition des — qui s'y insèrent, 32.

N

Narcose. La — intra-veineuse, 736.
Néol. L'emploi du —, dans les brûlures, 98.
Néphrites. Le chlorure de calcium dans les —, 73.
Neurasthénie. Sur le traitement de la — 382 ; la —, des villes et la — des champs, 631.
Névralgies. Les injections neurolytiques dans la —, faciale essentielle, 96 ; traitement électrique des — rénales , 120 ; la méthode de Sicard dans les —, sciatiques, 142.
Névrite. Atrophies osseuses post-traumatiques d'ordre néphritique, 194.
Névropathie. L'habitus extérieur des —. la contraction permanente des muscles abducteurs des cuisses, 815, 816.
Noix vomique. — 630, 652, 718, 734, 755.
Nourrice. Une — atteinte d'une maladie infecto-contagieuse peut-elle continuer l'allaitem. ? 694.
Nourrissons. Diarrhée des —, 142 ; la broncho-pneumonie chez le —, 334 ; la crise génitale chez le —, 556 ; accidents causés par l'emploi du menthol dans les fosses nasales des — 649 ; invagination intestinale chez un — de 4 mois, 714 ; la propagation de a fièvre typhoïde par les —, 753 ; eczéma des —, 876 ; le por du bonnet par e — ; son utilité contre le coryza *a frigore*, 901 ; vomissements par hypo-alimentation chez les —, 1091.

O

Odontalgie. L'— et le pansement arsénieux, 142 ; les remèdes —, 606. 673.
Œil. Séméiologie de l'appareil oculaire dans les maladies du système nerveux, 157, 190 ; examen de la région maculaire, 294 ; les injections sous-conjonctivales de sérum physiologique gélatineux dans les hyalitis congestives et les hémorrhagies du vitré, 472 ; lésions oculaires par poussières des routes goudronnées, 1071.

Œsophage. Corps étrangers —, 320 ; sténoses cicatricielles de l' — ; tuberculose de l' —, 338 ; rétrécissements de l'œsophage, 812.
Ophtalmie. Traitement et prophylaxie de l'— purulente, supériorité des sels organiques d'argent, 523.
Ophtalmologie, — du praticien, 10, 58, 122, 341, 430, 452, 523. ; séméiologie générale des troubles de 'appareil de la vision dans les maladies du système nerveux, 157, 190.
Orchite. L'—, traumatique, 875.
Oreille. L'ichtyol dans la furonculose de l'—, 192 ; traitement des corps étrangers du conduit auditif externe, 989.
Orthopédie. Médecine, chirurgie —, infantile, 126.
Ostéomyélite. — vertébrale, 876.
Ostéo-sarcome. Tuberculose ou — de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, 559 ; la greffe osseuse dans le traitement des —, 628.
Ovaire. Complications des kystes de l'ovaire, 871. tumeurs solides de l'—, 876.
Oxalurie. Les crises gastriques des —, 519.
Oxyol. Sur le traitement de la septicité gastro-intestinale et des diarrhées infantiles, 167.

P

Palmaire. Rétraction de 'aponévrose —, 427.
Pancréone. Notes et impressions thérapeutiques ; les dyspepsies pancréatiques et intestinales, 35.
Pansements. Tumeurs inflammatoires produites par certains —, 651.
Pantopon. Cure du morphinisme par le —, 693 ; une nouvelle préparation d'opium : le —, 1052.
Paralysie infantile. La — spinale aiguë, son origine infectieuse, 32 ; fréquence insolite des —, 55 ; l'électrothérapie dans la —, 97 ; emploi de la bande de Bier dans la —, 382 ; prophylaxie de la —, 564.
Parotidite — rhumatismale, 338.
Peau. La désinfection de la — est-elle possible ? 672.
Pédérastie. Signes physiques de la —, 833.
Pelade. L'origine dentaire de la —, 252.
Pemphigus. — aigu bénin, 729.
Perforation intestinale. La — des tonneliers, 754.
Péricardites purulentes —, 1087.
Péritonite. L'huile camphrée dans le traitement des péritonites suppurées diffuses, 794.
Pessaire. Section de la cloison recto-vaginale par un —, en porcelaine, 584.
Pharynx. Désinfection du rhino —, dans les maladies contagieuses, 407.
Physiothérapie La — des inflammat. annexielles, 878.
Phthiriase. La — dans les écoles publiques, 582.
Pied bot. Traitement du — congénital, 517.
Placenta. Le — syphilitique, 493.
Plaies. Traitement précoce des — pénétrantes septiques ou suspectes par les injections d'éther iodoformé, 203 ; plaies artérielles et plaies tendineuses du poignet, 655.
Pleurésie. — syphilitique, 232 ; évacuations minimes des épanchements —, 359 ; traitement de la — aigüe, 403 ; du sommet, 542 ; les pachypleurites et les —intarissables, 607 ; un nouveau signe de —, 651 ; l'autosérothérapie des — séro-fibrineuses, 1090 ; — sèche avec dysphagie douloureuse, 1091.
Plèvre. Anesthésie générale dans les interventions ouvrant la cavité — 498.
Plongeurs. Etudes médico-physiologiques de la plongée des scaphandriers en eau profonde, 749, 769 ; à propos des accid. surven. chez les —, 903.
Pneumogastriques. Rapports anatomiques différents des — dans la région cervicale, 406.
Pneumonie. Considérations sur le traitement de la — lobaire, 235 ; hémiplégie —, pneumococcie méningée, 381 ; — et électrargol, 693 ; symptômes abdominaux au début de la —, 794.
Poignet. Luxation du semi-lunaire en avant, 831.
Poitrine. Les plaies de —, 539.
Polypes. — nasopharyngiens, 297.
Pommes. L'essence de —, 837.
Ponction lombaire. La — dans les fract. du crâne, 1027.
Porteurs de germes. La prophylaxie des maladies infecto-contagieuses et la question des —, 411 ; vénus éberthifère, 420.
Pott. Troubles nerveux précoces du mal de —, sous-occipital, 55.
Pouls. Le — lent permanent, 473 ; les modifications du pouls comme moyen de contrôle de la douleur, 971.
Poumons. Renseignements fournis sur l'état de chacun des deux — par la comparaison des températures axillaires, 119 ; l'auscultation sus-claviculaire des —, 449 ; injections intra-bronchiques, dans les suppurations bronchiques et intra — 472 ; traitement chirurgical de la gangrène — 584 ; le — chez l'enfant, 654 ; la ponction du —, comme moyen de diagnostic, 775.
Précipito-réaction. Sur la —, dans le diagnostic de la méningite cérébro-spinale, 100.
Prolapsus. Le — génital est la conséquence d'une primiparité tardive, 753.
Prostate. Le radium dans l'hypertrophie de la —, 141 ; troubles fonctionnels dans l'hypertrophie de la —, 1008.
Prurit. Le — vulvaire des diabétiques, 605.
Psoriasis. Le régime dans le —, 478.
Psychologique. Le rythme — 651 ; psychothérapie d'autrefois, 785.
Puerpéral. Electrothérapie dans les hémorrhagies, —, 542.
Pylore. Sténose du — 876.
Pyramidal. Le signe de Babinski dans les ésions du faisceau —, 1027.

Q

Quinine. Une pommade à la — contre la coquel. 736.

Radium. Un palais du —, 88, le —, dans l'hypertrophie de la prostate ,141 ; extraction du —, 264 ; la — thérapie de l'arthrite blennorrhagique, 583 ; le — dans le traitement du cancer, 628 ; La — thérapie, 714.
Rage. Un moyen simple et facile de diagnostiquer la —, chez l'animal, 13.
Rate. La — chez l'enfant, 455 ; rupture traumatique de la — 268 ; rapports du foie et de la — en pathologie, 971 ; plaies de la — par armes à feu, 1029.
Rayons ultra-violets. Sur la nature des — et sur leur mode de dosage en thérapeutique, 476.
Rayons X. Les — chez les diabétiques, 98 ; — sur le foie des diabétiques, 338 ; l'emploi médical des — au domicile des blessés et des malades, 792.
Réaction de Wassermann. La — dans la syphilis, 252, 540, 1071.
Rectum. La — sigmoïdoscopie, 693.
Réflexe. Inversion du réflexe du radius, 1052.
Reins. Comment peut-on déterminer la valeur fonctionnelle du — ? 227 ; régime alimentaire dans les affections des — 272 ; diagnostic précoce de la tuberculose —, 274 ; infusions salines et altérations —, 753 ; sur la décortication des —, dans l'éclampsie, 753 ; de la perméabilité des — par es bactéries, 775 ; l'indigo-carmin pour l'exploration fonctionnelle des reins, 814.
Responsabilité. De la — criminelle, 833.
Rétention d'urine. Le procédé de Rosselut pour combattre la — chez l'enfant, 902.
Rétrécissements. — non blennorrhagiques de l'urèthre, 1008.
Rhumatisme. La réaction thyroïdienne et ses indications thérapeutiques dans le — aigu fébrile, 144 ; la sérothérapie du — articulaire aigu, 55 ; 163 ; goitre exophtalmique et rhumatisme articulaire articulaire aigu, 232 ; parotidite — 338 ; sérothérapie du — aigu, 674 ; sérothérapie du — 693 ; traitement du — blennorrhagique, 731.
Rotule. Traitement des fractures de la —, 318.

S

Saignée. — improvisée, 15, 61.
Salicylate de soude. Les nombreux usages du —, en médecine et en chirurgie, 1006.

Sang. Examen médico-légal des taches de —, 833.
Saturnisme. Le foie au cours du — aigu, 773.
Scarlatine. Séméiologie de la langue et de l'angine —, 8 ; la contagiosité de la — , 381 ; anurie — traitée par la décapsulation des reins, 584 ; contribution à la prophylaxie de la —, 695.
Sciatiques. Traitement des névralgies — par la méthode de Sicard, 142 ; traitement de la —, 542, 1052.
Scille. La — ; poudre de —, 57 ; les préparations de —, 74.
Scoliose. Le traitement de la —, 519.
Sein. La chirurgie du cancer du —, 423 ; extirpation complète du — à l'anesthésie locale, 427 ; squirrhe du — et diabète, 669 ; résultats éloignés des interventions pour cancer du — 733.
Sélénium. Le — dans les eaux minérales, 612.
Séro-diagnostic. Le — pour le contrôle des prostituées, 319.
Sérothérapie. Essai de — anti-rhumatismale 55 ; — du rhumatisme articulaire aigu, 163 ; auto- — ascitique, 542 ; les injections de sérum d'anguille et de torpille, 628 ; — du rhumatisme aigu, 674, 693 ; — contre la tuberculose, 1050 ; l'auto — des pleurésies séro-fibrineuses, 1090.
Sérum antidiphtérique. Le — en injections contre les hémorrhagies rebelles, 271.
Sérum artificiel. Pansement au — 271 ; le sérum physiologique gélatineux en injections sous-conjonctivales dans les hyalitis congestives, les hémorrhagies du corps vitré et les décollements rétiniens, 472 ; dyspnée menaçante avec collapsus après une injection de —, 775.
Sérum de Marmorek. Le — dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, 55.
Sexuelle. L'éducation — des écoliers, 796.
Signe de Babinski. Le — dans les lésions du faisceau pyramidal, 1027.
Signe de Chopard. Le — permettant de constater le commencement de la grossesse dès les premières semaines, 277.
Signe de Hirtz. Le — dans l'inspiration soutenue, 946.
Simulation. — d'amblyopie, moyen de la dépister, 607 ; un signe pour dévoiler la — de la surdité, 921.
Sinusite. Abcès du cerveau consécutif à une — 194 ; les — frontales, 711.
Solurol. L'acide thyminique ou solurol, 229.
Sommeil. La maladie du — , 816.
Sperme. Recherche des spermatozoïdes dans les taches de sperme — 775.
Spina ventosa. Traitement pratique du — tuberculeux des doigts, 944.
Stations thermales. Le livre d'or des —, 21.
Sporotrichose. Arthrite — du genou, 164 ; — méconnue pendant deux ans, 338
Strychnine. La — 734, 755.
Submersion. La mort par —, 833.
Sucre. La suralimentation par le —, 732.
Suppurations. Les artiferments protéolytiques peuvent-ils guérir les — ? 900.
Surrénale. Opothérapie — dans un cas de chorée molle, 693.
Syphilis. L'hectine comme moyen abortif local contre la — 8, 142, 919, 921 ; gangrène sénile et gangrène — 114 ; influence de la — sur les lésions des vaisseaux, 164 ; pleurésie —, 232 ; la réaction de Wassermann dans la — au point de vue diagnostique, pronostique et thérapeutique, 252 ; l'association de la — et de la tuberculose, 319 ; manifestations mentales du début de la — ; —, gastrique ; intra-dermo-réaction avec la syphiline ; 320 ; réaction des — à la tuberculine, 359 ; l'angine — aiguë 385 ; phlébite — secondaire, maladie de Paget et —, 407 ; le placenta —, 493 ; intra-dermo-réaction à la —, 519 ; la réaction de Wassermann dans la — 540 ; traitement abortif de la — en 30 jours, 564 ; surdité — secondaire, 581 ; le chancre — à reviviscence 651 ; le traitement mercuriel ne prévient pas les accidents — 730. Le nouveau remède 606 d'Erhlich contre la —,732 ; manifestations de l'hérédo- — 789 ; diagnostic et traitement modernes de la —, 849 ; la préparation « 606 », 853 ; l'immunité dans la —, 918 ; l'hectine ou le « 606 » dans le traitement abortif de la —, 921 ; action des différents caustiques sur les plaques muqueuses — 947 ; le 606 et les progrès récents en —, 966 ; l'hectine dans le traitement de la — 971 ; traitement abortif de la —, 991 ; l'hérédité — maternelle et paternelle, 1004 ; métrorrhagies d'origine — 1029 ; le 606 et la — nerveuse, 1071.

T

Tabatière. Les dangers de la —, 934
Tabès. Un nouveau traitement du —, 1052.
Températures locales. Renseignements fournis sur l'état local de chacun des deux poumons par la comparaison des — axillaires, 119.
Tendon d'Achille. Rupture du —, 714.
Testicule. La tuberculose du —, 3 ; l'ingestion de corps thyroïde contre l'ectopie —, 163.
Tétanos. Observation d'un cas de — d'origine dentaire, 501.
Thiocol. — dans les bronchites grippales, 145 ; considérations sur le traitement de la pneumonie lobaire, 235 ; traitement des affections broncho-pulmonaires, 343 ; la — dans le traitement de l'infection grippale, 410 ; traitement de la bronchite aiguë chez l'enfant, 525 ; la médication créosotée dans la tuberculose, 923 ; sur la fluxion de poitrine, diagnostic et traitement, 992 :— contre les bronchites, 1094.
Thoracentèse. La —, 203 ; mort subite après — exploratrice, 732.
Thymus. L'hypertrophie du —, cause de syncope mortelle au début de la chloroformisation, 611 ; le —, 814.
Thyroïdien. Le neuro-arthritisme — et son traitement, 98 ; la réaction — et ses indications thérapeutiques dans le rhumatisme aigu fébrile, 144 ; l'ingestion — contre l'ectopie testicul., 163.
Tonique. Sur la médication, — 119.
Tonneliers. La perforation intestinale des —, 854.
Trachome. L'huile à l'acoïne comme analgésique dans le traitement du —, 380.
Transfusion. La — directe du sang, 250.
Trucs du praticien. Petits —, 278.
Tuberculines. Généralités sur l'emploi des — 12, 44, 101, réaction des syphilitiques à la —, 359 ; la —, contre les tuberculoses urinaires, 945 ; — thérapie contre la tuberculose, 1050.
Tuberculose. La — du testicule, 3 ; abcès froids pottiques fistulisés ; traitement pratique, 5 ; généralités sur l'emploi des tuberculines, 12, 44, 101, 206 ; prédisposition à la — des descendants de — 32 ; déminéralisation organique chez les — et les pré — 33 ; troubles nerveux précoces du mal de Pott sous-occipital, 55 ; le sérum de Marmorek dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, 55 ; orientation du traitement de la — pulmonaire, 164 ; traitement de la dyspnée des — 224 ; origine périphérique de la — pulmonaire, 272 ; le diagnostic précoce de la — rénale, 274 ; injections intra-articulaires dans les tumeurs blanches, 297 ; l'association de la syphilis et de la —, 319 ; les poussées évolutives de la — pulmonaire chronique, 359 ; faut-il envoyer à la mer ou à la montagne les — chirurgicales ? 382 ; diffusion de la — par les viandes non — , 407 ; méningite — et méningite cérébro-spinale, 448 ; accident grave de l'intra-dermo-réaction à la —, 519 ; les vomiques nummulaires simulant la —, 541 ; — ou ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, 559 ; ascite — bénigne ou curable de la seconde enfance, 587 ; un — est-il un incurable ? 634 ; le rôle de l'assurance-invalidité allemande dans la lutte contre la —, 656, société internationale de la —, 686 ; tumeur blanche du coude, 709 ; congestions-œdèmes des sommets des poumons simulant la tuberculose, 712 ; la méthode de Ferrier contre la —. 773 ; recherche des bacilles dans le sang circulant des — 775 ; les troubles hépatiques inflammatoires chez les — 777 ; traitement des

abcès froids — d'origine osseuse par la méthode conservatrice, 814 ; —, aiguë chez l'enfant, 876 ; les bains de soleil dans la — 880 ; recherche du bacille de Koch par l'antiformine-ligroïne, 900 ; formes curables de la — chez l'enfant, 920 ; la médication créosotée dans la — 923 ; traitement pratique du spina ventosa — des doigts, 944 ; les tuberculines contre la — urinaire, 945 ; — pulmonaire traitée par le pneumothorax, 947, l'abcès — du cerveau, 969 ; la — infantile sur le littoral méditerranéen, 1007 ; — vésicale — génitale, prétendue primitive, 1008 ; l'exclusion vésicale dans la — de la vessie, 1029 ; traitement des fistules et cavités — par l'ingestion de pâte bismuthée, 1068.

Typhoïde. Prophylaxie de la fièvre — 33 ; diagnostic précoce des infections — par l'examen bactériologique du sang, 193 ; prophylaxie de la — contagion par l'eau ; les porteurs de germes ; l'autogénèse ; la vaccination antityphique, 204 ; prophylaxie de la fièvre, — 272 ; fièvre — apyrétique, 320 ; essai critique sur la genèse et la prophylaxie de la — 322 ; Recherche des bacilles d'Eberth dans les selles des — ou des convalescents de — , 340 ; ingestion volontaire de bacilles —, 607 ; le chien porteur du bacille d'Eberth, 674 ; hyperesthésies douloureuses de la fièvre —, 733 ; le collargol dans la fièvre — 736 ; la propagation de la fièvre — par les nourrissons, 753 ; désinfection des mains chez les porteurs de bacilles —, 794 ; étiologie et prophylaxie de la fièvre —, 894 ; rapport entre la bactériémie ébertienne et la gravité de la fièvre —, 900 ; traitement de la fièvre, — 1048.

U

Ulcères. Différentes méthodes de traitement des —, de jambes, 140.

Uretère. Calculs de l'— et appendicite, 563.

Uréthrite. Diagnostic et traitement de l'— postérieure, 120 —, exfoliatrice d'origine médicamenteuse, 142 ; autoplastie de l'—, 584 ; dilatateur électrolytique de l' — 650 ; rétrécissement non blennorrhagique de l'—, 1008 ;

Utérus. Diagnostic des corps fibreux de l'—, 248 ; curettage — post-abortif, curettage digital ; indication et technique, 445 ; conduite à tenir dans le cas de contracture — 473 ; curettage — instrumental, indications et technique, 603 ; influence de l'hydrothérapie dans les hémorrhagies — 633 ; rétrodéviation — mobile, 714 ; les vomissements réflexes dus à un trouble — 751 ; diagnostic du cancer de l'—, 833 ; la physiothérapie des inflammations — annexielles, 878 ; l'herpès cervico —, 970 ; rétro-flexion primitive de l'—, 992.

V

Vaccin antigonococcique. — , 166.

Vaginales. Quelques précisions nécessaires sur les injections —, 75.

Vals-la-Reine. Quelques aperçus sur la grippe, 125 ; pathogénie de la fièvre typhoïde, 322 ; traitement de la cholémie familiale, 567 ; rôle des gastro-entérites dans la dépopulation, 675.

Varices. — congénitales, 537.

Varicocèle. Le —, 969.

Végétarisme. — et carnivores, 347.

Vers intestinaux. Accidents attribués aux —, 357.

Vessie. L'exclusion vésic. dans la tuberc. de la—, 1029.

Viol. — et attentat à la pudeur, 833.

Voies urinaires. Le médecin de campagne et l'exercice de la spécialité — 36.

Voile du palais. Diagnostic et traitement des divisions congénitales du voile du palais, 137.

Vomiques. Les — nummulaires simulant la tuberculose pulmonaire, 541.

Vomissements. Traitement des — de la grossesse par l'application d'une vessie de glace sur le bas-ventre, 447 ; les vomissements réflexes dus à un trouble utérin, 751 ; — par hypo-alimentation chez le nourrisson, 1091.

Vulve. Eczéma lichénoïde de la —, 729

II

Partie Professionnelle

A

Absinthe. Projet de loi contre l'—, aux Pays-Bas, 110 ; — en Suisse, 1060.

Accidents. Rapide historique de la campagne pour le libre choix du médecin dans les — du travail, 23 ; la légende des médecins marrons ; le procès du Dr Hémery, de Lens, 76 ; les frais médicaux pour les accidents du travail, 149 ; une modification désirable à la loi sur les —, 168 ; au Dr Diverneresse, 216 ; la hernie et les —, 251 ; —, honoraires du médecin choisi par la victime, 284 ; les médecins et les —, 327 ; tarif Dubief, cumul du prix de la visite et du prix des interventions, 348, 665 ; —, le certificat initial de blessure est à la charge du patron du blessé dans tous les cas, 440 ; choix du médecin par le patron ; tarif Dubief, 462 ; le prix des interventions faites pendant la nuit doit être triplé comme l'est celui de la visite de nuit, 486 ; jurisprudence belge pour les —, 488 ; le durillon forcé —, 511 ; responsabilité du médecin en cas de renseignements insuffisants dans le certificat de blessure, 511 ; les incapacités partielles au XVIIIe siècle, 512 ; contestation d'honoraires, 547 ; rôle idéal du médecin d'assurances, 548 ; une loi humanifaire, 549 ; application du tarif Dubief ; la note du médecin traitant fait foi à défaut de contrôle légal, 619 ; réflexions d'un médecin indépendant, 660 ; un accord intersyndical de médecins et d'ouvriers du Nord sur le libre choix du médecin dans la loi —, 715 ; entente du syndicat de Lille et de la bourse du travail pour soins aux blessés du travail, 716 ; le libre choix s'étend-il aux médecins étrangers ? 743 ; pouvoir, c'est vouloir, 744 ; origine douteuse de l —, 782 ; les — au Congrès des mécaniciens, 786 ; les — en Belgique, 806 ; le certificat médical est la propriété exclusive du blessé et non du patron, c'est donc au seul blessé qu'il doit être remis. Condamnation d'un médecin pour refus de délivrer un certificat, 820, 839, 511 ; ce qui reste de la loi—, 838 ; prescription pour frais médico-pharmaceutiques, 883 ; honoraires pour soins donnés après la consolidation, 905 ; expertises médicales, 963 ; les affaires sont les affaires ; rapports entre médecins de compagnies et médecins de blessés, 1035 ; honoraires contestés, 1035 ; la révision du tarif Dubief, 678, 1041, 1043, 1044, 1102 ; ordre du jour présenté au Congrès de Toulouse par le Syndicat de médecine sociale sur les cliniques ouvrières, 1055 ; ordre du jour de la Société du XIVe arrondissement, 1076 ; cliniques ouvrières pour —. A propos des médecins attachés à ces cliniques, 1075 ; les dispensaires pour les —, 1077.

Accidents du travail. Les médecins contrôleurs de la compagnie du gaz parisien, 20 ; cliniques syndicales, 23 ; cliniques ouvrières, 90, 1055, 1075 ; la plaquette du Syndicat de la Seine aux Drs Philippeau, Guillemonat et Diveneresse, 68 ; la

légende des médecins marrons, 77 ; la nouvelle fédération médicale de la Seine, 111 ; tableaux des frais médicaux, 149 ; illégalité des certificats de décès pour assurances-vie, 153 ; visite accessoire aux domestiques, 154 ; la circulaire aux médecins du P.-L.-M. , 172 ; la démission du Dr Marion, 156 ; le départ du paiement du demi-salaire, 168 ; lettre au Dr Diverneresse sur les médecins de chemins de fer, 216 ; la valeur moyenne de l'entretien (logement et nourriture) d'un employé est de 100 frs par mois, 264 ; le Dr Laurent, député de Roanne, et le libre choix de l'indigent à la Chambre, 279 ; l'ouvrage de Forgues et Jeanbrau sur les blessés, 281 ; le rôle du médecin des blessés, critique d'une expertise, 325 ; lettre de Burignac à un expert, 347 ; la campagne des syndicats ouvriers, 347 ; les tribunaux de Lille et le cumul, 369 ; le certificat médical de déclaration même fait par le médecin choisi par le blessé est à la charge du patron, 440 ; un syndicat peut mettre à l'index un médecin même non syndiqué, 436 ; les syndicats médicaux actuels insuffisants, 458 ; comme la visite de nuit, les pansements et opérations faits la nuit sont payés triple, 486 ; les expertises médicales, 507 ; faux blessé envoyé au Dr Dally,527 ; les expertises devant le syndicat de la Seine, 507 ; le tarif 15, 30 et l'agent d'assurances, 510 ; le durillon enflammé, accident, 511 ; les certificats incomplets donnent lieu à des dommages-intérêts envers patrons ou ouvriers, 511 ; arrêt de la cour de Paris Diverneresse-Bertrand, poursuites directes contre détournement, 529 ; lettre du Dr Claput à propos des expertises à l'hôpital, 551 ; projet type de commission d'arbitrage, 591 ; projet de loi inspection-école, 594 ; liste des compagnies acceptant l'arbitrage, 573 ; annulation de police d'assurances, 640 ; un médecin malade victime de la mauvaise foi d'une assurance, 659 ; la demande de revision du tarif, 678 ; maladie des caissons, 769 ; luxation du demi-lunaire, massage et accident du travail, 831 ; refus par les employés de Mairie de recevoir la déclaration des blessés en violation de l'art. 11 de la loi accident, 857 ; rapport du professeur Lennhof de Berlin sur le libre choix en France, 857 ; huissier condamné pour n'avoir pas enregistré gratis l'assignation d'un médecin pour accident du travail, 883 ; refus de champagne à un blessé, 890 ; lettre du D. Archambault sur la mauvaise réputation faite aux médecins français par les assureurs, 848 ; la cour de cassation blâme les médecins experts qui s'érigent en juges (appréciation jugement Rémy), 904 ; discussion de l'Union et Comité de vigilance, 976 ; les assureurs jugés en Autriche, 1014 ; association des médecins et des ouvriers allemands 1014 ; union médicale internationale pour le libre choix, 1014 ; lettre de médecins étrangers au Dr Diverneresse, 1014 ; comité international des médecins d'assurance, 1014 ; la médecine sociale jugée en Italie, 1016 ; les antécédents morbides ne sont pas une cause d'atténuation du taux d'incapacité (*Cassation*), 1059.

Agenda-Memento du Concours. L' —, 443, 489, 1057.

Agrégation. Le concours d'—, 199, 210 ; note remise à M. le ministre de l'Instruction publique par la délégation du 3e Congrès des Praticiens, 459 ; les journées du 23 et du 24 mai au concours de l'—, 466 ; au sujet des événements du concours d'—, 488 ; toujours à propos du concours de l' —. les intermèdes comiques,513 ; lettre du Dr Rochon-Duvigneaud, 555 ; l'action contre l'—est l'amorce de la réforme de l'enseignement médical. La solution pratique de la question ; la rattachement des Ecoles de médecine. au ministère des affaires médicales : le ministère de l'Intérieur, 557 ; le syndicat des médecins de la Seine et l' —, 569 ; l'affaire Le Für, 577 ; à propos de l'—,9 54, 602.

Aliénés. Conséquences d'une lacune de l'enseignement officiel ; le décret du 2 février 1910, qui enlève aux médecins le droit d'ouvrir une maison de santé. Le statut des médecins des —, 525.

Ancre médicale. L' —, 621 ; le « Sou médical » et l'—, font-ils double emploi ? 722.

Arbitrage. Les commissions d'—, entre syndicats médicaux et compagnies d'assurances, 573 ; type de convention d'—, 591 ; observations sur le projet-type de statuts pour les commissions d'— entre assureurs et médecins syndiqués, 738.

Asile d'aliénés. Décret concernant les médecins d'—, 173, 220.

Assistance médicale. Les obligations des médecins de l'—, 185 ; un représentant officieux des syndicats médicaux au Conseil supérieur de l'—, publique, 219 ; le médecin de l'— est responsable des honoraires des soins donnés en son absence 260 ; médecins étrangers et — gratuite, 528. Un nouvel exploit de M. Chéron, 569 ; l'— au Conseil général du Calvados 570 ; — gratuite, 618 ; l'— en Seine-et-Marne; 662 ; — à la Fédération des Syndicats du centre-ouest, 722 ; mode de nomination des médecins d'hôpitaux, 884 ; médecins stagiaires de l'— en Indo-Chine, 999 ; qu'est-ce qu'un incurable au point de vue de la loi sur l' — ? 1018 ; lettre des médecins de Pontarlier au maire, 1075 .

Assurances. Ces pauvres assureurs ! 113 ; médecins traitants et compagnies d'—, 153 ; le médecin traitant n'est pas l'employé de la compagnie qui assure le personnel de l'entreprise, 169 ; annulation de polices d'assurance souscrites par un médecin à la suite de manœuvres dolosives, 218 ; querelles d'— battus et mécontents, 257 ; au secours des compagnies d' — accidents, 281 ; contre les compagnies d' — les tribunaux complices, les médecins experts, 347 ; mentalité spéciale de certains médecins de dispensaires d' —, 444 ; tout s'explique, tarif, 15 fr., 30 fr., 510 ; à propos des rapports entre médecins d'— et médecins indépendants, 526 ; rôle idéal du médecin d'—, 548 ; les commissions d'arbitrage entre syndicats médicaux et compagnies d'—, 573 ; médecins allemands et —, 578 ; type de convention d'arbitrage entre les syndicats médicaux et les compagnies d'assurances, 591 ; annulation de police d'assurance souscrite par un médecin à la suite de manœuvres dolosives, 640 ; le rôle des — invalidités en Allemagne dans la lutte contre la tuberculose, 656 ; une bonne leçon. Comment les — règlent les sinistres ? 659 ; tout s'explique de plus en plus, 723 ; à propos du nouveau projet de loi sur les — en Allemagne. Les maladies professionnelles, 758 ; douces aménités, 820 ; les affaires sont les affaires, 1035.

Automobiles. Nouveau règlement pour les —, 1940.

Avortements. Escrocs ou criminels, 127.

B

Biberon à tube. Loi du 6 avril 1910 contre la vente et l'importation du —, 464.

Bienfaisance .— privée, 727, 803.

Bourses .— de séjour à l'étranger, 263 ; les — de doctorat en médecine, 845.

Bureaux d'hygiène. — de Carcassonne, 65 ; les — et les praticiens ; 458 ; au sujet de la direction des —, un début fâcheux, 623.

C

Caducée. Pour nos confrères du —, 1058.

Certificat. Un — médical sincère n'est pas reprochable au praticien, 324 ; les dangers de l'insuffisance des — médicaux, 943.

Charlatanisme. Une ligue contre le —, 198.

Clientèle. Cession de —, 746.

Cliniques ouvrières. Un point délicat de déontologie, A propos des médecins attachés aux —, 1075.

Codex. Commission du —, 441.

Comités départementaux. — 245, 446, 503, — des Bouches-du-Rhône, 616 ; — de la Mayenne, 616 ; à propos des —, 617 ; groupement d'Ille-et-Vilaine, 637 ; comités du Doubs, du Jura, de la Haute-Saône, de la Drôme, de l'Ardèche, 664 ;

de l'Eure, 683 ; des Côtes-du-Nord, 719 ; le groupement des Bouches-du-Rhône, 740 ; le *Concours médical* et le « Sou médical » dans le Calvados, 759 ; comité départemental de la Saône-et-Loire, 761 ; comités de la Nièvre, de l'Allier et du Puy-de-Dôme, 781 ; comité de la Manche, 886 ; instructions aux —, 1078.
Concours. Pourquoi ne moraliserait-on pas les — ? Le — d'agrégation, 199 ; encore les — de médecine, 246, 459, 466, 488, 492.
Concours d'entrée. Les étapes de la conversion au projet de — des Facultés de médecins, 482.
Conscience. Un cas de —, 532.
Consultation. En —, outre la science, le tact est nécessaire. Les conflits entre les maîtres et les praticiens, 827.
Cumul. La question du — et l'art. 10 du décret, 369.
Cure-taxe. La loi de — est votée, 352 ; considération sur la —, 460, 529, 596.

D

Déclaration. Poursuites pour — tardive d'une maladie transmissible, condamnation, appel, acquittement, 21 ; la — des maladies contagieuses. Le discours du Directeur de l'hygiène au banquet du *Concours médical*. Projet de loi pour modifier les articles 5 et 27 de la loi du 15 février 1902, sur la santé publique, 45, 948 ; la — des maladies contagieuses, 1037 ; la commission sanitaire du Sénat, 1061.
Déclaration de naissance. — de fœtus de 5 mois, mort-né, secret réclamé, 782, 786.
Déontologie. Est-il conforme aux règles de la — de donner des consultations payantes à l'hôpital au profit de cet établissement ? 663 .
Dépopulation. Le président Roosevelt et la — 534 ; contre la —, 578 ; la —, 978.
Députés. Les médecins —, 421.
Désinfection. Quelques considérations sur la — dans les maladies infectieuses, 388.
Diplômes. Nombre des — en 1908-1909, 88 ; équivalences du —, 171 ; l'enregistrement du — de docteur doit être fait avant tout acte de la profession médicale, 841.
Distinctions honorifiques. Médailles et —, 687.
Dommages-intérêts. Annulation de police d'assurance souscrite par un médecin à la suite de manœuvres dolosives. Condamnation de l'assurance à des —, 640.
Duels. La présence des médecins aux —, 1040.

E

Eaux minerales. Impôt sur les —, 110, 220.
Ecoles. Conférences pour la préparation à l'inspection des —. 66 ; rapport au nom de la Commission de l'enseignement sur l'inspection des —, 574 ; hygiène des —, 845 ; association internationale des médecins des —, 868 ; à propos d'une controverse sur l'inspection méd. des —, 1034
Education. L'— physique par le médecin, 323.
Elections législatives. Notre devoir électoral, 265 ; 287, 309 ,334, 353, 376, 402, le résultat de la campagne électorale, 421.
E. M.I. Voyage d'études de 1910, 600.
Encombrement. Optima medicorum concordia, 16 ; L' — et les écoles de médecine militaire, 18 ; un remède à l'—, 172 ; la limitation du nombre des étudiants, 238 ; 240 ; la crise médicale, 256 ; limitation ou diminution, 391 ; autre cloche, autre son,394, 395 ; toujours l'— médical, 480, 482 ; à propos de l'— médical,742 ; limitation du nombre des étudiants en médecine, 818, 866, 1038 ; l'— à la campagne, 1038 ; apprenons donc, médecins, à protéger nous-mêmes la profession médicale, 1039 ; à propos de la diminution du nombre des médecins. La limitation du nombre des médecins, 1078.
Enfants du premier âge. L'hospitalisation des — 176 ; 3e Congrès de la protection des —, Protestation, 242.
Enseignement. La réforme de l'— médical, 211, 256. Cours de perfectionnement pour les médecins, 285 ; — médical libre, 374 ; comment logiquement on devrait comprendre l'— pratique de la médecine ? 579 ; à propos de l'agrégation, 594 ; le rattachement de l'— au Ministère de l'Intérieur 763 ; école d'—, cours pratiques, 912 ; le conseil médical supérieur, 993 ; ouverture de l'école française de stomatologie, 1036.
Entente médicale parisienne. La situation actuelle du corps médical parisien. L'—, 111.
Esculape comédien. — 88,
Etat. L'— affameur du médecin, 908.
Exclusion. — d'un médecin d'une société professionnelle, 488.
Exécutions capitales. Les —, 643.
Exercice de la médecine. Modifications à la loi de 1892, sur l'—, 364.
Exercice illégal . A propos de l'— ; l'infirmier et le médecin, 41 ; avortements criminels, 127 ; l'—, 198 ; médecin magnétiseur et pédicure, 442 ; les petits profits du métier, 597 ; condamnation d'une sage-femme pour — de la médecine et d'un docteur comme complice, 556 ; — par les sages-femmes. Douce inconscience, 705 ; l' —, 746; un médecin peut-il délivrer à un tiers des séries d'ordonnances rédigées sur le vu de réponses écrites par le malade, 766 ; office central pour la répression de l'—, 779 ; le médecin est souvent un des premiers promoteurs de l'— de son art, 844 ; la circulaire pour l'application de la loi Poulle, 885 ; — par un curé, 886 ; —, à Lyon, 890 ; le méd.promoteur d'—, 1018.
Expertise. Rapport d'un expert. Un examen critique de ce rapport par le médecin du blessé, 325 ; lettre adresse à un — ; les compagnies d'assurances et les —, 347 ; les — médicales, 507 ; à propos des médecins — pour accidents du travail, 550 ; convocation pour — médicale, 552 ; à propos des honoraires d'— accidents du travail , 639 ; la cour de Montpellier, la Cour de cassation blâment les experts qui s'arrogent le rôle de juges et de législateurs, 904 ; la création d'un Institut de médecine légale, nécessité d'un enseignement pratique. Encore les experts, 965.

F

Faculté. Une nouvelle —. La — scientifique de France, 109 ; la — contre les médecins, 237.
Faillites. Quelques — médicales, 418.
Famille médicale. A propos de la —, 800.
Fonctionnarisme. — et servilité médicale, 171 ; est-on — ou non ? 195, 367 ; le sous-préfet médecin, 533.
Frais médicaux. Les — pour les accidents du travail 149 ; le tout compris dans les —, 171.

G

Gendarmerie. Médecins de la — dans l'Ille-et-Vilaine 420 ; la décoration de la Légion d'honneur pour les médecins traitant à titre gratuit le personnel de la gendarmerie, 643.
Grève. Les médecins autrichiens se préparent à la —, 666.
Groupe médical parlementaire. Le —, 1100, 1104.

H

Homicide. Un — professionnel. Souvenirs d'un médecin de campagne, 744.
Honoraires. La visite accessoire du médecin, 154 ; relèvement des — médicaux, 242 ; le médecin de l'assistance est responsable des — des soins donnés en son absence, 260 ; contestation d'—, 263 ; le relèvement des —, 350 ; visite principale et pour consultation aux domestiques, 398 ; recouvrement d'— ; rejet d'une demande reconventionnelle basée sur des allégations dénuées de toutes preuves et tendant à faire suspecter l'honorabilité du médecin, 439 ; — pour accidents du travail. Action en garantie exercée par la veuve et l'orphelin de la victime contre la compagnie d'assurances, 461 ; — d'un accouche-

ment et visites subséquentes, 464 ; contestations d'—, 547 ; nos bons juges, 599 ; à propos d'une opération, 599 ; à propos des — d'expertise accidents du travail, 639 ; relèvement des — médicaux à la Fédération des syndicats du centre-ouest, 722 ; — confiance dans les affirmations du médecin à défaut de livres. Condamnation pour refus injustifié de paiement, 764 ; frais de timbre et d'enregistrement faits à tort, 764 ; jugement de Luxeuil-les-Bains, 764 ; le maître qui réclame les soins du médecin pour une personne à son service sans l'avertr qu'il entend rester étranger au paiement des soins, s'oblige tacitement envers lui à la rémunération de ses services, 803 ; frais médicaux et pharmaceutiques pour accidents, prescription, 833 ; — pour soins donnés après la consolidation, 905 ; contestations d'— pour accidents du travail, 1035.

Hôpitaux. — de Berlin, 264 ; à propos des — dispensaires du XIIIe arrondissement et de la bienfaisance privée, 803 ; mode de nomination des médecins d'— et hospices, 884.

Hygiène. — industrielle, 66 ; — des navires, 264 ; — scolaire, 845 ; croisade mod. pour l'—, 933.

I

Infirmier. L'— et le médecin, 41.

Infortune médicale. — vouloir n'est pas toujours pouvoir, 762 ; la misère du praticien est une réalité, 801, 842 .

Inondés. Au sujet des inondations. Les médecins — les prêts gratuits du Syndicat des médecins de la Seine, 136 ; 184 ; au sujet des —, 199 ; l'inondation et la santé de Paris, 286 ;

Inspection médicale des écoles. Conférences pour la préparation à l'—, 66 ; rapport fait au nom de la commission de l'enseignement sur le projet de loi relatif à l' —, 574 ; l'—, 950, 952 ; à propos d'une controverse, sur l'—, 1034.

Institut Pasteur. Un legs à l'—, 766.

Internat. — et externat des hôp., 100 ; les avantages de l'— ; l'— obligatoire ; une fédération dont le besoin ne se fait nullement sentir, 667, 803.

Inventeur. Le médecin — a le droit d'employer son invention, 1100.

J

Journalistes médicaux. 1er Cong. des — français, 1100.

L

Libre choix. Rapide historique de la campagne pour le — dans les accidents du travail, 23 ; les conséquences du — dans les mutualités, 215 ; liberté de confiance et liberté de conscience, 221 ; le — limité dans le Nord, 266 ; le — par l'assisté à la Chambre des députés, 279 ; une réponse, 281; — dans les grandes administrations, 307 ; le — et les élections législatives, 353, 402, 410 ; poursuites intentées par un médecin en détournement de clientèle, 529 ; un accord intersyndical de médecins et d'ouvriers du Nord sur le — dans la loi-accidents, 715 ; le — s'étend-il aux médecins étrangers, ? 743 ; le — et la visite dans les S. S. M. 840 ; comités d'arbitrage, 840 ; la lutte contre le — du médecin en France. (Dr Lennoff), 857 ; — dans les S. S. M. à Villeneuve-St-Georges, 911 ; la défense du — en France et à l'étranger, 1013 ; mutualités et — 1020 ; le — du médecin aux employés de l'assistance,1056.

Loi Poulle. La circ. pour application de la —, 885.

Loi sur l'exercice de la médecine. Modifications de la —, loi du 14 avril 1910, 3465

Loi Engerand. La —, 263.

M

Maison du médecin. La Maison des étudiants et la —, 266, 284, 346, ; assemblée générale. dons, 346 ; un nouveau domaine pour la —, 955.

Maison des associations médicales. Un rêve, 108.

Maladies professionnelles. Les assurances pour —, en Allemagne, 758 ; au congrès des — de Bruxelles, 847.

Marine. Liberté d'écrire pour les médecins de —, 933.

Médecins aliénistes. Les délégués des — au ministère de l'Intérieur, 512 ; le décret du 2 février 1910. le statut des —, 535.

Médecins coloniaux. — 153 ; concours pour leur recrutement. Cours préparatoires, 153 ; Concours pour des emplois de médecin aide-major des troupes coloniales, 643 ; —, 842.

Médecins des chemins de fer. Proposition de M. Borderie au conseil général de la Gironde, 846.

Médecine sociale. L'action syndicale et l'—, 23, 26, 27 ; le Syndicat de —, 221, 765 ; l'organe et la fonction, 241 ; le Syndicat de — devant le Syndicat des médecins du Rhône, 302 ; le Syndicat de — à la Bourse du travail. 567, démission du Dr Diverneresse à l'Union des Syndicats, 976 ; ordre du jour du Syndicat de — au congrès de Toulouse à propos des cliniques pour accidents du travail, 1055.

Médecins de l'assistance en Indo-Chine. — 889.

Médecins marrons. La légende des —. Le procès du Dr Hémery de Lens, 76 ; les —, 185 ; encore un médecin marron, 527 ; de quel côté de la barricade se trouvent les —, 614.

Mesures disciplinaires. — 109.

Militaires. Indemnités allouées aux médecins civils requis pour soigner les —, 17 ; l'encombrement et les écoles de médecine —, 18 ; les conditions nouvelles de l'avancement des médecins dans la réserve et la territoriale, 44 ; le service — des étudiants en médecine, 176 ; service de santé militaire, 219 ; concours pour le grade d'aide-major de 2e classe de réserve, 286 ; le médecin et le gendarme, 701 ; obligations et responsabilité des médecins — à l'égard des officiers et de leur famille, 702 ; concours pour l'emploi de médecin aide-major de 2e classe, 805 ; données nouvelles sur le service de santé en campagne, le nouveau règlement, 927 ; médecins inspecteurs en disponibilité, 934.

Mise à l'index. Le droit de — de médecins même non syndiqués est reconnu aux Syndicats, 436 724 ; la cohésion synd. et les sanctions — 504.

Mutualités. Les conflits médico-mutualistes, Montauban, Angers, La Rochelle, 1 ; pourquoi faire des concessions aux ? — 106 ; le secret professionnel dans les —, 185 ; les conséquences du libre choix dans les —, 215 ; quelques mots sur les —, 289; pourquoi faire des concessions aux — ? 437 ; — et médecins à Millau, 511 ; médecins et —, 621 ; les commissions médico —, 682 ; sociétés de secours mutuels et fédération des syndicats du centre-ouest, 722 ; — et médecins, 747 ; le conflit, ses causes et ses dangers, 759 ; es situations acquises ; les médecins de —, 767 ; points de droit de —, 799 ; secours aux victimes d'accidents, domestiques chez des cultivateurs, 799 ; le libre choix et la visite dans les —, 840 ; questions usuelles, 910 ; soins spéciaux, électrisation, 910 ; situations acquises et syndicalisme, 911 ; le conflit médico —, de la Rochelle, 954 ; — et médecins à Millau, 956 ; questions de droit —, 976 ; encore les conflits médico —, 988 ; — et libre choix, 1020.

Mutualité médicale. Les œuvres de —, 698.

Mutuelle médicale franç. de retraites.— 637. 762, 955.

N

Nourrices. Les ouvrières —, 88 ; modèle de certificat pour nourrissons suspects de syphilis, 726.

O

Orchestre médical. L' — 132, 251, 352, 1106.

Ordonnances par correspondance. Un médecin peut-il délivrer à des tiers des séries d'—, sur le vu de réponses écrites par le malade, 766.

P

Pansements allemands. Exportation en France des objets de —, 666.

Paris-Médical. —, 1099.
Pharmacie. Les pharmaciennes, 176 ; le *Médecin pharmacien*, organe de défense des médecins exerçant la — 263 ; les élèves en — et la législation des accidents du travail, 264 ; responsabilité du —, 429 ; contrat entre médecins pour exploitation et vente de produits médicaux, 745 ; service — de nuit, 746 ; bazars de —, 746 ; substitution de médicament dans une potion, 766 ; opinion de —, 784 ; — exercée par les débitants de tabac, 826 ; le stage des élèves —, 912.
Physiothérapie. Congrès de —, 241.
Politique. Je te soigne, vote pour moi. Je vote pour toi, soigne-moi, 763.
Postes de secours. — médicaux, 398.
Poursuites. Un non-lieu à la suite de —, contre un médecin, 685 ; — contre *Le Temps*. 726.
Prêts gratuits. — du Syndicat des médecins de la Seine aux médecins inondés, 136.
Prévoyance. Un cas de conscience professionnel, 214 ; caisse de — et de secours du corps médical belge, 524 ; les retraites de la vieillesse médicale, 375, 415, 457, 505, 552, 593, 613, 635, 658, 994.
Privilèges. La profession médicale légalement privilégiée, 1081.
Propagande. Impressions de voyage dans le Sud-Est, 399.
Propharmaciens. Les —, 38, 61, 426.
Protection de l'enfance. IIIe congrès de la — ; protestation, 242.
Protestation des étudiants en médecine. — 153.
Publicité. — fâcheuse à propos de l'affaire Thain, 329.

Q

Quinze-Vingts. Concours pour une place de médecin de la clinique des —, 1100.

R

Rectification. Une — à propos du procès-verbal du syndicat de Rambouillet, 439.
Referendum. — aux membres de l'Amicale et de la Caisse des pensions, 117 ; à propos du — 221 ; réponse du conseil général de l'A. G. 243 .
Remplacements. Du danger de remplacer un médecin à monopole, 345 ; validité de l'engagement pris par le remplaçant de ne pas s'installer dans la localité où exerce un confrère, 349.
Responsabilité. — du pharmacien, 429 ; — du médecin en paiement d'une partie des dépens en cas de renseignements insuffisants dans le certificat de blessure, 511 ; substitution d'un médicament dans une potion, 512 ; — et discipline médicales, 736 ; — du pharmacien qui renouvelle d'anciennes ordonnances prescrivant des substances vénéneuses, 1100 ; — professionnelle, 1101.
Ressources. — des médecins. Vouloir n'est pas toujours pouvoir, 762.
Retraites. Les — pour la vieillesse médicale, 375, 415, 457, 505, 552, 593, 613, 635, 658, 994.
Revendications. Nos — législatives, 245.
Revision. Vœu du Gers au sujet de la présence du médecin habituel auprès des conscrits atteints d'affections chroniques aux conseils de —, 1080.

S

Santé morale du médecin. La —, 639.
Secours immédiat. Œuvre de — et d'assistance à la famille médicale, 416, 761.
Secret professionnel. Souvenirs d'un médecin de campagne. Un cas de conscience, 532 ; —, 933 ; le—, 978.
Service de santé. Le nouveau —, 442 ; les périodes d'instruction des étudiants, 533.
Sociétés de secours aux blessés. Les —, 787.
Solidarité. Appel aux syndicats médicaux pour venir en aide au syndicat de Valence dans un procès d'ordre général 195, 218, 237, 284, 554.
Spécialités. Les accouchements, 15 ; les voies urinaires, 36 ; chirurgie générale , 103 ; médecine, chirurgie, orthopédie infantiles, 126 ; l'art dentaire, 212 ; l'exercice de la — à la campagne, 282.
Stomatologie. Une école française de —, 868 ; ouverture de l'école française de —, 1036.
Syndicat. L'action du — et la médecine sociale,23,26, 27 ; les cliniques spéciales, dites ouvrières, 89 ; l'organisation réellement — du corps médical français, 133 ; appel aux syndicats médicaux pour venir en aide au syndicat de Valence dans un procès d'ordre général, 195, 218, 237, 284 ; la profession de foi d'un médecin antisyndicaliste, 221 ; le danger —, 246 ; orgueil —, 266 ; une expérience — à tenter, 300 ; la situation réelle du — médical en France, 310 ; l'action — et les élections législatives, 334, 376, 421 ; le droit de mise à l'index de médecins même non syndiqués est reconnu aux —, 436 ; de l'activité actuelle du syndicalisme médical, 444 ; contribution à l'étude du rôle des — médicaux, 457 ; la cohésion — ; les sanctions et la mise à l'index, 504 ; l'Union des étudiants et des praticiens et l'avenir de notre syndicalisme, 513 ; un exemple — à suivre, 553 ; le mouvement — dans le département d'Eure-et-Loir, 645 ; la demande de l'Union des Syndicats médicaux de France pour la révision du tarif Dubief, 678 ; une erreur concernant l'action — dans l'Aisne, 801; la réorganisation du syndicalisme médical, 807, 914 ; la situation syndicale, 864, 891, 974 ; un peu de foi et de bonne foi, 907 ; projet Bolliet pour fédérations régionales, 974 ; la réorganisation de l'Union au — de la vallée du Rhône, 1016 ; foi —, 1059.

T

Tarif Dubief. Choix du médecin par le patron, —, 462 ; les interventions faites pendant la nuit doivent être tarifées triple prix comme les visites de nuit, 486 ; jurisprudence belge, 488 ; application du — ; la note du médecin traitant fait foi à défaut de contrôle légal, 619 ; — forfaitaire, 660 ; le prix de la consultation ou de la visite doit être compté en sus des allocations spécifiées à l'article 10. Les frais de timbre et d'enregistrement exposés à tort doivent rester à la charge de l'officier ministériel qui les a faits 665 ; la demande de l'Union des syndicats médicaux de France pour la révision du —, 678, 679 ; le prix de la visite ou consultation est déterminé par la résidence du médecin et non par celle du blessé, 742 ; à la veille de la révision du tarif —; la loi des accidents du travail et les médecins. Le caractère transactionnel et forfaitaire de la loi. Comment se trouve assurée la défense des intérêts médicaux à la commission du tarif ? 1041, 1043, 1044, 1102.
Théâtre. Esculape au —, 766.
The right man at the right place. — 109.
Tolérance. Un blâme, 19.
Traditions. — et progrès, 707.

V

Vaccination. A propos du détournement des médailles de —, 708.
Vente des produits médicaux. Contrat entre médecins pour exploitation et vente de —, 745.
V. E. M. Le —, de 1910, 241, 685, 956.
Victimes du devoir. — Dr Mourgue, 198 ; — Dr Lhommer, 442 ; une victime de la science : le Dr Harry Cox : 706 .
Villégiatures. — économiques, 785 ; — de grands maîtres, 802, 842.
Visite accessoire. La — du médecin, 154 .
Voiture sanitaire. Une — , 434.

III

Bulletin des Sociétés d'Intérêt Professionnel

A

Alger. Association et syndicat des médecins du département d'—, 131 ; protestation au sujet de la mesure qui frappe le personnel de l'Institut Pasteur, 131.
Angoulême. Un nouveau syndicat médical suburbain à —, 19.
Association amicale de la banlieue ouest, — 1103.
Association amicale des médecins français. Séances du conseil d'administration, 83, 345, 720, 887 ; état actuel de l'—, 155 ; conflit avec l'A. G. 83 ; referendum, 177 ; 221 , réponse de l'A. G. 214, 243 ; séance préparatoire de l'assemblée générale. Rapports, 980 ; compte-rendu de la séance de l'Assemblée générale de l'—, 1045, 1104 ; Causeries du secrétaire et du trésorier, 1104.
Association corporative des étudiants en médecine.— 132 ; conférence sur le 606 à l'—, 1080.
Association française d'urologie, 706.
Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris, 154, 686, 805.
Association des médecins de la Seine. — Assemblée générale annuelle, 441.
Association française de pédiatrie. — 600.
Association générale des médecins de France. — Au conseil de l'—, 20 ; assemblée générale de la Société centrale, 199 ; refus d'agrégation de la Métropolitaine, 243 ; assemblée générale, 287, 333 ; les retraites pour la vieillesse médicale, 375 ; assistance par le travail aux veuves et aux orphelins, 397 ; œuvre de l'assistance professionnelle et du secours immédiat, 416 ; lettre ouverte à M. le secrétaire général de l'—, 995 ; réponse au Dr Prunet (de (Jars) sur le rôle professionnel de l'—, 1096.
Association-maladie. L'— des méde. de Vienne, 286.
Association pour l'avancement des sciences. 666.

C

Calvados. Fédération des syndicats médic. du —,888.
Centre-ouest. Assemblée générale de la Fédération des syndicats médicaux du —, 722.
Cercle des médecins de Nice. — 706.
Cher. Société locale du —. Ordre du jour contre le vœu des Landes à l'A. G., 305,306.
Concours médical. Séances du conseil de direction, 245, 465 ; les œuvres du —, 502 ; la ligne de conduite du —, 508 ; assemblées générales du 20 novembre, préparation, rapports, 936 ; révision des statuts, 942, 979 ; échos des assemglées, 1022 ; procès-verbal de l'assemblée générale du — ; banquet, 1063 ; rectification de M. le Dr Bagarry au procès-verbal de l'assemblée générale, 1087.
Conférence internat. pour l'étude du cancer. — 868.
Congrès des aliénistes et neurologistes. XXe. — 621,
Congrès français de chirurgie. 23e —, octobre 1910, 556, — pour 1911, 999.
Congrès de la fédération des stations thermales d'Auvergne. — 846.
Congrès de gynécologie et d'obstétrique. — 330.
Congrès des médecins légistes de France. — 1019.
Congrès des maladies professionneiles de Bruxelles. —, 847, 956.
Congrès de médecine. XIe —, 868.
Congrès de St-Pétersbourg. L'absence des médecins français au —, 869.
Congrès de physiothérapie. Le 3e — 1100.
Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée. — à Copenhague, 132, 352.
Congrès d'hygiène scolaire. IIIe —, août 1910, 556.
Congrès des praticiens. — Programme du — de 1910, 65 ; appel aux membres du corps médical, 67 ; avant l'ouverture du —, 146 ; appel en faveur du —, 246 ; ordre des séances, 307 ; séance d'ouverture, 314, 332 ; les rapports au —, 364 ; comité de vigilance du —, 719.
Congrès de sanvetage et de secours publics. — 622.
Congrès de la tuberculose, — 622.

F

Fédération des médecins de la Seine. — 224.
Financière médicale. Assemblée gén. de la —, 703.

J

Journalistes médicaux. Le Congrès des —, 706.

L

La Rochelle. Syndicat des médecins de —, 954.

N

Nice. Syndicat médical de —, 22

P

Prévoyance médicale. La —, 263 ; une victime du devoir, 307.

R

Rambouillet. Syndicat de —, impôt sur le revenu, Repos hebdomadaire, libre choix, déclaration obligatoire, 396.
Retraites. Caisse des pensions de — du corps médical français. Referendum, 117, 236 ; bilan au 31 décembre 1909, 372 ; séance du comité directeur, 438, 615 ; préparation de l'assemblée générale, 983 ; caisse des pensions de — ; procès-verbal de l'assemblée générale, 1047.
Rhône. Le Syndicat national de médecine sociale devant le syndicat des médecins du —, 302.
Rhône (vallée du). La réorganisation de l'Union au syndicat des médecins de la —, 1016.

S

Savoie. Syndicat des médecins de la —, 396.
Seine. Syndicat des médecins de la —, 68 ; en reconnaissance des services rendus, 68 ; prêts gratuits aux médecins sinistrés par les inondations, 136, 184 ; au syndicat de la —; démission de M. Marion, 156 ; la réorganisation de l'Union des syndicats médicaux de France au syndicat de la —, 1002 ; le bureau du syndicat des médecins de la — pour 1911, 1020.
Société de médecine publique et de génie sanitaire. Réunion, 705.
Société des médecins abstinents des pays de langue latine. — 726.
Société médicale des praticiens. Statuts —, 373.
Société métropolitaine de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. 1re réunion. bur. provisoire, 43, 83 177, 179, 214, 221, 243.
Sou médical. Séances du conseil, 42, 197, 219, 261, 262, 283, 303, 395, 509, 598, 684, 824, 925 ; informations judiciaires, 129 ; le concours d'images, 130, les syndicats et le —, 262 ; Diverneresse contre Bertrand, 529 ; le — et l'Ancre médicale font-ils double emploi ? 722 ; vouloir n'est pas toujours pouvoir, 843 ; rapports pour l'assemblée générale, 958 ; révision des statuts, 961 ; une proposition de M. Faraggi, 1012 ; Procès-verbal de l'assemblée générale du 20 novembre, modificrtions aux statuts, règlement intérieur, concours d'images, 1082 ; extraits des procès-verbaux des séances du conseil, 1095.

U

Union des syndicats médicaux. La réorganisation de l'—, 807, 864, 891, 1002, 1016, 1017.

V

Valence. Souscription des Syndicats médicaux pour venir en aide au syndicat de — dans un procès d'ordre général, 195, 218, 237, 284, 554.
Vienne. Les commissions médico-mutualistes au syndicat médical de la —, 682.

IV

TABLE des AUTEURS

d'articles Scientifiques et Professionnels contenus dans le CONCOURS MÉDICAL (Année 1910)

A

Ammeur. Les honoraires pour soins après consolidation, 905.
Angelby. Mort du Dr —, 890.

B

Ball. La rate chez l'enfant, 455 ; l'enfant et son médecin, 524 ; le foie chez l'enfant, 544 ; le poumon chez l'enfant, 654 .
Baraduc. La cure de Châtel-Guyon dans les affections hépatiques, 386.
Bastin. Influence de l'hydrothérapie dans les hémorrhagies utérines, 633.
Baumann. Châtel-Guyon et Kissingen, 208 ; une indication précise de Châtel-Guyon, 455.
Belle. Est-il conforme aux règles de la déontologie de donner des consultations payantes à l'hôpital au profit de cet établissement ? 663.
Boivin. Comité départemental d'Ille-et-Vilaine, 637.
Boudin. Le médecin de campagne et l'exercice de la spécialité. Les accouchements, 15 ; optima medicorum concordia, 16 ; la spécialité des voies urinaires, 36 ; chirurgie générale, 103 ; médecine, chirurgie, orthopédie infantiles, 126 ; l'organisation réellement syndicaliste du corps médical français, 133 ; procès Boudin ; la Participation, 169 ; l'exercice de la spécialité par le praticien, l'art dentaire, 212 ; querelles d'assureurs, battus et mécontents, 257 ; à M. le Dr —, 282 ; une expérience syndicaliste à tenter, 300 ; le syndicat de médecine sociale devant le syndicat du Rhône, 302 ; impressions de voyage dans le sud-est, 399 ; l'Agenda du *Concours*, 490 ; les œuvres du *Concours*, nos comités départementaux, 503 ; les expertises médicales, 507 ; rapports entre médecins d'assurances et médecins indépendants, 526 ; à propos d'une expertise médicale, 550 ; un exemple syndical à suivre, 553 ; un nouvel exploit de M. Chéron, 569 ; nos bons juges, 599 ; comités départementaux, 617 ; assistance médicale gratuite, 618 ; douces aménités, 820 ; le certificat médical d'accident est la propriété du blessé, condamnation d'un médecin pour refus de certificat à un blessé, 820 ; à qui doivent être remis les certificats initial et terminal de l'accident ? 839 ; vouloir n'est pas toujours pouvoir, 843 ; instructions aux comités départementaux, 1078.
Breuil. Examen de la région maculaire, 294.
Brindeau. Difficultés et contre-indications de l'allaitement maternel, 187 ; l'accouchement dans la grossesse gémellaire, conduite à tenir, 688.
Briquet. Mode de nomination des médecins d'hôpitaux, 884.
Bruel. L'essence de pommes, 837.
Bruneau. Réponse à M. le Dr Boudia sur l'exercice de la spécialité à la campagne, 282.
Budan. La vulgarisation thérapeutique des eaux minérales lithinées laxatives naturelles, 590.

C

Campinchi. La réorganisation de l'Union des syndicats,— 864.
Cazenave. La limitation du nombre des méd., 1078.
Cerfol. Quelques formules utiles pour le traitement des bronchites, 1094.
Chabrut. Corps étranger de la conjonctive, 10 ; conjonctivite eczémateuse, 58 ; traitement des conjonctivites, 122 ; attitudes vicieuses et déformations de la coxalgie, 159 ; maladies infectieuses de la conjonctive, 341, 430, 452, 588, 610 ; anatomie et examen de la cornée, 797 ; caractères généraux des ulcères de la cornée, 817 ; taies de la cornée, 1010, 1032.
Chalier. Abcès froids pottiques fistulisés. Traitement pratique, 5 ; traitement pratique du spina ventosa tuberculeux des doigts, 944 ;
Chamba. Une modification désirable à la loi sur les accidents du travail, 168.
Champeaux (de). Quelques considérations sur la désinfection dans les maladies infectieuses, 388 ; l'État affameur du médecin, 908.
Chapon. Médecins et mutualités, le conflit, ses causes, ses dangers, 759.
Charbonnier. Le *Concours* et le « Sou médical » dans le Calvados, 759.
Charlier. Observations sur le projet-type de statuts pour les commissions d'arbitrage entre assureurs et médecins syndiqués, 738.
Chaudet. Est-on fonctionnaire ou non ? 195, 367.
Chevrain. Conseils thérapeutiques au sujet des bronchites chroniques, 60.
Coppens. L'action syndicale et le syndicat de médecine sociale, 26.
Coste. Pourquoi faire des concessions aux mutualités? 106.
Courgey. Quelques faillites médicales, 418 ; un peu de foi et de bonne foi, 907 .
Coutand. L'internat obligatoire, 803.
Crouzel. Les poitrinaires et la chute des feuilles, 620.

D

Dally. Encore un médecin marron, 527.
Darier. Traitement et prophylaxie de l'ophtalmie purulente. Supériorité des sels organiques d'argent, 523 ; le 606 et les progrès récents en syphilithérapie, 966.
Dausset. L'éducation physique par le médecin, 323.
Debacq. Médecins étrangers et assistance médicale gratuite, 528.
Decherf. Le libre choix s'étend-il aux médecins étrangers ? 743.
Decléty. Contestations d'honoraires, 547 ; pouvoir c'est vouloir, 744.
Decourt. L'assistance médicale en Seine-et-Marne, 622.
Delbet. La tuberculose du testicule, 3 ; diagnostic et traitement des divisions congénitales du voile du palais, 137 ; sur le pronostic des épithéliomes cutanés, 293 ; tumeur blanche du coude, 709 ; rétrécissements de l'œsophage, 812 .
Delpeut. Un rêve, 108 ; la crise médicale, 256 ; une rectification, 439 ; l'inspection médicale des écoles, 952.
Demmler. Réflexions sur le 606 au point de vue de la pratique courante, 1022.
Descusses. Réflexions d'un méd. indépendant, 660.
Dieulafoy. Gangrène sénile et gangrène syphilitique, 114 ; l'ulceratio simplex de l'estomac. La triade symptomatique du chancre amygdalien, 268 ; surdité syphilitique secondaire, 581.
Diverneresse. La légende des médecins marrons. Le procès du Dr Hémery, de Lens, 76 ; tableaux des frais médicaux pour les accidents du travail, 149 ; le rôle du médecin du blessé ; un rapport d'expert, un examen critique de ce rapport par le médecin du blessé, 325 ; — contre Bertrand, 529; de quel côté de la barricade se trouvent les médecins marrons ? 614 ; une bonne leçon ; com-

ment les assurances règlent les sinistrés ? 659 ; étude médico-physiologique de la plongée des scaphandriers en eau profonde, 749, 769 ; ce qui reste de la loi accidents ? 838 ; à qui doivent être remis les certificats initial et terminal de l'accident ? 839 ; la cour de Montpellier, la Cour de cassation blâment les experts qui s'arrogent le rôle de juges et de législateurs, 904 ; démission de l'Union des syndicats, 976 ; la défense du libre choix en France et à l'étranger, 1013 ; critique des dispensaires pour accidentés du travail, 1077.

Dor. A propos de l'agrégation, 594.

Dubrisay. Les hémorrhagies de la délivrance, 355.

Duchesne. Les pro-pharmaciens, 38, 61 ; limitation ou diminution, 391 ; souvenirs d'un médecin de campagne, 532, 744.

Ducros. La neurasthénie des villes et la neurasthénie des campagnes, 631.

Dupont. Les étapes de la conversion au projet de concours d'entrée des Facultés de Médecine, 482.

F

Faraggi. Une proposition, 1012.

Fargin-Fayolle. L'ouverture de l'Ecole française de stomatologie, 1036.

Féraud. Apprenons donc, médecins, à protéger, nous-mêmes, la profession médicale, 1039.

Feyfant. Le libre choix s'étend-il aux médecins étrangers ? 743.

Fischer. Données nouvelles sur le service de santé en campagne, le nouveau règlement, 927.

Fiser. L'hypertrophie du thymus cause de syncope mortelle au début de la chloroformisation, 611 ; sur le précipito-diagnostic des kystes hydatiques, 653 ; les assurances pour les maladies professionnelles en Allemagne, 758 ; la physiothérapie des affections annexielles, 878.

Foata. Responsabilité et discipline médicales, 736.

Forgues et Jeanbrau. Une réponse sur le libre choix du médecin, 281.

Forgues. Le signe de Chopart pour reconnaître la grossesse au début, petits trucs du praticien, 277.

Fourmestraux (de). Traitement des fistules et des cavités tuberculeuses par l'injection de pâte bismuthée, 1068.

Fournié. La limitation du nombre des médecins, 1038.

Foveau de Courmelles. L'électrothérapie du praticien, 829.

G

Galand. Un point controversé : les flueurs blanches, 234.

Gassot. L'Amicale, 155 ; les retraites pour la vieillesse médicale, 375, 415, 457, 505, 552, 594, 613, 635, 658, 994 ; une baignoire médicale aseptique, 902.

Gaston. A propos de l'exercice illégal. L'infirmier et le médecin, 41 ; rôle des gastro-entérites infantiles dans la dépopulation, 675.

Gâtineau. Encore l'article 10 du décret et la question du cumul, 369.

Gaucher. Le placenta syphilitique, 493 ; polyclinique de l'hôpital St-Louis, 729 ; l'hérédité syphilitique paternelle et maternelle, 1004.

Gaudin. A propos de la diminution du nombre des médecins, 1078.

Gaupillat. Un remède à l'encombrement, 172.

Georges. Un moyen simple et facile de diagnostiquer la rage chez l'animal, 13 ; sur la précipito-réaction dans le diagnostic de la méningite cérébro-spinale, 100 ; un vaccin antigonococcique, 166 ; comment peut-on déterminer la valeur fonctionnelle du rein ? 227 ; le diagnostic précoce de la tuberculose rénale, 274 ; recherche des bacilles d'Eberth dans les selles des typhoïdiques et des convalescents de fièvre typhoïde, 340 ; la question des porteurs de germes, 411 ; sur la nature des rayons ultra-violets et sur leur mode de dosage en thérapeutique, 476 ; le taxis dans le traitement des hernies étranglées, 500 ; sur la valeur des mouvements fœtaux dans le diagnostic de la mort intra-utérine, 545; l'ascite tuberculeuse bénigne ou curable de la seconde enfance, 587.

Gorse. Un cas de méningite cérébro-spinale traité par le drain de Le Filliâtre et Rosenthal, 836.

Gouget. Les complications cardio-vasculaires de la diphtérie, 513 ; étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde, 894.

Goujon. Un blâme, 19 ; escrocs ou criminels, 127 ; opinion de pharmacien, 784 .

Grellety. La santé morale du médecin, 639.

Guillou. Appareil inamovible pour fractures, 14.

H

Huguenin. Diagnostic et traitement modernes de la syphilis, 849.

Hutinel. Séquelles de la méningite cérébro-spinale, manifestations de l'hérédo-syphilis, albuminuries orthostatiques, 789 ; péricardites purulentes, 1087.

J

Jablonski. Saignée improvisée, 615.

Jaboulay. Luxation de l'épaule droite datant de 18 jours, 378 ; cancer du maxillaire supérieur, 469 ; tuberculose ou ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus, 559 ; squirrhe du sein et diabète, 669 ; fractures du tiers moyen de l'humérus et paralysie radiale, 1024.

Jacqueau. A propos du traitement de la conjonctivite purulente, 1074.

Jacquier. Le relèvement des honoraires, 350 ; je te soigne, vote pour moi, je vote pour toi, soigne-moi, 763.

Jamart. Les cliniques ouvrières, 1076.

Jeanne. L'action syndicale et le syndicat de médecine sociale, 27.

Julliard. Rapport sur l'inspection méd. des écoles, 950.

K

Kirmisson. Varices congénitales, 537 ; fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant, 916.

Kœnig. Séméiologie de l'appareil de la vision dans les maladies du système nerveux, 157, 190.

Kolbé. Le rattachement de l'enseignement médical au ministère de l'Intérieur, 763 .

L

Laborderie. Les principales applications de l'électricité en médecine, 475.

Lachèze. L'organe et la fonction, 240.

Lacroix. La tuberculose du testicule, 3 ; traitement du lumbago, 50 ; traitement de la bronchite fétide, 51 ; les principes de l'anesthésie locale, 71 ; gangrène sénile et gangrène syphilitique, 114 ; diagnostic et traitement des divisions congénitales du voile du palais, 137 ; difficultés et contre-indications de l'allaitement maternel, 187; traitement de la dyspnée des tuberculeux, 224 ; diagnostic des fibromes de l'utérus, 248 ; l'ulceratio simplex de l'estomac. la triade symptomatique du chancre amygdalien,268 ; les opérations à faire avec l'anesthésie locale : la cure de l'hydrocèle. Sur le pronostic des épithéliomas cutanés, 292 ; la bronchopneumonie chez le nourrisson, 334 ; l'angine syphilitique aigüe, 385 ; traitement de la pleurésie aiguë,403 ; la chirurgie du cancer du sein, 423 ; le placenta syphilitique, 493 ; complications cardio-vasculaires de la diphtérie, 515 ; varices congénitales, 537 ; surdité syphilitique secondaire, 581 ; traitement de la lithiase phosphatique, 647 ; l'accouchement dans la grossesse gémellaire ; conduite à tenir, 688 ; tumeur blanche du coude, 709 ; séquelles de la méningite cérébro-spinale ; manifestations de l'hérédo-syphilis; albuminuries orthostatiques, 789 ; rétrécissements de l'œsophage, 812 ; la maladie du sommeil, alcoolisme et criminalité, petits signes de

névropathie, 816 ; complications des kystes du l'ovaire, 871 ; étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde, 894 ; fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant, 916 ; l'hérédité syphilitique maternelle et paternelle, 1004 ; traitement de la fièvre typhoïde, 1048 ; péricardites purulentes, 1087.

Landre. Comment doit-on rechercher les signes de dilatation gastrique ? 363.

La Rochefordière. Le médecin est souvent le premier promoteur de l'exercice illégal de son art. 844.

Legras. Poursuites pour déclaration tardive d'une maladie transmissible, condamnation, appel, acquittement, 21.

Le Jemtel. La transfusion directe du sang, 250.

Lennhoff. La lutte contre le libre choix du médecin en France, 857.

Lepage. Réponse au Dr Prunet (de Jars) sur le rôle professionnel de l'A. G., 1096.

Lépine. Pourquoi il faut augmenter le nombre des représentants des Syndicats médicaux dans la commission de révision du tarif Dubief, 1044.

Leredde. Appel aux membres du corps médical, pour le Congrès des Praticiens, 67; conférences sur la syphilis, 977.

Lesieur. A propos d'une controverse sur l'inspection médicale des écoles, 1034.

Levassort. La circulaire pour application de la loi Poulle, 885.

Limouzi. L'encombrement médical. Limitation du nombre des étudiants en médecine, 866.

Lombard. Les iodures de potassium et de sodium. leur administration, 9 ; 35 ; la scille, poudre de scille, 57, 74 ; les iodures de mercure, 120, 165 ; traitement de la bronchite aiguë. 201 ; la digitale 233, 254, 273, 299 ; l'arsenic, 384, 408, 428, 450 ; l'ipéca, 499, 521 ; l'antimoine, 565, 585, 609 ; noix vomique, 630 ; 652 , 718 ; 734. 755 ; fève de St-Ignace, 776 ; la belladone, 834, 855, 922, 972; l'atropine, 1010, 1031 ; le fer, 1053, 1073, 1093.

Louvel. La déclaration des maladies contag. 1037.

M

Marquez. Pourquoi faire des concessions aux mutualités ? 437.

Martial. Généralités sur l'emploi des tuberculines, 12, 44, 101, 206 ; les petits lupus, 116 ; traitement de la couperose, 361 ; le régime dans le psoriasis, 478 ; le traitement du lupus vulgaire par la méthode de Veiel, 543 ; le rôle de l'assurance-invalidité allemande dans la lutte contre la tuberculose, 656 ; les troubles hépatiques inflammatoires chez les tuberculeux, 777 ; les bains de soleil, 880.

Masmonteil. Quelques réflexions au sujet de la catastrophe de Saujon, 881.

Mercier. Du danger de remplacer les méd. à monopole, 345 ; le sélénium dans les eaux minér., 612 .

Merma. Le libre choix du médecin aux employés de l'assistance, 1056.

Molly. Observation d'un cas de tétanos d'origine dentaire, 501.

Mosnier. Au Dr Diverneresse, sur les accidents du travail, 216.

Mouriquand. Traitement de la coqueluche en particulier par les médications récentes, 28 ; les éléments essentiels du diagnostic et du traitement des broncho-pneumonies infantiles, 92.

N

Naz. Luxation de l'épaule droite datant de 18 jours, 378 ; cancer du maxillaire supérieur, 469 ; tuberculose ou ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, 559 ; squirrhe du sein et du diabète, 669 ; fracture du tiers moyen de l'humérus et paralysie radiale, 1024.

Nobécourt. La broncho-pneumonie chez le nourrisson, 334.

Noir. Les conflits médico-mutualistes à Montauban, Angers, la Rochelle ; les affichages de postes médicaux vacants dans les Facultés, 1 ; l'action syndicale et la médecine sociale, 23 ; au syndicat des médecins de la Seine, en reconnaissance des services rendus, 68 ; les cliniques spéciales dites ouvrières, 89 ; la situation actuelle du corps médical parisien, la nouvelle entente médicale parisienne, 111, au sujet des inondations. les médecins sinistrés, les prêts gratuits du syndicat des médecins de la Seine, 136 ; au syndicat des médecins de la Seine, la démission de M. Marion, 156 ; quelques actualités médicales, 185 ; au sujet des inondés, un contraste ; l'assemblée générale de la Société centrale de l'A. G; pourquoi ne moraliserait-on pas les concours ? le concours de l'agrégation, 199 ; le syndicat national de médecine sociale, 221 ; appel en faveur du Congrès des praticiens, 246 ; orgueil syndicaliste ; à propos du libre choix limité dans le Nord, protestations syndicales ; trust et monopole ; la maison des étudiants et la maison dn médecin ; les bonnes fées de la famille médicale, 266 ; quelques mots sur les mutualités, 289 ; la situation réelle du syndicalisme médical en France, 310 ; le libre choix et les élections législatives, 353, notre devoir syndical et les élections législatives, 376 ; de l'activité actuelle du syndicalisme médical, 444 ; mentalité spéciale de certains médecins de dispensaires d'assurances, 444 ; les journées du 23 et du 24 mai au concours de l'agrégation, 466 ; à propos du discours de M. Anatole France aux étudiants de l'agrégation en médecine, 492 ; la cohésion syndicale. Les sanctions et la mise à l'index, 504 ; toujours autour du concours de l'agrégation ; les intermèdes comiques, 513 ; à propos de l'agrégation : réponse au prof. Courmont, 557 ; comment, logiquement, on devrait comprendre l'enseignement pratique de la médecine ? 579 ; nos mares stagnantes, 601 ; autour de l'agrégation, 602 ; au sujet de la direction médicale des bureaux d'hygiène, 623 ; le mouvement syndical dans le département d'Eure-et-Loir, 645 ; les avantages de l'internat, l'internat obligatoire, une fédération dont le besoin ne se faisait nullement sentir, 667 ; médailles et distinctions, 687 ; progrès et tradition, 707 ; bienfaisance privée, 727 ; mutualistes et médecins, 747 ; 767 ; sociétés de secours aux blessés, 787 ; la réorganisation du syndicalisme médical, 807 ; avant-projet d'une constitution nouvelle de l'Union des Syndicats, 807 ; en consultation, outre la science, le tact est nécessaire ; les conflits entre les maîtres et les praticiens, comment les solutionner ? 827 ; au congrès des maladies professionnelles de Bruxelles ; appréciation d'un fonctionnaire français sur les médecins francais, 847 ; l'absence des médecins français au congrès de St-Pétersbourg, 869 ; la situation syndicale, 891 ; la réorganisation du syndicalisme médical, 914 ; les dangers de l'insuffisance des certificats médicaux, 943 ; la création d'un institut de médecine légale, nécessité d'un enseignement pratique, encore les experts, 965 ; encore les conflits médico-mutualistes, 988 ; la réorganisation de l'Union des Syndicats au syndicat des médecins de la Seine, 1002 ; à la veille de la révision du tarif Dubief. La loi des accidents du travail et les médecins. Le caractère transactionnel et forfaitaire de la loi. Comment se trouve assurée la défense des intérêts médicaux à la commission de revision du tarif Dubief, 1041 ; la déclaration des maladies contagieuses, la commission sanitaire du Sénat, 1061 ; la profession médicale légalement privilégiée, 1081 ; la responsabilité professionnelle, 1101.

Novello. Considér. sur les adénites inguinales, 433.

O

Oudaille. Les médecins et les accidents du travail, 327 ; la réorganisation du syndicat médical, 915.

P

Panis. Saignée improvisée, 15

Patel. Traitement immédiat des fractures malléolaires non compliquées, 315 ; curettage utérin post-abortif, curettage digital, indication et

technique, 445 ; curettage instrumental , 603 ; traitement des corps étrangers du conduit auditif externe, 989.
Péchère. Retraite du Dr —, 141.
Perchet. L'encombrement médical à la campagne, 1038.
Péré. A propos des rapports entre médecins d'assurances et médecins indépendants, 526.
Pessez. De quelques points de clinique thermale à Châtel-Guyon. 414 .
Petit. A propos de la cure-taxe, 529.
Pize. Le médecin et le gendarme, 701.
Pozzi. Hermaphrodisme et pseudo-hermaphrodisme, 494.
Proby. La composition qui s'impose pour la commission de revision du tarif Dubief, 1043.
Prunet. A la société locale du Cher. 305 ; toujours l'encombrement médical, 480 ; lettre ouverte à M. le secrétaire général de l'A. G. 995.
Puybaret. L'encombrement médical, 394.

Q

Quénu. Complications des kystes de l'ovaire, 871.
Quidet. Appel aux membre s du corps médical pour le congrès des praticiens, 67.
Quillent. L'opinion d'un ouvrier sur la loi accidents du travail, 549

R

Ravon. Un tuberculeux est-il un incurable ? 634.
Reclus. Les principes de l'anesthésie locale, 71 ; diagnostic des corps fibreux de l'utérus, 248 ; les opérations à faire avec l'anesthésie locale ; la cure de l'hydrocèle, 292 ; la chirurgie du cancer du sein, 423 .
Regnault. L'agrégation, réforme de l'enseignement médical, 211.
Rignier. Villégiatures de grands maîtres, 842.
Robin. Traitement du lumbago, traitement de la bronchite fétide, 50 ; traitement de la dyspnée des tuberculeux, 224 ; traitement de la pleurésie aiguë ,403 ; traitement de la lithiase phosphatique, 647 ; traitement de la fièvre typhoïde, 1048.
Rochon-Duvigneaud. Lettre à propos du concours de l'agrégation, 555.
Rousseau. Un appareil de marche pratique pour fractures et affections de la jambe, 756.
Rousset. Sur un cas d'emphysème sous-cutané géné-

S

Saint-Maurice. Une erreur concernant l'action syndicale dans l'Aisne, 801.
Servas. Contre l'encombrement, 240.
Sexe. Les œuvres de mutualité médicale, 698.
Siguret. Régimes à appliquer dans l'albuminurie qui survient au cours du diabète sucré, 99 ; l'alimentation dans la grippe, 143 ; la diététique des fermentations gastriques, 339 ; considérations sur la cure-taxe, 460, 596.
Smester. L'encombrement médical, 395.
Soboley. Contribution à la prophylaxie de la scarlatine, 695.
Souchon. Les syndicats et le « Sou médical », 262.
Strauss. Déclaration des maladies contagieuses, 948.

T

Tardieu. La méningite cérébro-spinale et la douche naso-pharyngienne, 277.
Thirard. Comité départemental de l'Eure, 683.
Tissot. De la cure radicale de la hernie inguinale, 625 ; à propos des accidents survenant chez les plongeurs en eau profonde, 903 .
Tourtourat. La limitation du nombre des étudiants en médecine, 818.
Tromé. A propos de l'Internat, 669.
Trousseau. Une cause peu connue d'insomnie, 362 ; mort du Dr —, 978.

V

Vanverts. Tout s'explique de plus en plus, 723.
Vigne. Lettre aux praticiens français. Avant l'ouverture du congrès des praticiens, 146.
Villepoix (de), A propos de la famille médicale, 800.
Vitoux. Une voiture sanitaire, 434.

V

Jurisprudence médicale

Accidents du travail. — 1° *Certificats* : J. p. Montaigut-en-Combrailles (Puy-de-Dôme), 9 août 1910 p. 821 (le certificat ne doit être remis qu'au blessé, à qui le médecin doit le délivrer.)
2° *Choix du médecin*: J. p. Carbon-Blanc (Gironde), 17 novembre 1909, p. 462 (remise au blessé d'un bulletin au nom du médecin et le priant de donner ses soins) ; C. de Paris, 9e ch., 12 mars 1910, p. 530 (le médecin peut poursuivre directement l'auteur de la violation de l'art. 30 de la loi).
3° *Contrôle du médecin patronal* : J. p. Noyon (Oise), 18 février 1910, p. 619 (foi est due au médecin à défaut de contrôle).
4° *Durillon forcé* : J. p. Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher), 3 mai 1910, p. 511 (le durillon forcé est un accident du travail).
5° *Honoraires médicaux* : *a. Preuve* : J. p. Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône), 2 avril 1910, p. 764 (affirmations en justice du médecin admises comme preuves). *b. Responsabilité du patron.* J. p. Montaigut-en-Combrailles (Puy-de-Dôme), 2 novembre 1909, p. 440 (le coût du certificat est à la charge du patron). — *c. Application du tarif ministériel* (tarif Dubief). J. p. Darnétal (Seine-Inférieure) , 7 juillet 1909, p. 284 (applicabilité au médecin choisi par la victime) ; T. C. Nantes, 2 décembre 1909, p. 348 (Cumul des visites et massages) ; J. p. Rochefort-sur-Mer, 9 avril 1910, p. 486 (le prix des interventions de nuit doit être triplé comme celui de la visite) ; J. p. Carnières (Nord) ; 2 juin 1910, p. 665 (cumul des visites et allocations) ; J. p. Darnétal (Seine-Inférieure) ; 25 mai 1910, p. 741 (le prix de la visite est déterminé par la résidence du médecin).
6° *Timbre et enregistrement* (exemption des frais de) ; J. p. Carnières (Nord) 2 juin 1910 (frais faits à tort, mis à la charge de l'huissier) ; J p. Luxeuil (Haute-Saône), 2 avril 1910, p. 764 ; (Frais faits à tort mis à la charge de la partie qui les a exposés).
Assistance médicale gratuite. J. p. Mazières, 8 juin 1909, p. 260 (le médecin de l' — doit assurer les soins aux assistés en son absence).
Assurances. — T. C. St-Calais, 28 janvier 1910, p. 218 (annulation de police souscrite à la suite de manœuvres dolosives) ; T. C. Niort, 23 juillet 1909, p. 461 (les soins médicaux sont dus par l'assurance quand la victime est décédée, même si elle n'était pas assurée pour le risque de mort); J. p. Granville, 27 mai 1910, p. 640 (annulation de polices souscrites à la suite de manœuvres dolosives).
Contrat entre médecin et compagnie d'assurances. — C. de Lyon, 7 décembre 1909, confirmant T. C. Nantua, 5 août 1908, p. 170 (le médecin d'une compagnie d'assurances ne peut être considéré comme un employé de cette compagnie).
Déclaration de naissance. — T. Corr. Reims, mars 1910, p. 463 (le médecin n'est pas tenu de présenter l'enfant).

Dommages-intérêts *pour mauvaise volonté du débiteur en retard dans le paiement.* — J. p. Luxeuil, 2 avril 1910, p. 764 (refus injustifié de paiement constituant abus de défense en justice).

Honoraires médicaux. 1° *Évaluation des* — T. C. Lyon, 27 avril 1910, p. 464 (le prix d'un accouchement ne comprend pas les visites subséquentes) ; T. C. Thiers, 21 mai 1910, p. 599 (appréciation fantaisiste de la laparotomie).

2° *Responsabilité du patron* : J. p. Saumur, 3 décembre 1909, p. 803 (patron n'ayant pas averti le médecin qu'il resterait toujours étranger au paiement des soins).

Hygiène publique. — C. de Nancy, Ch. correct. 11 novembre 1909, p. 21 (déclaration tardive de maladie contagieuse : acquittement).

Remplacement. — C. d'Agen, 7 février 1910, confirmant T. C. d'Auch, 26 juillet 1908, p. 349 (validité de l'engagement du remplaçant de ne pas s'installer).

Responsabilité médicale. — T. C. Lombez, 22 décembre 1909, p. 439 (Rejet d'une demande formée reconventionnellement sur une poursuite en recouvrement d'honoraires).

Syndicats médicaux. — T. C. Toulouse, 14 avril 1910, p. 724 (un syndicat a le droit de mettre à l'index un médecin même non syndiqué).

VI

Petite Correspondance hebdomadaire

Accidents agricoles. — Qui poursuivre ? n° 11, p. X ; Quel tarif appliquer, n° 31, p. X ; réduction de note d'honoraires par Cie d'assurances, n° 38, p. XII ; responsabilité d'honoraires, n° 44, p. VI.

Accident d'automobile causé à une personne transportée, n° 6, p. X.

Accidents de chemins de fer. — Passant blessé sur la voie, n° 6, p. VI.

Accidents du travail dans le commerce et l'industrie.

1° *Certificats* (Voir aussi plus loin : **Certificats** et **Secret professionnel**). — Est-on obligé de délivrer un — au patron ou à la Cie, n° 11, p. XII ; n° 17, p. VIII ; quand doit-on délivrer le — de guérison, n° 15, p. XII ; — rapport sur un rentier du travail, n° 33, p. X ; rédaction du —, n° 52, p. XVI.

2° *Choix du médecin.* — Le bulletin d'avis du patron est-il une preuve du — ? n° 18, p. VI ; violation du libre choix par agent d'assurance, n° 21, p. XIV ; n° 43, p. VI ; preuve du —, n° 43, p. XVII.

3° *Contrôle patronal.* — Contestation sur le nombre des visites, n° 35, p. XII ; preuve du nombre de visites, n° 39, p. XV ;

4° *Expertise.* — Assistance du médecin traitant à l'— n° 8, p. XVI.

5° *Hôpital et cliniques.* — Le tout compris ne s'applique pas aux certificats, n° 2, p. X ; honoraires aux médecins d'—, n° 6, p. XIV ; n° 18, p. XVI ; n° 28, p. X ; application du tout compris, n° 7, p. XVI ; soins par un médecin étranger à l'—, n° 13, p. VIII et XVI ; frais de séjour dans une clinique privée, n° 25, p. XII ; frais de séjour dans un hôtel, n° 38, p. XV ; responsabilité du patron qui a approuvé l'envoi à l'hôpital, n° 35, p. VIII.

6° *Recouvrement d'honoraires.* — —pour soins postérieurs à la consolidation, n° 2, p. X ; n° 3, p. VIII ; — pour l'autopsie d'un ouvrier tué, n° 15, p. X ; délai pour le règlement des notes d'honoraires, n° 17, p. VIII ; forfait avec une Cie d'assurance, comment le rompre, n° 18, p. X ; offre de forfait par une Cie, n° 44, p. XII ; soins donnés par deux médecins concurremment, n° 39, p. VIII ; — en cas de conciliation entre patron et ouvrier sur la rente, n° 40, p. VI ; — avant la fin du traitement, n° 41, p. XVII ; marchandage de note par Cie d'assurance, n° 43, p. XII ; — les honoraires médicaux ne sont pas garantis par la caisse des retraites, n° 45, p. VIII ; — en cas d'insolvabilité du patron, n° 45, p. XIV ; — pour soins donnés à l'état général, n° 46, p. XVI ; — pour un accident non admis par le tribunal, n° 49, p. VIII.

7° *Tarif Dubief.* — Expertise de note, n° 1, p. VI ; ponction lombaire, examen du liquide céphalo-rachidien, n° 2, p. X ; honoraires de l'aide, n° 1, p. XIV ; détails d'une opération, n° 1, p. XIV ; calcul de l'indemnité kilométrique, n° 6, p. XII ; n° 7, p. XVI ; déplacement sur le territoire de la commune, n° 11, p. XVI ; constatation de décès, n° 8, p. V ; interventions de nuit, n° 8, p. V ; consultation avec le médecin du patron, n° 8, p. XVI ; n° 41, p. XIV ; nécessité des notes globales, n° 10, p. XII ; fixation du prix de la visite, n° 20, p. IX ; n° 47, p. VIII ; détermination du prix de la visite par la résidence du médecin, n° 13, p. XVII ; conseils pour l'établissement d'une note globale, n° 15, p. X ; consultation de nuit avec un confrère, n° 29, p. XIV ; cumul des prix des consultations et des interventions, n° 31, p. VIII ; n° 35, p. VIII ; n° 39, p. VI, n° 51, p. VI ; le tarif des oculistes est applicable à tous les médecins, même non spécialistes, n° 41, p. XII ; réduction de fracture, n° 41, p. XVI ; n° 42, p. X ; visite d'urgence pour constatation de décès, n° 46, p. VI ; distinction du pansement aseptique et du pansement antiseptique complet, n° 46, p. X ; pansements multiples, n° 47, p. XVI.

8° *Divers.* — Frais de déplacement des blessés n° 8, p. X ; évaluations d'incapacités, n° 18, p. XIV ; n° 40, p. VI ; la hernie est-elle un accident du travail ? n° 22, p. XVI ; le durillon forcé est-il un accident du travail ? n° 30, p. X ; n° 32, p. X ; refus de renseignements au médecin du patron et à l'assureur, n° 47, p. XVIII ; fixation inexacte de la guérison par conciliation du patron et de l'ouvrier, n° 48, p. X ; l'intoxication saturnine n'est pas un accident du travail, n° 32, p. XIV.

« Agenda-Memento du Praticien ». — n° 26, p. XII et XIV ; n° 30, p. VI et XII ; n° 49, p. VIII ; n° 51, p. XIV ; n° 52, p. XVIII.

Aliénés. — Conditions de sortie des asiles d'—, n° 8, p. XVII ; direct. des asiles d'—, n° 49, p. VIII.

Anonymes. — Le *Concours* ne répond pas aux correspondants —, n° 3, p. X ; n° 28, p. X.

Assistance médicale gratuite. — Nourrice inscrite à l'—, n° 1, p. XVI ; assisté faisant partie d'une Société de secours mutuels, n° 3, p. XII ; détournement de clientèle d'un médecin de l'assistance par un employé de mairie, n° 14, p. VII ; — et libre choix, n° 16, p. IX ; dénigrement d'un médecin de l'— par un maire, n° 26, p. XIV ; abus d'inscription sur la liste de l'—, n° 27, p. VIII ; un étranger n'a pas droit à l'—, n° 33, p. XII ; qui doit les soins à un indigent qui a quitté son domicile d'assistance ? n° 37, p. XIV ; inscription d'un assisté au cours de la maladie, n° 51, p. XII.

Association Amicale-maladie. — Propagande près des jeunes médecins, n° 3, p. XVI ; retraites par l'—, n° 5, p. XIV ; changement de combinaison, n° 5, p. XVI ; remerciements à l'—, n° 9, p. XVI ; n° 15, p. XIV et XV ; n° 16, p. XII ; n° 18, p. XIV ; n° 28, p. X ; n° 29, p. VIII ; n° 30, p. XII ; n° 42, p. XIV ; renseignements sur l'—, n° 22, p. X ; n° 23, p. VIII ; — et Association générale des médecins de France, n° 29, p. XIV.

Assurances. (Voir aussi : **Accidents du travail, Responsabilité civile**). — d'automobiles, n° 5, p.

XVI ; la pauvreté des Cies d'—, n° 8, p. VI ; le monopole des —, n° 11, p. XII ; — mutuelles, règlement des sinistres, n° 21, p. XVI ; n° 23, p. XVI ; — et forfait, n° 34, p. X ; dénigrement du médecin par un agent d'—, n° 49, p. XVI ;

Bienfaisance. — Le *Concours*, l'Union des Syndicats et les victimes des inondations, n° 7, p. XIV ; Sociétés pour l'assistance aux filles-mères, n° 48, p. X ; n° 49, p. XVIII ; n° 50, p. VI.

Caisse des pensions de retraites. — N° 5, p. XIV ; n° 22, p. X ; n° 27, p. VIII ; n° 36, p. XIV.

Certificats (Voir aussi : **Accidents du travail, Secret professionnel**). — Délivrance des — sur timbre pour les accidents agricoles, n° 3, p. X ; — de vaccine doit être délivré sur papier libre, n° 3, p. XIV ; amende pour délivrance d'un — sur papier blanc, n° 15, p. XVIII ; rédaction des — n° 34, p. XIV ; — concernant un bureau de poste, délivrance sur timbre, n° 36, p. XV ; — pour embauchage d'ouvriers, n° 40, p. XVII ; — pour les agents des services actifs de l'Etat, n° 50, p. VI.

Clientèles médicales. — Sur les —, n° 34, p. V.

Déclarations de naissances. — n° 36, p. VIII.

Dictionnaire biographique. — Souscription à un —, n° 32, p. X.

Electricité. — Conseils pour l'emploi médical de l'—, n° 2, p. XIV.

Enfants du premier-âge. — Révocation de médecin des —, n° 14, p. VIII ; la grand'mère qui garde un — doit-elle avoir un livret de nourrice? n° 40, p. XI ; consultation de nourrissons à la mairie, n° 49, p. XII.

Enregistrement des diplômes. — La loi du 14 avril 1910 n'est pas applicable aux médecins établis antérieurement, n° 36, p. XV.

Exercice illégal. — Rebouteur et médecin, n° 2, p. XVI ; — par rebouteur, le Syndicat doit-il se porter partie civile ? n° 3, p. XIV ; traitement commencé par un médecin et terminé par un rebouteur, n° 7, p. XIV ; — par des pharmaciens, n° 37, p. X.

Expertise médicale. — Présence du médecin traitant à l'—, n° 41, p. VI.

Forfait — (Voir aussi : **Accidents du travail, Sociétés de Secours mutuels**). — offert par une commune et une Société de Secours mutuels, n° 19, p. X.

Gendarmes. — Soins aux familles des —, n° 17, p. XII ; soins gratuits aux — n° 41, p. VIII.

Honoraires. — Consultation avec un spécialiste, n° 1, p. XII ; recouvrement d'—, juge de paix refusant la représentation du médecin par un mandataire, n° 8, p. X ; visites de passage, n° 10, p. XIV ; n° 12, p. XII ; n° 16, p. X ; franchise postale pour l'envoi des notes d'—, n° 19, p. XII ; recouvrement d'—, nécessité d'une procuration pour chaque affaire en justice de paix, n° 27, p. XIV ; prescription des —, n° 28, p. X ; interruption de la prescription, n° 46, p. XIV ; affranchissement des notes d'—, n° 36, p. VIII ; un neveu n'est pas responsable des soins donnés à son oncle, n° 40, p. XII ; privilège en cas de faillite, n° 40, p. XVII ; le privilège du médecin vient après celui du propriétaire, n° 41, p. VIII ; règlement d'une liquidation, n° 50, p. V ; responsabilité de la fille ayant renoncé à la succession de son père, n° 51, p. XVI ; — en cas de refus de continuer les soins, n° 51, p. XVIII.

Hôpitaux. (Voir aussi : **Accidents du travail**). — Malades aisés dans les —, n° 3, p. XVI ; n° 10, p. XIX ; sur l'organisation des —, n°s 24, p. VI ; n° 42, p. XIV ; le secret médical à l'hôpital, n° 34, p. X ; refus à un médecin d'assister à une opération à l'—, n° 43, p. XVII ; honoraires aux médecins d'—, n° 49, p. X ; n° 50, p. X.

Hygiène publique. — Poursuites pour non-déclaration de maladies contagieuses, n° 2, p. X ; n° 11, p. VIII ; sur la déclaration des maladies contagieuses, n° 5, p. XII.

Impôts .— (Voir **Patente, Voitures**).

Infirmerie. — Devis pour l'organisation d'une —, n° 35, p. X.

Médecine légale. — Vacations du tarif de 1811, n° 2, p. X ; constatation de décès, n° 4, p. X ; n° 8, p. VI ; envoi des notes d'honoraires de —, n° 5, p. VIII ; la — en Algérie, n° 5, p. VIII ; honoraires pour certificat de blessures, n° 45, p. XVIII ; examen des victimes et de l'inculpé d'un viol, n° 47, p. XIV ; examen d'un aliéné, n° 48, p. VI.

Médecins militaires. — Encombrement par la mise à la retraite anticipée de —, n° 12, p. X.

Patente. — Base de la —, n° 20, p. XII ; démarches pour suppression de la —, n° 44, p. XVI.

Pharmacie. — Unification des diplômes de médecin et de pharmacien, n° 3, p. XVI ; un Docteur en — peut-il porter le titre de Docteur tout court ? n° 4, p. X ; dénigrement d'un médecin par un pharmacien, n° 37, p. X ; conditions de l'exercice de la — par le médecin, n° 4, p. XVI ; n° 7, p. XII ; un médecin a-t-il le droit de faire tenir un dépôt de médicaments, n° 13, p. XIV ; — tenue par la veuve du pharmacien, n° 26, p. X ; — mutualiste n° 32, p. X ; exercice de la médecine et de la — par le possesseur des deux diplômes, n° 20, p. X ; n° 26, p. X ; n° 44, p. XVII ; le médecin pro-pharmacien peut-il avoir une plaque à sa porte ? n° 39, p. XII ; le médecin ne peut exercer la — dans un cabinet de consultations dans une commune où il y a un pharmacien, n° 41, p. VIII.

Remplacements. — Service de — du *Concours*, n° 41, p. VI.

Responsabilité civile. — Assurance de la —, n° 1, p. XII ; n° 9, p. XII ; n° 12, p. XII ; n° 29, p. XIV ; n° 34, p. VI ; assurance de la — à une Cie étrangère, n° 33, p. X ; comment résilier l'assurance de la —, n° 18, p. VI ; — d'un accident survenu à un remplaçant, n° 38, p. X.

Sanatoriums. — Renseignements sur les —, n° 10, p. X ; n° 13, p. XVI ; Société francaise d'études des — de France, n° 15, p. VIII ; n° 19, p. VIII.

Secret Professionnel. — (Voir aussi : **Accidents du travail, Certificats**). — et délivrance des certificats, n° 4, p. XII ; n° 15, p. XVI ; n° 18, p. X et XIV ; n° 20, p. XII ; n° 48, p. XVIII ; n° 50, p. VI.

Sociétés de Secours Mutuels. — Organisation du service médical des — par les Syndicats, n° 2, p. XII ; n° 3, p. XVII ; n° 4, p. VI ; tarif pharmaceutique pour —, n° 3, p. XVI ; — et libre choix, n° 24, p. IX ; rapports du médecin avec les —, n° 45, p. XII.

« Sou Médical »—(Voir aussi : **Responsabilité civile**). — Réadmission après démission, n° 9, p. XIV ; remerciements au —, n° 19, p. VIII ; n° 26, p. XVI ; n° 32, p. IX ; n° 45, p. V ; n° 46, p. X ; n° 47, p. VIII ; n° 49, p. XIX ; affiliation en bloc des membres d'un Syndicat au —, n° 19, p. XIV ; les avantages du —, n° 21, p. VIII ; n° 22, p. XIV ; n° 23, p. XVIII ; n° 30, p. XIV ; n° 51, p. XIV ; sur les adhésions tardives au —, n° 49, p. XVI.

Syndicats médicaux. — Constitution des —, n° 2, p. XII ; — et sanctions, n° 12, p. VI ; comment faire marcher un — ? n° 15, p. XII ; comment constituer un conseil de famille non prévu dans les statuts, n° 19, p. XII ; un confrère qui a fait de l'exercice illégal comme étudiant doit-il être admis, n° 52, p. X.

Voitures. — Taxe sur les — du médecin, n° 31, p. X ; recensement des automobiles, n° 50, p. V ; déclaration des automobiles, n° 52, p. XIV.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André, 3

